

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

KARLA ANGNES

**Um estudo de validade do Teste Palográfico  
na avaliação da depressão**

São Paulo

2021

KARLA ANGNES

**Um estudo de validade do Teste Palográfico  
na avaliação da depressão**

**Versão corrigida**

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

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Iraí Cristina Boccato Alves

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte. Esta versão completa fica restrita ao acesso de psicólogos.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Angnes, Karla

Um estudo de validade do Teste Palográfico na avaliação da depressão / Karla Angnes; orientadora Iraí Cristina Boccato Alves. -- São Paulo, 2021.  
159 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2021.

1. Teste Palográfico. 2. Depressão. 3. Validade do teste. 4. Medidas da Personalidade. 5. Inventário de Depressão de Beck. I. Alves, Iraí Cristina Boccato, orient. II. Título.

Nome: Karla Angnes

Título: Um estudo de validade do Teste Palográfico na avaliação da depressão

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

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

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

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

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

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

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

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a todos os participantes da pesquisa, sem os quais este trabalho não teria acontecido.

Agradeço às psiquiatras Denise Amino e Ariella Hasegawa, responsáveis pela direção e coordenação do ambulatório coparticipante, pela possibilidade de coleta de dados nas dependências da instituição, onde tanto aprendi e cresci profissionalmente.

Agradeço à minha amiga e psicóloga Maria Fernanda da Costa Sanchez, pela confiança e por facilitar parte da minha coleta, assim como ao Renato Eiji Bellocchi e a todos os outros colegas do AME, que me ajudaram na indicação de pacientes para o estudo.

Agradeço ao Luiz Silva Santos, pela ajuda na análise estatística.

Agradeço à Regina Liberato, pelo auxílio na sustentação deste projeto.

Agradeço aos amigos e colegas de profissão que me incentivaram nesta empreitada, em especial Camila Alves, Mayara Martino, Adriana Ricci, Bárbara Russo e Lucia Russo, pelas leituras e apontamentos sobre o texto.

Agradeço especialmente às queridas Ana Maria Tobaldini e Denise Mraz, por todo o apoio ao longo desta jornada, pelas trocas, pelos materiais e incentivo para concluir.

Agradeço aos professores da USP, com quem tive oportunidade de aprender nas disciplinas do mestrado, por me ajudarem a entrar no contexto de pesquisa, especialmente à Profa. Dra. Fraulein Vidigal de Paula, à Profa. Dra. Helena Rinaldi Rosa e ao Prof. Dr. Pablo Castanho.

Agradeço muito à Profa. Dra. Audrey Setton Lopes de Souza e ao Prof. Dr. Fabio Donini Conti por aceitarem compor a minha banca de qualificação e, de forma muito cuidadosa e profissional, apontarem pontos de melhorias para o desenho do estudo. Também, aos professores Dr. Cristiano Esteves e Dr. Fabio Donini Conti pelas reflexões e apontamentos preciosos na banca de defesa.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Iraí Cristina Boccato Alves, pela oportunidade de realizar este trabalho e por me instigar a trilhar o caminho das pedras, lapidando e trazendo questionamentos, os quais contribuíram para o meu crescimento científico e minha formação.

Agradeço ao Raphael pela paciência de sempre, incentivo e amor.

Agradeço aos meus pais pelo amor, por acreditarem na minha capacidade e me incentivarem sempre a querer mais.

Por fim, agradeço a todos aqueles que não foram citados nominalmente, mas contribuíram para a concretização deste trabalho.

## RESUMO

ANGNES, Karla. Um estudo de validade do Teste Palográfico na avaliação da depressão. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

Este trabalho teve como objetivo investigar evidências de validade do Teste Palográfico na avaliação da depressão. O Palográfico é um teste expressivo gráfico, que avalia características da personalidade. Três variáveis do teste são consideradas indicadores de depressão: *Tamanho dos Palos*, *Direção das Linhas* e *Pressão e Qualidade do Traçado*. O trabalho avaliou a capacidade discriminativa dessas e outras variáveis na avaliação de 50 participantes com depressão e 50 do grupo controle. Também investigou a relação das medidas do Palográfico com o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), escala padrão-ouro na avaliação de depressão. Os resultados apontaram que, entre as variáveis propostas como indicadores de depressão, o *Tamanho dos Palos* apresentou diferença significativa entre os grupos, com resultados diferentes para mulheres e homens. Na variável *Pressão e Qualidade do Traçado*, o grupo deprimido produziu *traços brandos, frouxos e curvos* (46%); na variável *Direção das Linhas*, não houve diferença significativa entre os grupos. Em relação às outras características avaliadas, verificou-se que, de modo geral, os deprimidos apresentaram diferença em três características, que indicam maior presença de agressividade, dinâmica conflitiva no contato interpessoal e alta produtividade. Quando consideradas apenas as mulheres deprimidas, observou-se, também, perfil de maior impulsividade, reatividade e extroversão, em comparação com aquelas do grupo controle. Já na amostra masculina, verificou-se diferença apenas no *Tamanho dos Palos*, sugerindo baixa autoestima. Por fim, as variáveis que apresentaram correlação significativa com o BDI-II e diferença entre os grupos foram a *Inclinação do Palo* e a *Produtividade*, tanto na amostra total quanto na feminina. Nos homens, a variável *Tamanho dos Palos* apresentou tanto diferença significativa entre os grupos como correlação com o BDI-II; entretanto, a amostra foi pequena, de modo que são sugeridos novos estudos que investiguem a depressão masculina. Este é o primeiro estudo a explorar o modo de expressão da depressão por meio do Teste Palográfico. Sugere-se a realização de novas pesquisas para confirmar os resultados obtidos, incluindo a compreensão das diferenças em função do sexo.

**Palavras-chave:** Teste Palográfico. Depressão. Teste psicológico. Validade. Teste expressivo.

## ABSTRACT

ANGNES, Karla. A study of validity of the Palografic Test in the assessment of depression. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

The aim of this study was to investigate validity evidence to the Palográfico test in depression evaluation. The Palográfico is an expressive test, which assesses, personality characteristics. Three test variables are considered depression indicators: *Palos Size*, *Line Direction* and *Pencil Pressure and Stroke Quality*. The study assessed the capacity of these and other variables to discriminate 50 depression participants and 50 controls. It also investigated the correlations between Palográfico test and Beck Depression Inventory (BDI-II), a gold standard scale in the assessment of depression. The results pointed out that, among the proposed indicators of depression, the *Palos Size* showed significant difference between the groups, however the results are different for women and men. In *Pencil Pressure and Stroke Quality*, the depressed group produced *soft and curved strokes* (46%) and in the variable *Line Direction*, there was no significant difference between the groups. Regarding the other variables investigated, it was found that, in general, the depressed group presented differences in three characteristics, which indicate aggressiveness, conflicting dynamics in relationships and high productivity. When considering only the depressed female sample, the profile observed also includes impulsivity, and extroversion, compared to female control sample. In the male sample, there was a difference only in the *Palo Size*, indicating low self-esteem. Finally, the variables that presented both correlation with BDI-II and difference between the groups were *Palo's Inclination* and *Productivity*, for the total and the female samples. In men, the variable *Palo Size* presented both difference between groups and correlation with BDI-II. However, the male sample was small and new studies are suggested focused on male depression. This is the first study that explores depression through the Palográfico test. It is suggested to carry out further research with larger samples to confirm the results, including to identify differences according to sex.

**Keywords:** Palográfico test. Depression. Psychological assessment. Validity. Expressive test.

## LISTA DE TABELAS

|   |     |
|---|-----|
| Tabela 1 – Distribuição da amostra em função de sexo, idade e escolaridade.....   | 81  |
| Tabela 2 – Distribuição da amostra em relação a tratamento psiquiátrico anterior.....   | 81  |
| Tabela 3 – Distribuição da amostra em função do uso de medicação.....   | 92  |
| Tabela 4 – Distribuição da pontuação da amostra no Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) em função do grupo.....   | 97  |
| Tabela 5 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância da pontuação do BDI-II em função do sexo no grupo deprimido.....                                    | 99  |
| Tabela 6 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Tamanho dos Palos</i> em função do grupo, em milímetros.....                      | 103 |
| Tabela 7 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Tamanho dos Palos</i> na amostra feminina em função do grupo, em milímetros.....  | 104 |
| Tabela 8 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Tamanho dos Palos</i> na amostra masculina em função do grupo, em milímetros..... | 105 |
| Tabela 9 – Classificações qualitativas do <i>Tamanho do Palo</i> em função do grupo.....  | 108 |
| Tabela 10 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Direção das Linhas</i> em função do grupo, em graus.....                         | 109 |
| Tabela 11 – Classificações qualitativas da <i>Direção das Linhas</i> em função do grupo.....  | 111 |
| Tabela 12 – Classificações qualitativas da <i>Pressão e Qualidade do Traçado</i> em função do grupo.....  | 112 |
| Tabela 13 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Inclinação do Palo</i> em função do grupo, em graus.....                         | 114 |
| Tabela 14 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Inclinação</i> na amostra feminina em função do grupo, em graus.....             | 115 |
| Tabela 15 – Classificações qualitativas do <i>Inclinação do Palo</i> em função do grupo.....  | 116 |
| Tabela 16 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Porcentagem de Ganchos</i> em função do grupo, em %.....                         | 117 |
| Tabela 17 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Porcentagem de Ganchos</i> na amostra feminina em função do grupo, em %.....     | 118 |
| Tabela 18 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Produtividade</i> Total em função do grupo, em número absoluto de palos.....     | 119 |
| Tabela 19 – Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Produtividade por intervalo de tempo</i> em função do grupo, em número absoluto de palos.....               | 120 |



|  |     |
|--|-----|
| Tabela 20 – Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Produtividade por intervalo de tempo</i> (T1, T2, T3, T4 e T5) nos indivíduos com ensino médio.....              | 121 |
| Tabela 21 – Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Produtividade por intervalo de tempo</i> (T1, T2, T3, T4 e T5) nos indivíduos com ensino superior.....           | 121 |
| Tabela 22 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Produtividade Total</i> na amostra feminina em função do grupo.....                   | 122 |
| Tabela 23 – Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Produtividade por intervalo de tempo</i> (T1, T2, T3, T4 e T5) na amostra feminina, em função do grupo.....      | 122 |
| Tabela 24 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Impulsividade</i> na amostra feminina em função do grupo, em milímetros.....          | 126 |
| Tabela 25 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Distância entre Palos</i> na amostra feminina em função do grupo, em milímetros..     | 127 |
| Tabela 26 – Classificações qualitativas do <i>Distância entre Palos</i> na amostra feminina em função do grupo.....  | 129 |
| Tabela 27 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste <i>t</i> e Nível de Significância das medidas de <i>Distância entre Linhas</i> na amostra feminina em função do grupo, em milímetros..... | 130 |
| Tabela 28 – Classificações qualitativas do <i>Distância entre Linhas</i> na amostra feminina em função do grupo.....   | 131 |
| Tabela 29 – Correlação entre as características do Palográfico e a intensidade de depressão do BDI-II e nível de significância da correlação na amostra total (n = 100).....                                   | 133 |
| Tabela 30 – Correlação entre o <i>Tamanho dos Palos</i> e a intensidade de depressão do BDI-II e nível de significância da correlação na amostra total masculina (n = 27).....                                 | 135 |
| Tabela 31 – Correlação entre características do Palográfico e a intensidade de depressão do BDI-II e nível de significância da correlação na amostra total feminina (n = 73).....                              | 136 |

## LISTA DE SIGLAS

|           |   |
|-----------|---|
| AE        | Ambulatórios de Especialidade   |
| AMA       | Assistência Médica Ambulatorial   |
| AME       | Ambulatório Médico de Especialidades                                    |
| APA       | American Psychiatric Association (Associação de Psiquiatria Americana)  |
| BFP       | Bateria Fatorial de Personalidade                                       |
| BIS 11    | Escala de Impulsividade de Barrat                                       |
| CES-D     | Center for Epidemiological Scale – Depression                           |
| CFP       | Conselho Federal de Psicologia  |
| CID-10    | Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde |
| CNH       | Carteira Nacional de Habilitação  |
| COVID-19  | Infecção causada pelo coronavírus SARS-CoV-2                            |
| DEPI      | Índice de depressão do Rorschach  |
| DP        | Desvio Padrão   |
| DSM       | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais                 |
| EATA      | Escala de Tendência à Agressividade                                     |
| ECAP      | Escala de Compulsão Alimentar Periódica                                 |
| EDABEP-A  | Escala Baptista de Depressão – Versão adulto                            |
| EDABEP-IJ | Escala Baptista de Depressão – Versão infantojuvenil                    |
| EsAvI     | Escala de Avaliação de Impulsividade                                    |
| HAM-D     | Escala de Depressão de Hamilton   |

|           |   |
|-----------|---|
| HTP       | Teste House-Tree-Person                                   |
| IMC       | Índice de massa corporal                                  |
| M         | Média   |
| M-A       | Escala de Depressão de Montgomery-Asberg                  |
| Máx.      | Valor máximo  |
| Mín.      | Valor mínimo  |
| MMPI      | Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade         |
| <i>n</i>  | Número de participantes                                   |
| NEO-PI-R  | Inventário de Personalidade NEO-PI Revisado               |
| NEO-FFI-R | Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado                  |
| NOR       | Nível de Oscilação Rítmica (Variável do Palográfico)      |
| OMS       | Organização Mundial da Saúde                              |
| <i>p</i>  | Valor P de significância estatística                      |
| PAI-ZN    | Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte   |
| PMK       | Psicodiagnóstico Miocinético                              |
| <i>r</i>  | Coefficiente de correlação de Pearson                     |
| SATEPSI   | Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos               |
| SCID      | Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM |
| SCL90-D   | Symptom Checklist-90 for Depression                       |
| Sig       | Nível de Significância                                    |
| SKIP      | Sistema de Correção Informatizada do Palográfico          |
| <i>t</i>  | Teste t de Student  |

|                        |   |
|------------------------|---|
| T (T1, T2, T3, T4, T5) | Intervalos de tempo do Teste Palográfico          |
| TCLE                   | Termo de Consentimento Livre Esclarecido          |
| TDAH                   | Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade |
| UBS                    | Unidade Básica de Saúde                           |
| USP                    | Universidade de São Paulo                         |

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| 1. INTRODUÇÃO .....  | 14  |
| 2. DEPRESSÃO E SEUS CONCEITOS .....  | 18  |
| 2.1 Depressão ao longo da história .....   | 20  |
| 2.2 Depressão e Psiquiatria .....  | 24  |
| 2.3 Depressão e Psicanálise .....  | 30  |
| 2.4 Reflexões da Psicologia e da Psicanálise sobre a depressão na Psiquiatria..... | 35  |
| 2.5 Prevalência e impacto da depressão na atualidade.....                          | 38  |
| 2.6 Expressão da depressão.....  | 42  |
| 3. AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE E DEPRESSÃO .....                                    | 47  |
| 3.1 Escalas e inventários de autorrelato .....                                     | 52  |
| 3.1.1 O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) .....                             | 54  |
| 3.2 Entrevista clínica estruturada .....   | 55  |
| 3.3 Testes psicológicos .....  | 56  |
| 3.3.1 Testes psicológicos e depressão.....   | 58  |
| 3.4 Contribuições das técnicas gráficas projetivas para o estudo .....             | 61  |
| 3.5 Contribuições da análise grafológica para o estudo.....                        | 64  |
| 4. TESTE PALOGRÁFICO.....  | 68  |
| 4.1 Fundamentação teórica: o comportamento expressivo .....                        | 69  |
| 4.2 Variáveis do Palográfico e suas interpretações.....                            | 72  |
| 4.3 Palográfico e depressão.....   | 79  |
| 4.4 Estudos de precisão e validade do Teste Palográfico .....                      | 80  |
| 4.5 Revisão da literatura do Teste Palográfico .....                               | 82  |
| 5. OBJETIVOS .....   | 88  |
| 5.1 Objetivo geral.....  | 88  |
| 5.2 Objetivos específicos .....  | 88  |
| 6. MÉTODO.....   | 89  |
| 6.1 Participantes .....  | 89  |
| 6.2 Instrumentos e materiais .....   | 92  |
| 6.3 Procedimentos.....   | 93  |
| 6.4 Análise dos dados.....   | 95  |
| 7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....                                   | 97  |
| 7.1 Dados do BDI-II.....   | 97  |
| 7.2 Análise do Palográfico .....   | 101 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 138 |

|                  |     |
|------------------|-----|
| REFERÊNCIAS..... | 142 |
| ANEXOS .....     | 152 |

## 1. INTRODUÇÃO

A depressão é a condição que mais causa incapacidade no mundo e é a maior contribuinte para outros problemas de saúde. Estimativas apontavam que, ao redor do globo, 322 milhões de pessoas viviam com depressão em 2015. No Brasil, naquele ano, o número de pessoas diagnosticadas ultrapassou 11,5 milhões, o que equivale a cerca de 5,8% da população do país. As estimativas foram levantadas antes da pandemia da COVID-19, que assolou o mundo em 2020 e certamente gerou crises intensas e duradouras na Saúde, ainda pouco calculáveis. A depressão é mais frequente nas mulheres do que nos homens e as idades mais atingidas se situam entre os 55 e os 74 anos, ainda que ela possa estar presente em pessoas de todas as faixas etárias. (World Health Organization, 2017).

É notório que a depressão é bastante prevalente nos serviços de saúde e vem acompanhada de grande impacto físico, psíquico e social aos indivíduos e seus familiares. (Vasconcelos, Nascimento & Sampaio, 2011). Além disso, ela representa altos custos e sobrecarga para o Sistema de Saúde, principalmente pela utilização de recursos mais especializados e onerosos da Saúde, como, por exemplo, consultas médicas com especialistas, remédios de alto custo e internações, pelo aumento da procura por atendimento médico e piores índices de qualidade de vida (Andrade, Junior, Wang & Viana, 2011; Vasconcelos et al., 2011; Gonçalves et al., 2018).

Muitas vezes a depressão é subdiagnosticada ou tardiamente diagnosticada – diversos indivíduos apresentam sintomas importantes que podem não ser detectados. Ainda há casos em que a depressão é mascarada por outras doenças somáticas por meio das quais ela se manifesta. Assim, melhorar a lacuna na detecção da depressão ajudaria a desonerar o sistema e oferecer tratamentos mais eficientes e breves (Solomon, 2014; Gonçalves et al., 2018). Em função da complexidade das ditas doenças mentais, da dificuldade de detecção e do crescente número de pessoas vivendo estados depressivos, este é um tema que vem sendo amplamente discutido (Peres, 2010).

Pelos motivos elencados anteriormente, é de extrema importância investir em pesquisas sobre instrumentos eficazes de avaliação na prática do profissional de saúde (Brandt et al., 2015), a fim de aumentar os recursos disponíveis e melhorar a compreensão e o diagnóstico precoce, bem como elucidar o modo de expressão da depressão e verificar aspectos da personalidade das pessoas que vivenciam um episódio depressivo.

No que tange à Psicologia, a avaliação psicológica é um campo de grande importância, que avançou, nas últimas duas décadas, mais do que foi visto no meio século anterior (Urbina, 2015). No Brasil, marcos históricos – como a fundação de institutos e laboratórios de pesquisa dedicados à área, a formação da Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica ligada ao CFP (Conselho Federal de Psicologia) e a criação do SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos) – contribuíram para o fortalecimento científico e profissional da área. Nos últimos vinte anos, houve ainda o aumento de pesquisadores na área, de congressos e eventos científicos e de programas de pós-graduação em avaliação psicológica e neuropsicologia, assim como foi reconhecido o nível de especialização na área (Wechsler, Hutz & Primi, 2019).

Os instrumentos e técnicas de avaliação são importantes ferramentas para avaliar os fenômenos psicológicos, uma vez que permitem a determinação de referenciais e reduzem os vieses subjetivos. Mais do que isso, como os constructos psicológicos não são palpáveis ou diretamente observáveis, o psicólogo depende de bons instrumentos para aferir tais características indiretamente, a partir da correspondência entre um comportamento e o constructo alvo, os quais precisam ter diferentes evidências de validade e precisão (Pasquali, 2009; Peixoto & Ferreira-Rodrigues, 2019). Ainda assim, no Brasil, é limitada a quantidade de testes aprovados, e pouco se ensina sobre os princípios de elaboração de testes e de psicometria nos cursos de graduação. São necessárias melhorias na formação dos pesquisadores e docentes na área, para que sejam gerados impactos positivos na capacidade de avaliar criticamente a qualidade dos instrumentos utilizados e, por conseguinte, na qualidade dos serviços prestados (Wechsler et al., 2019; Noronha, Primi & Alchieri, 2005; Bannach & Bianchi, 2020).

Alguns pesquisadores chamam a atenção para o fato de que diversos testes disponíveis não possuem estudos psicométricos robustos, principalmente quando envolvem avaliação de personalidade e psicopatologia (Vasconcelos et al, 2011; Zuanazzi & Ribeiro, 2015). Esses estudos são de suma importância, uma vez que se basear apenas em dados inferenciais e teóricos não favorece o avanço e a especificidade da área (Ely, Nunes & Carvalho, 2014).

As pesquisas de validade são de suma importância para demonstrar que o teste psicológico serve como indicador de uma área mais ampla e significativa do comportamento. Busca-se, assim, verificar correspondências entre aquilo que foi observado ou mensurado na realização do teste e outras situações vividas. Quando esta correspondência entre a tarefa e a



área do comportamento é demonstrada empiricamente, verifica-se a capacidade do teste em prever ou diagnosticar algo que ele se propõe (Anastasi, 1977; Anastasi & Urbina, 2000). Assim, o teste não mede diretamente uma capacidade, função ou traço, mas, sim, o comportamento que é indicativo desses aspectos (Van Kolck, 1974).

Estudos voltados para o aperfeiçoamento de instrumentos psicológicos são necessários para o fortalecimento da área (Alves, 2002). Pesquisadores, de modo geral, pontuam a escassez e necessidade de mais estudos de validade que relacionem múltiplos métodos de avaliação de um mesmo constructo da personalidade, como medidas de autorrelato e outros testes psicológicos, a fim de verificar convergências ou divergências entre os resultados (Pervin & John, 2004; Borges, Loth & Resende, 2012; Silva & Rueda, 2016). As pesquisas de correlação, embora não encontrem relações causais, são bastante importantes no estudo rigoroso da personalidade, e buscam associações e graus de concordância entre diferentes variáveis (Friedman & Schustack, 2004).

Assim, no presente trabalho, buscou-se investigar a existência de evidências de validade dos indicadores de depressão do Teste Palográfico, um teste expressivo de personalidade bastante usado no Brasil, de fácil aplicação, que evita o viés de desejabilidade social e se propõe a acessar características expressivas, ou seja, menos controladas e mais espontâneas da personalidade (Alves & Esteves, 2019), as quais refletem a estrutura mais profunda da pessoa e está abaixo do limiar da consciência (Allport, 1966). A proposta deste estudo foi verificar a sensibilidade das variáveis do Teste Palográfico à presença de depressão, por meio da comparação entre uma amostra deprimida, em início de tratamento, e uma amostra de controle. Ademais, buscou-se entender como as variáveis do teste se relacionam com as variáveis de um outro instrumento, internacionalmente bem estabelecido na avaliação de depressão: o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (Gorenstein, Wang, Argimon & Werlang, 2014).

Há poucos estudos disponíveis sobre o Teste Palográfico nas bases de dados, o que indica a necessidade de mais pesquisas no contexto brasileiro, principalmente a fim de explorar extensões no uso, fontes de evidência de validade e fidedignidade do teste. Isso contribui para que os psicólogos brasileiros utilizem o Teste Palográfico com maior segurança nos processos de avaliação psicológica e ampliem os contextos de uso.

Neste trabalho, no capítulo 2, são apresentados aspectos diversos da depressão, a fim de discutir a complexidade de conceituação. Inicialmente, são caracterizadas as mudanças

ocorridas ao longo da história na forma de entender o fenômeno depressivo e, então, são destacadas as compreensões trazidas pela Psiquiatria e a Psicanálise. A partir disso, há uma reflexão sobre alguns pontos de divergência da Psicologia com o viés médico e, na sequência, são trazidos dados epidemiológicos sobre a depressão, além de um item voltado para a expressão da depressão, na medida em que o trabalho se debruça sobre um teste expressivo.

O capítulo 3 se volta para a avaliação psicológica, com enfoque na personalidade. Busca-se, de início, compreender a relação entre os aspectos de personalidade e a depressão. Em seguida, dando ênfase à diversidade de técnicas de avaliação, são caracterizados os tipos de instrumentos e sua interface com a avaliação da depressão, bem como as contribuições de algumas técnicas de avaliação para o presente estudo.

No quarto capítulo, o foco está no Teste Palográfico. Partindo da fundamentação teórica, são apresentadas as interpretações das variáveis gráficas do teste e levantados os indicadores de depressão propostos pelo manual, bem como relatados outros estudos já realizados na literatura. Após esta parte introdutória, são apresentados os objetivos e o método do trabalho, para então serem descritos e discutidos os resultados encontrados. Por fim, o trabalho se encerra com as referências bibliográficas utilizadas e os anexos.

## 2. DEPRESSÃO E SEUS CONCEITOS

Leva tempo para um edifício com estrutura oxidada desmoronar, mas a ferrugem está incessantemente transformando o sólido em pó, afinando-o, eviscerando-o. O colapso, por mais abrupto que possa parecer, é a consequência cumulativa da decadência . . . o tempo que separa a primeira chuva do ponto em que a ferrugem devora uma viga de ferro é longo. Às vezes, a oxidação ocorre em pontos tão fundamentais que o colapso parece total, mas frequentemente é parcial; este trecho entra em colapso, derruba aquele outro trecho, modifica o equilíbrio de modo dramático. (Solomon, 2014, p. 14)

O termo *depressão* é usado em diversos contextos e, por isso, pode assumir diferentes significados. Na medicina, pode designar um *estado de humor*, como sinônimo de estar triste, infeliz e/ou desanimado, o que corresponde à esfera da normalidade; pode ser também um *sintoma* presente em alguns quadros clínicos, como no transtorno de estresse pós-traumático, em uma demência ou em resposta a situações adversas. Ademais, o termo pode designar uma *síndrome*, um conjunto de sinais e sintomas das esferas psicológica, física e comportamental, com causas diversas conhecidas ou desconhecidas, presente em afecções e condições emocionais diversas. Por fim, quando adquire critérios específicos, pode ser classificado como um *transtorno mental*, conhecido como *transtorno depressivo* pelos grandes manuais diagnósticos DSM-5 (Associação Psiquiátrica Americana, 2014) e CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1997) (Thompson, 1989; Del Porto, 1999; Cheniaux, 2013).

Na maioria das vezes, a depressão é descrita como sofrimento intenso na sua forma aguda. Pode envolver paralisia motora, afetiva ou intelectual; sensação de impotência; insuficiência; fadiga; esgotamento; e um sentimento de “morte em vida”. Em geral, o depressivo tem impressão de que esse estado será duradouro, o que faz seus medos aumentarem, assim como os sentimentos de remorso e de culpa. A vida parece não ter sentido. O corpo se expressa por dores generalizadas, perda de apetite, dificuldade de dormir, emagrecimento, olhar vazio. A morte pode estar presente nos pensamentos de modo ambivalente – por um lado, despertando grande atração; por outro, um grande pavor (Peres, 2010). Ela suga, esgota e desvitaliza o indivíduo, “ofusca sua capacidade de dar ou receber afeição. Ela é a solidão dentro de nós, que se torna manifesta e destrói não apenas a conexão com os outros, mas também a capacidade de estar em paz consigo mesmo” (Solomon, 2014, p. 12).

A depressão é levada à sociedade, por meio da mídia, como um assunto exclusivamente médico. Por essa perspectiva, seria o psiquiatra o responsável por detectá-la, compreendê-la e solucioná-la. Ela é apresentada como uma doença biológica, preponderantemente hereditária, que necessitaria de medicação e, possivelmente, em alguns casos, de psicoterapia, preferencialmente cognitivista, considerada por muitos uma das únicas abordagens eficazes no tratamento (Rodrigues, 2000). Entretanto, não só a Medicina como muitas áreas estão voltadas para a compreensão da depressão, tais como as Ciências, a Filosofia, o Direito, a Psicologia, a Literatura, a Arte, a História e diversas outras disciplinas. Como aponta Andrew Solomon, na obra *O demônio do meio-dia* (2001/2014), ela afeta a vida de todos, direta ou indiretamente, e, portanto, é assustadoramente fácil obter material sobre a depressão.

De modo geral, segundo Thompson (1989), o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer são os sintomas-chave da depressão. Entretanto, nas síndromes depressivas, além do rebaixamento do humor, surgem algumas outras características, que podem ser categorizadas da seguinte maneira:

- **Sintomas cognitivos:** pensamentos de desesperança, ausência de perspectiva, sensação de desamparo e culpa;
- **Sintomas vegetativos ou somáticos:** incluem alterações no sono, no apetite e no peso; perda de libido; dores musculares e fadiga;
- **Ansiedade associada:** frequentemente, estados depressivos são acompanhados de ansiedade psíquica, somática e fóbica, e, em alguns casos, é difícil distinguir qual é o elemento primário e mais significativo;
- **Irritabilidade associada:** frequentemente presente na depressão e na ansiedade, inclui impaciência, intolerância e risco ou tendência para o descontrole e para a auto e/ou heteroagressividade;
- **Sintomas psicomotores:** incluem agitação, inquietação, retardo e lentidão de movimentos e/ou dos pensamentos.

Podem ser acrescentadas à lista as seguintes características, também comumente observadas: diminuição de energia, tristeza, agonia e autodesvalorização (Souza, Baptista & Alves, 2015), assim como alterações subjetivas da memória, atenção, raciocínio e velocidade de processamento, além de cefaleia (Grevet & Knijnik, 2001). Ademais, pode ser considerada

como mais uma área de acometimento a esfera social, em função dos sintomas de apatia, isolamento e incapacidade para desempenhar as tarefas cotidianas (Calil & Pires, 2000).

A depressão, como transtorno mental, é diagnosticada por meio de investigação clínica, pois não existem marcadores biológicos, sociais e psicológicos que possam ser aplicados a todos os casos e oferecer explicações sobre a sua causa (Sardinha, 2011). Além da ausência de marcadores, pode-se dizer que definir o que é doença pode ser algo bastante arbitrário, pois existem muitas tonalidades entre uma leve angústia com mudanças no sono, diminuição da energia ou do interesse e uma depressão profunda. O limite entre elas é arbitrário, assim como o valor do quociente intelectual, que estabelece a deficiência ou a taxa-limite para o colesterol no sangue (Solomon, 2014). Na literatura, estudos que buscam compreender se a depressão é mais bem representada como uma categoria específica ou um contínuo, no qual os sujeitos podem ser posicionados, parecem convergir para resultados majoritariamente dimensionais, embora valha ressaltar que há conflito na área – por exemplo, com o diagnóstico categórico no caso da depressão maior (Eulálio, Andrade, Melo & Neri, 2015; Hauck, 2019).

Quanto à terminologia, é importante dizer que diversos autores, principalmente na Psicanálise, empregam o termo *melancolia* para se referir às formas graves de inibição motora e afetiva, cronicidade e severidade, bem como a quadros em que há alternância com estados de mania. Já o termo *depressão*, nessa área, costuma aparecer em formas menos graves ou como sintomas que se manifestam em diferentes quadros. Na Psiquiatria, são usadas as expressões *transtorno depressivo*, *episódio* e *alteração de humor* em relação à depressão (Peres, 2010). Neste trabalho, não se pretende aprofundar a discussão desses termos. É importante ter em mente essas distinções, que serão retomadas ao longo dos capítulos teóricos; mas, de modo geral, será usada a expressão *depressão* para se referir ao quadro patológico, uma vez que este é o termo atualmente dominante.

## **2.1 Depressão ao longo da história**

A depressão não é uma doença recente. Ela tem sido descrita por muitos autores desde a Antiguidade e interpretada de diferentes maneiras em cada fase histórica. As primeiras referências a estados de alterações do humor podem ser encontradas em escrituras bíblicas e na mitologia. A narrativa mítica e religiosa, que atribuía a uma entidade divina a etiologia dos

males, era compartilhada entre diferentes povos, como hebreus, egípcios e persas. Pode-se dizer que Sócrates (469 – 399 a.C.) contribuiu para a inauguração do modo científico de pensar, transferindo o entendimento do adoecimento do plano divino para a natureza (Souza & Lacerda, 2013).

A Medicina grega se estabeleceu por volta do século 5 a.C., com aquele que foi chamado o *corpo hipocrático*, um conjunto de obras que agrupou o pensamento médico e filosófico de 420 a 350 a.C., liderado e difundido por Hipócrates (460 – 377 a.C.) (Stulp & Mansur, 2019). Sadock e Sadock (2007) mencionam que termos como *mania* e *melancolia* são encontrados nos escritos de Hipócrates, por volta de 400 a.C., associando a depressão à presença de bile negra no corpo – daí a origem do vocábulo “melancolia” (em grego antigo, *mélan* significa “negro” e *cholé*, “bile”). Os autores ainda apontam que no Velho Testamento há descrições de um episódio depressivo e de um suicídio.

Até então, nas civilizações antigas, o organismo humano era analisado a partir de elementos externos, como o ar e a comida, na relação com os líquidos corporais. Na época, existia a crença de que o corpo humano era constituído por quatro humores (fluidos corporais), *sangue*, *fleuma*, *bile amarela* e *bile negra*, e que a saúde, assim como a constituição corporal, dependeria das combinações entre esses fluidos. Galeno, médico e filósofo grego, que viveu no século II, foi o principal intérprete das ideias hipocráticas. Seus trabalhos, obtidos a partir de dissecações de animais, possibilitaram avanços no mapeamento morfológico e funcional do organismo. Ele adicionou à teoria dos humores a análise do comportamento humano, acreditando que as diferentes combinações dos humores também geravam diferenças temperamentais, classificando-as em quatro tipos básicos: o *popular sanguíneo*, o *sereno fleumático*, o *forte colérico* e o *soturno melancólico* (Stulp & Mansur, 2019).

Kehl (2011) explica que, na Antiguidade, em uma sociedade guerreira, o valor de um homem dependia dos seus atos diante de seus companheiros e que o sentimento de vergonha era mais determinante que o de culpa. Assim, uma das representações artísticas mais expressivas da *melancolia* nesse período é a de um herói da guerra de Troia, Ajax, que cometeu suicídio após se sentir desmoralizado perante o grupo, quando, em um surto de loucura, matou diversos inocentes.

Já na Idade Média, marcada pela ascensão do Cristianismo, o sobrenatural e o misticismo ocuparam o lugar das explicações médicas. Do homem medieval era esperado que

a vontade, baseada na fé, fosse capaz de dominar as pulsões, levando-o a abdicar dos prazeres do corpo. A *melancolia* foi interpretada como incapacidade de seguir o caminho do Bem, um afastamento do sagrado, enquanto a loucura foi associada à ociosidade e à inércia, ambas passíveis de correções. É importante destacar que algumas concepções populares atuais de depressão se mostram arraigadas nessas ideias, que associam depressão à falta de força de vontade, à preguiça e à necessidade de trabalho braçal (Gonçalves & Machado, 2007).

A partir do século XV, a Igreja Católica perdeu o lugar de hegemonia, que havia sido mantida por séculos. Eventos como a Reforma Protestante, as grandes navegações, a invenção da imprensa e a descoberta de Copérnico de que a Terra não era o centro do Universo, entre outros, desafiaram os saberes até então instituídos. As certezas relacionadas ao Homem e ao mundo foram definitivamente abaladas. Nesse sentido, a *melancolia* do homem renascentista revela a angústia frente às incertezas e à percepção de insignificância no mundo, ou seja, refletindo a vontade e a incapacidade frente à imensidão do saber (Kehl, 2011). A autora chama a atenção para o fato de que, aqui, o homem não perdeu seu lugar por ter falhado entre os homens ou pecado contra a fé, mas porque o campo simbólico se tornou incompreensível, convocando-o a se tornar centro de suas próprias referências, e não mais se apoiar em uma verdade única externa. Essa mudança de paradigma foi o que tornou possível o surgimento do sujeito moderno. Além disso, também se constatou que, durante o Renascimento e o Romantismo, em alguns meios, a *melancolia* foi enaltecida e relacionada à genialidade, à profundidade e à arte, recuperando ideias já propostas por Aristóteles, embora outras concepções contrárias também tenham se mantido (Sadock & Sadock, 2007).

O século XVIII, marcado pela ascensão do Racionalismo e pelo início do Iluminismo, substituiu as deduções pela fundamentação empírica. Na busca da compreensão do funcionamento humano, surgiram diversas transposições de modelos mecânicos e hidráulicos, até que William Cullen (1710 – 1790) apoiou suas teorias sobre a doença mental no sistema nervoso. A *melancolia* seria um desequilíbrio entre diferentes partes do cérebro (Souza & Lacerda, 2013). Aos poucos, a ciência materialista, no Ocidente, assumiu espaço na universidade, expulsando a dimensão subjetiva do método científico e implementando também a dissociação entre mente e corpo na Medicina (Byington, 2007).

Phillipe Pinel (1745 – 1826), com base em observações clínicas, buscou agrupar sintomas em síndromes e acabou sendo responsável pela primeira tentativa de formatar uma nosografia, ou seja, uma categorização e definição das patologias, o que posteriormente foi

aprimorado por seu discípulo Jean-Étienne Esquirol (1772 – 1840). A *melancolia* seria um quadro decorrente de um falso julgamento do doente sobre o próprio corpo, um delírio sobre uma ideia fixa, com abatimento, morosidade e com tendência ao desespero (Peres, 2010).

No século XIX, o termo *melancolia* perdeu espaço no panorama científico e o termo *depressão* emergiu e se consolidou como entidade nosológica independente (Souza & Lacerda, 2013). Várias décadas foram marcadas por descobertas e avanços científicos em áreas como a Biologia, a Química e a Neurologia e pela consolidação da Psiquiatria, que passou a classificar e categorizar os sintomas e diagnósticos. Dessa forma, as doenças mentais foram novamente associadas ao cérebro e ao corpo (Gonçalves & Machado, 2007).

Por outro lado, foi levantada, pela primeira vez, uma nova concepção de etiologia da patologia mental: os fatores sociais como fonte de adoecimento. O neurologista norte-americano George Miller Beard (1839 – 1883) observou e nomeou como *neurastenia* a fadiga generalizada vivida por operários, homens e mulheres extenuados, resultante do desenvolvimento industrial acelerado, da agitação dos centros urbanos e, portanto, do modo de vida e trabalho estressantes. Trata-se de uma proposta audaciosa para a época no campo da Psicopatologia, na medida em que substitui fatores tradicionais das explicações médicas por fatores socioculturais (Pereira, 2002).

Emil Kraepelin (1856 – 1926) – famoso por descrever, em 1889, a *psicose maníaco-depressiva*, atualmente chamada de *transtorno afetivo bipolar* (Sadock & Sadock, 2007) – e Sigmund Freud (1856-1939) foram nomes importantes para a transição da era vitoriana para a Psiquiatria moderna do início do século XX. Com eles, foi evidenciada uma divisão entre a Psicanálise, apoiada em fundamentos psicológicos, e a Psiquiatria científica, fundamentada em bases neurobiológicas (Souza & Lacerda, 2013). A Psiquiatria, pautada na tradição kraepeliana, se voltou para o déficit orgânico, à ideia de insuficiência inata de ordem biológica, com modelos padronizados e foco na sintomatologia. Já a Psicanálise colocou a ênfase nas ideias de conflitos psíquicos, apontando o caráter estruturante da psique, abrindo o caminho para a intervenção psicanalítica e psicoterapêutica (Peres, 2010). Essas duas formas de compreender a depressão serão abordadas nas duas próximas subseções.



## 2.2 Depressão e Psiquiatria

A visão da Psiquiatria segue o modelo médico clássico de diagnóstico empírico. Assim, a formulação de categorias diagnósticas parte da observação, descrição e classificação de sinais e sintomas, para então identificar causas, prever a evolução e estabelecer um plano terapêutico (Araújo & Neto, 2014). Entretanto, diferentemente de outras especialidades médicas, o diagnóstico psiquiátrico é basicamente clínico e não engloba marcadores biológicos, que comprovem a existência dos quadros. Exames laboratoriais podem ajudar a descartar outras alterações orgânicas que possam estar confundindo a avaliação, mas certamente o olhar clínico prevalece (Cheniaux, 2013).

Além disso, o diagnóstico preciso de transtornos específicos, com causas e curso bem definidos, é raro. Também é importante destacar que não há sinais ou sintomas específicos de um determinado transtorno. Por esse motivo, trabalha-se muito com a ideia de *síndromes*, que são agrupamentos relativamente constantes e momentâneos de sinais e sintomas. São necessários uma boa coleta da história clínica e um exame do estado mental meticuloso. O diagnóstico, de modo geral, se baseia no perfil evolutivo desses sinais e sintomas apresentados desde seu surgimento até o momento da avaliação, somados a outros dados biológicos, psicológicos e sociais. Por isso, muitas vezes é necessária a observação do curso, sendo comum a reformulação de diagnósticos iniciais. Destaca-se ainda que é esperado que um procedimento diagnóstico seja replicável por outros profissionais, bem como seja válido, sensível e específico (Dalgarrondo, 2019).

A primeira vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu uma seção sobre transtornos mentais na *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID) foi em 1948, na sua 6ª edição, por influência de uma classificação desenvolvida pelo exército norte-americano para prestar assistência aos ex-combatentes de guerra. Em 1953, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), que consistia em uma lista com descrições clínicas de cada categoria diagnóstica (Araújo & Neto, 2014).

É possível observar, que, com o passar do tempo, as definições para a depressão contidas nas várias edições do manual DSM (APA, 1952 – 2014) mudaram, a depender da ênfase dada na área em cada época de publicação. Nas primeiras versões, a depressão era descrita como uma reação decorrente de um conflito interno ou acontecimento grave e

identificável. Já na terceira versão (DSM-III, APA, 1980), o enfoque era bastante descritivo e voltado para os sintomas. Foi usado um sistema multiaxial, que priorizava uma listagem dos sintomas, em detrimento da história do doente e dos dados de personalidade, e eliminada a ideia de conflito e de inconsciente (Peres, 2010).

Na sua versão mais atual, o DSM-5 (APA, 2014) foi publicado sem o modelo multiaxial, o que equivale a tratar os diagnósticos de Eixo II, III e IV (relativos a aspectos de personalidade, distúrbios somáticos e aspectos psicossociais, respectivamente) não mais como condições subjacentes a algum transtorno do Eixo I (relativo aos transtornos psiquiátricos clínicos), mas como diagnósticos iguais aos deste eixo. Apesar de apresentar limitações, o uso dos manuais diagnósticos, como o DSM-5, ajuda o profissional a obter informações e inferir possíveis comportamentos relativos a um determinado transtorno mental, assim como a padronizar uma linguagem comum, favorecendo a comunicação entre diferentes áreas (Araújo & Neto, 2014).

No que tange à depressão, o DSM-5 (APA, 2014) propôs a separação de uma categoria específica para os Transtornos Depressivos, enquanto nas versões anteriores eles faziam parte da seção Transtornos de Humor. Já na CID-10 (OMS, 1997), versão vigente do manual, que será substituída em janeiro de 2022, a depressão faz parte da seção de Transtornos Afetivos.

Os *transtornos de humor* são caracterizados por alterações patológicas do humor, além de alterações cognitivas e psicomotoras, que podem ocorrer em episódios únicos ou repetidos, podem ter início ou remissão súbitos, bem como apresentarem curso crônico, com diferentes intensidades de sintomas (Moreno, Dias & Moreno, 2007).

O *humor* pode ser definido como a tonalidade afetiva do indivíduo, o estado emocional basal de uma pessoa em determinado momento, a lente afetiva que dá o colorido à percepção do mundo e às vivências em cada ocasião (Dalgarrondo, 2019; Sadock, Sadock & Ruiz, 2017). O estado de humor de qualquer pessoa pode ser caracterizado como normal, elevado ou deprimido. No estado de *humor elevado*, ou seja, em um *episódio maníaco* ou *hipomaníaco*, são observadas expansividade, euforia, grande atividade física e mental, fuga de ideias, autoestima inflada, ideias grandiosas e redução da necessidade de sono. A pessoa também pode apresentar irritabilidade e sintomas psicóticos e, às vezes, necessitar de hospitalização. Na *hipomania* é observada menor gravidade e comprometimento social do que na *mania* (Sadock & Sadock, 2007).

A categoria dos transtornos de humor é uma das mais complexas de diagnóstico no DSM, pois inicialmente apresenta critérios para *episódios (depressivo maior, maníaco, hipomaníaco e não especificado)* e, dependendo da história dos episódios, é possível concluir qual é o diagnóstico do transtorno. Nos casos de diagnóstico de *transtorno depressivo maior* ou de *depressão unipolar*, devem ter ocorrido apenas *episódios depressivos maiores*. Se ocorrerem um ou mais episódios hipomaníacos ou maníacos, fala-se em *transtorno bipolar* (Rehm, 2016; Sadock et al., 2017).

No fim do século XX, a Psiquiatria considerava a depressão maior e o transtorno bipolar como distintos; mas, recentemente, este último tem sido classificado como uma forma mais grave da depressão maior, visto que muitos pacientes com diagnóstico anterior de depressão haviam apresentado comportamentos maníacos ou hipomaníacos, não detectados em avaliações iniciais (Sadock & Sadock, 2007).

Os critérios diagnósticos para um *episódio depressivo maior*, considerados como *transtorno depressivo maior*, incluem a presença de alguns sintomas, com duração de pelo menos duas semanas, ocasionando mudança no funcionamento prévio. O fator principal é o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer. No entanto, devem ocorrer ainda outros quatro sintomas dentro das categorias: sintomas somáticos (tais como alterações do sono ou do apetite), psicomotores (inquietação, lentidão) e cognitivos (desesperança, culpa), entre outros já citados anteriormente. As alterações não podem ser explicadas por uso de substância ou outra condição médica (APA, 2014).

O *episódio depressivo maior* pode ser classificado como único ou recorrente, podendo apresentar os seguintes especificadores: leve, moderado, grave, com sintomas ansiosos, com características mistas, melancólicas, atípicas, psicóticas, catatônicas, com início no periparto ou sazonal, em remissão parcial ou completa, entre outros. A depressão também pode ter diversas apresentações, fenomenologicamente distintas em relação à intensidade dos sintomas e ao grau de comprometimento funcional (Moreno & Carneiro, 2016; Rehm, 2016).

O humor deprimido pode ter uma qualidade distinta da emoção normal de tristeza ou luto. É descrito, com frequência, como uma dor emocional angustiante, que compreende incapacidade de chorar, sentimentos de desesperança, fadiga e inutilidade. Em complemento, Cheniaux (2013) aponta que critérios de intensidade não são úteis para definir a presença ou não de um quadro de depressão, visto que uma tristeza normal pode ser lancinante e um

episódio depressivo pode ser leve, assim como um evento de estresse pode desencadear tanto uma tristeza normal quanto um episódio depressivo.

Embora exista uma tendência a associar a depressão à sensação de tristeza, algumas pessoas não relatam essa característica, ainda que descrevam a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral, redução do interesse pelo ambiente, apatia e falta de motivação (Del Porto, 1999; Moreno & Carneiro, 2016).

O termo *depressão* se refere a algo que está “alterado para baixo”. É importante destacar que não se trata de uma redução de intensidade da expressão afetiva, mas de uma redução da atividade psíquica que leva à ação. Ocorre, portanto, perda da motivação, presença de indecisão e dificuldade de transformar pensamentos em atitudes. Podem ser observadas, ainda, a alteração qualitativa da afetividade e a perda da flexibilidade na expressão, levando-se, então, a certa rigidez afetiva. Ainda que as alterações do humor sejam os indícios principais para classificar o transtorno de humor, as alterações de energia e atividade psicomotora têm sido apontadas como fundamentais nessa caracterização (Cheniaux, 2013).

Quando o humor está polarizado para a depressão, o indivíduo, mesmo se estiver exposto a uma distração, volta a se sentir deprimido. Ele também pode se tornar irritável, demonstrando mau humor, incômodos e sensibilidade a estímulos negativos (Moreno et al., 2007). Queixas relativas à redução de energia, dificuldade para conclusão das tarefas e baixo rendimento nos estudos, no trabalho e em novos projetos também são comuns (Sadock et al., 2017).

Os sintomas de depressão causam sofrimento e prejuízos em áreas importantes. Trata-se de um transtorno que ocorre como comorbidade psiquiátrica com outras doenças – tais como epilepsia (Oliveira et al., 2011), demência, artrite, lombalgia, doenças cardíacas (Grevet & Knijnik, 2001), doenças infecciosas, endócrinas, neurológicas e nutricionais – ou ainda ser desencadeada por agentes farmacológicos (Del Porto, 1999). A depressão é também comumente associada aos transtornos de ansiedade, sobretudo ao transtorno de estresse pós-traumático e ao transtorno de ansiedade generalizada, podendo ser a doença primária ou secundária a um outro quadro (Rehm, 2016). Muitas vezes, a presença de sinais e sintomas difusos, associados à condição emocional, dificulta a identificação do quadro, adia o início do tratamento e indica um prognóstico pior.

A ansiedade é um componente bastante frequente nos quadros depressivos e, por esse motivo, tanto o DSM-5 (APA, 2014) quanto a CID-11 (OMS, a ser lançada em breve)

propõem uma distinção da depressão que vem acompanhada desse aspecto marcante de ansiedade. Nesta condição, o indivíduo vivencia angústia ou ansiedade acentuada, tensão e inquietação psicomotora, bem como pode apresentar insônia, irritação, dificuldade de se concentrar, preocupações recorrentes e/ou medo de que algo ruim aconteça. Também pode ocorrer sentimento de perda de controle de si mesmo e até mesmo, em sua forma mais grave, ser confundida com um episódio hipomaníaco. Entretanto, há uma diferença entre a *depressão ansiosa* ou *depressão agitada*, proposta no DSM-5, que geralmente ocorre em quadros de depressão moderada ou grave, e o quadro conhecido como *transtorno misto de depressão e ansiedade*, incluído na CID-11, no qual geralmente aparecem sintomas leves de ambas as condições por pelo menos duas semanas, mas não suficientemente numerosos para fechar um diagnóstico pleno de depressão ou de ansiedade (Dalgalarondo, 2019).

Grevet e Knijnik (2001) destacam que estressores sociais podem desencadear um episódio depressivo, mas apontam a existência anterior de características de personalidade mais suscetíveis aos transtornos depressivos, como o desânimo, a introversão, a preocupação, a dependência e a sensibilidade excessiva. Contrariamente, Moreno et al. (2007) afirmam que não existem traços de personalidade que predisponham para a ocorrência dos transtornos de humor.

Sadock et al. (2017) ressaltam que a depressão está mais ligada ao contexto do que a tipos ou traços de personalidade, mas que pessoas com transtornos de personalidade do tipo obsessivo-compulsivo, histriônico e *borderline* possivelmente apresentam mais risco em comparação às personalidades antissocial e paranoide, em virtude dos tipos de mecanismos de defesa que utilizam. Os autores norte-americanos explicam que a vivência de acontecimentos estressantes ao longo da vida costuma preceder um primeiro episódio depressivo e, possivelmente, ocasiona mudanças na biologia do cérebro. Eventos como a perda de pessoas importantes (tais como um dos pais, antes dos 11 anos de idade, ou do cônjuge), desemprego e fatores estressores que impactem negativamente a autoestima são frequentemente associados a episódios de depressão. Porém, salientam que o significado do acontecimento é particular para aquele indivíduo, o que torna tudo imprevisível.

Atualmente, sabe-se que estresses importantes causam impacto no nível funcional do cérebro, alterando neurotransmissores e ligações sinápticas. Portanto, são buscadas explicações no nível neuroquímico e genético para a depressão, e alguns estudos mostram desregulação e hipoatividade nas vias neuronais e na liberação de alguns neurotransmissores.

Entretanto, já foi constatado que algumas hipóteses sobre a ausência e a reposição de neurotransmissores, como a norepinefrina e a serotonina, são consideradas um pouco simplistas. Observou-se que elas não abrangem os diversos sistemas interconectados que são afetados na depressão, e parece haver participação de outros neurotransmissores em sistemas diferentes. Além disso, não está clara a razão pela qual, uma vez aumentada a disponibilidade dessas substâncias por meio de medicação, a resposta clínica é demorada. Também foi encontrada referência a estudos do sistema neuroendócrino que tentam localizar um marcador biológico para a depressão, depois que se constatou que, de modo geral, os níveis de cortisol estão elevados em indivíduos deprimidos, mas a relação exata ainda é desconhecida (Rehm, 2016).

O tratamento psiquiátrico de um episódio depressivo pode ser dividido em três fases: a *fase aguda*, com duração estimada de 6 a 12 semanas, que ocorre entre o início do tratamento e a remissão dos sintomas; a *fase de continuação*, com duração de 4 a 9 meses, em que o foco é preservar a remissão e prevenir recaídas; e, por fim, a *fase de manutenção*, quando se busca retomar o funcionamento prévio. Para tanto, não é estimado um período de tratamento específico; todavia, é recomendado o uso da medicação por cerca de 6 a 9 meses, quando se trata de um primeiro episódio, e mais tempo, quando se trata de quadros recorrentes (Romano-Silva, Miranda, Rosa & Alvim-Soares, 2013).

A última e mais recente edição do DSM (APA, 2014) recebeu críticas, por possivelmente facilitar a *patologização* de reações normais e superestimar o número de casos de depressão. O transtorno depressivo maior teve seus critérios mantidos, mas agora pode ser complementado por especificadores, tais como *com características mistas* e *com ansiedade*. Isso gerou repercussões entre os especialistas, uma vez que parece induzir o diagnóstico de qualquer transtorno de humor para o *espectro bipolar*. Entretanto, a equipe da APA explica que a modificação visa auxiliar o clínico a observar o curso da doença e a resposta farmacológica. Ademais, nesta última edição, foram acrescentados à lista de transtornos depressivos o *transtorno disruptivo de desregulação do humor*, que consiste na ocorrência de um temperamento explosivo com agressividade verbal ou física grave e recorrente, desproporcional, com alguns critérios relativos à frequência e idade, e o *transtorno disfórico pré-menstrual*. Os termos *distímia* e *depressão crônica* foram modificados e constituem atualmente o *transtorno depressivo persistente* (Araújo & Neto, 2014). Segundo os autores, o novo formato, se for usado por profissionais habilitados, com experiência clínica e

conhecimento, apresenta menor chance de falsos diagnósticos positivos. Além disso, a inclusão de novos transtornos mentais tem como objetivo abranger aqueles que sofrem e que poderiam não receber tratamento adequado.

Moreno e Carneiro (2016) salientam que, há alguns anos, era realizado um diagnóstico diferencial quando a pessoa estivesse passando por período de luto. Porém, atualmente, se a pessoa preencher critérios para um episódio depressivo, mesmo tendo passado pela perda de um ente querido há menos de dois anos, deve ser tratada de acordo com o diagnóstico (APA, 2014). Segundo Araújo e Neto (2014), esse foi um dos pontos de maior polêmica após o lançamento da 5ª edição do manual – isto é, o luto não é mais considerado como critério de exclusão do *transtorno depressivo maior*. Nesses casos, a preocupação de muitos profissionais está na abordagem médica e farmacológica para estados não patológicos. Os autores destacaram, no entanto, que o luto pode ser experimentado de forma patológica, e a mudança nas normas de classificação permite que aqueles que necessitem recebam atenção adequada, incluindo a farmacoterapia quando for preciso.

### **2.3 Depressão e Psicanálise**

Antes da Modernidade, não havia separação entre o sujeito e o mundo, e a melancolia estava ligada à esfera social, a afastar-se das regras morais e do caminho da fé, ou relacionada à vergonha causada pela imagem pública. Entretanto, na Modernidade foi aberta a possibilidade de surgirem conhecimentos especializados e versões parciais, de modo que a *Verdade* (enquanto ideia única e objetiva) deixou de depender de uma revelação divina ou de uma figura de autoridade incontestável. O homem passou a ser o centro de suas referências e o responsável por encontrar o equilíbrio entre a verdade individual e a coletiva. É a partir daí também que nasce, com Freud, a Psicanálise, no início do século XX, configurando que a verdade do sujeito vem do inconsciente e que os fenômenos psíquicos são atribuídos aos laços precoces da vida familiar (Kehl, 2011).

Diferentemente do viés orgânico da Psiquiatria, para a Psicanálise os fenômenos depressivos são compreendidos pela perspectiva do sujeito. Em vez de ser visto como vítima de uma doença que o ataca, ele é responsável pelo seu estado, mesmo que não se veja assim, já que a causalidade psíquica dos fenômenos depressivos é explicada pela posição subjetiva. Embora o tema da depressão não tenha sido estabelecido com profundidade na obra freudiana,

como os conceitos de *inconsciente*, *transferência* e *histeria*, existem indicadores importantes sobre o tema (Rodrigues, 2000).

A primeira referência à depressão na Psicanálise foi feita por Freud no ensaio “Luto e Melancolia”, escrito em 1915. Antes de Freud, e antes de ser entendida como um distúrbio pela Psiquiatria, a melancolia era encarada como um mal-estar, que denunciava o desajuste do indivíduo em relação à sociedade. Depois de Freud, a melancolia deixou de ocupar um lugar de analisador do laço social, de sintoma do mal-estar na civilização, algo que se deslocou para o campo das depressões (Kehl, 2011). Freud, então, dirigiu seu olhar e suas hipóteses às relações primordiais do sujeito e ao ódio recalcado pela perda de um objeto de amor. Com Freud, foi inaugurada a noção condutora da Psicanálise, segundo a qual as identificações primárias antecedem e condicionam as relações objetais posteriores (Campos, 2016).

Em “Luto e Melancolia”, Freud traça uma comparação entre essas duas condições psíquicas. Em ambas são observados abatimento, perda de interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar e tendência à inibição de toda atividade. Tanto no *luto* quanto na *melancolia* ocorre um processo de desligamento da libido direcionada a um objeto. O luto seria uma reação normal, não patológica, que ocorre frente à perda de uma pessoa ou de um ideal amado. No luto são esperados impactos na conduta normal da vida, e é necessário um tempo para que este seja superado, o que seria inoportuno atrapalhar. Nesse processo de superação, a libido precisa ser retirada de suas conexões com um objeto que não existe mais, o que gera uma tensão e uma oposição da psique para abandoná-lo. Após o trabalho do luto, o *Eu* fica novamente livre para destinar a libido para novos objetos (Freud, 1915/2010).

Freud (1915/2010), então, diferencia o luto da melancolia, apontando que enquanto no primeiro a perda do objeto é real e consciente, no segundo perde-se um objeto não consciente e ocorre um abalo na relação de objeto. Neste último caso, em vez de a libido liberada desse objeto ser deslocada para um novo objeto, como no processo de luto, o que acontece é um outro resultado, anormal, em que a libido livre é direcionada para o *Eu*, gerando uma Identificação do *Eu* com o objeto abandonado – ou seja, a libido liberada se retrai de forma narcísica para o *Eu*, e este se identifica com o objeto perdido. Na melancolia, há uma ambivalência vivida no Inconsciente. O *Eu*, então, assume a perda do objeto como a perda de si, e o conflito, que originalmente era do *Eu* com o objeto amado, se transfere e se torna entre o lado crítico e o lado identificado do *Eu*. Nesse processo, ocorre um esvaziamento do *Eu* e se



instaura uma ferida aberta, que não cicatriza, diferentemente de como seria no curso normal do trabalho do luto. Trata-se de um *desligar-se* com efeitos destrutivos.

Freud ressaltou, então, que para adoecer de melancolia existe uma predisposição patológica do sujeito, o qual tem uma escolha de objeto do tipo *narcísica*. Em síntese, a melancolia seria, em parte, semelhante ao luto, e em parte um movimento de regressão, ocasionado pelo narcisismo como tipo de escolha de objeto. A melancolia, portanto, evidenciaria uma problemática na constituição do vínculo com o objeto, ou seja, um ponto de fixação na fase do narcisismo e, portanto, uma condição de origem psicogênica (Campos, 2016).

Como resultado da melancolia, vê-se uma baixa na autoestima e um movimento de autorrecriminação, características não observadas no luto. O melancólico, para Freud, perdeu o amor-próprio; ele se julga incapaz e estende sua autocrítica ao passado, chegando a esperar alguma punição contra si mesmo. Trata-se de um estado de intenso sofrimento, bastante doloroso, com grande empobrecimento pulsional, em que ocorre perda do interesse pelo mundo exterior e da capacidade de amar, acompanhada por inibição das funções e diminuição do amor-próprio. No extremo dessa condição são observadas as ideações suicidas, que se originam de um impulso dirigido a algo do mundo externo e que se voltam para si. De acordo com Freud, o processo da melancolia termina quando a raiva se esgotou no Inconsciente ou após o objeto perder o valor e ser abandonado (Freud, 1915/2010).

Inicialmente, Freud buscou agrupar a melancolia e os estados depressivos na neurose, como se respondessem a uma problemática única, mas posteriormente, em seus estudos, abandonou essa ideia e passou a usar a palavra *depressão*, como termo descritivo em diversas psicopatologias e *melancolia*, para um quadro psicótico bastante preciso. Assim, a *melancolia*, ao final dos estudos de Freud, ficaria diferenciada das neuroses e das psicoses, como uma categoria diagnóstica, que se fundamenta não a partir da tristeza, mas de mecanismos psicóticos específicos; enquanto a *depressão*, como um estado, um sinal clínico, que pode se apresentar em diferentes configurações psicopatológicas. Em resumo, para a Psicanálise, a depressão e a melancolia são diferentes qualitativamente e não podem ser agrupadas como um quadro único, como fez a Psiquiatria, com a criação do conceito de *transtorno de humor*. Além disso, não existe a depressão, no singular, os fenômenos depressivos são diversos no que tange à causa e aos modos de expressão, o que torna

inconsistente a unificação em torno de um conceito, pois recobre a realidade clínica específica (Rodrigues, 2000).

Na tradição lacaniana, assim como em Freud, a *melancolia* seria compreendida como uma subestrutura psicótica, enquanto os sintomas depressivos poderiam estar presentes em diversos arranjos estruturais, mas, provavelmente, mais próximos da neurose, uma vez que são produtos psíquicos da recusa ou da dificuldade em assumir a posição de sujeito *desejante* (Campos, 2016). Lacan usa o termo *demissão subjetiva* para definir a posição daquele que se deprime. O depressivo, para Lacan, seria aquele que carrega a culpa por ter traído a si mesmo, porque teria cedido ao compromisso com o próprio desejo e, assim, desistido de ser, de seguir as escolhas de vida que combinam consigo. Aquele que se entregou, que se mostrou covarde ante o enfrentamento da castração, teria de fato um motivo para se sentir culpado e, então, se deprimir (Kehl, 2011).

Para Campos (2016), dentro da compreensão da Psicanálise da escola inglesa, o afeto depressivo tende a ser visto como positivo, uma vez que se parte do conceito de *posição depressiva* de Melanie Klein, que se associa às ideias de aquisição de desenvolvimento psíquico, possibilidade de integração de aspectos bons e maus e expressão de uma dinâmica de elaboração psíquica. De modo similar, Berlinck e Fédida (2000) citam a depressão também como possível condição criadora do psiquismo, explicando que, nas transformações primitivas da animalidade para a humanidade, foi necessária a modificação do sistema imunológico, assim como a constituição de um aparelho psíquico, que permitiu ao ser humano o enfrentamento das adversidades, privações e vivências de desamparo. Nesse sentido, a depressão seria o estado necessário à constituição do aparelho psíquico, que seguiu se estruturando continuamente.

Peres (2010) complementa que, como seres falantes e conscientes, somos forjados por uma perda, e a falta resultante da retirada do universo da natureza nos impulsiona à entrada no mundo simbólico. A depressão, portanto, faz parte da estruturação humana e é uma condição associada à própria consciência da morte. Além disso, a depressão seria um dos recursos de proteção contra o contato com a dura realidade, bem como com as forças internas e externas, muitas vezes ameaçadoras para o narcisismo, sendo necessário seu retorno sempre que o psiquismo necessitar de uma restauração do narcisismo (Berlinck & Fedida, 2000).

De modo geral, há uma convergência entre as diferentes abordagens psicanalíticas, as quais tendem a observar uma relação entre a problemática depressiva e a constituição da

subjetividade e do desejo. Enquanto a Psiquiatria, tradicionalmente, se pauta na descrição e na compilação de sintomas em síndromes e categorias nosográficas, a Psicanálise trabalha com a segmentação entre os planos estrutural e dos sintomas. As estruturas são descritas a partir dos mecanismos psicodinâmicos, apoiados na noção de constituição do sujeito, própria da psicanálise; já os sintomas são entendidos como produtos de certa configuração de mecanismos hipotéticos do aparelho psíquico. Assim, por meio de uma abordagem compreensiva, o sofrimento depressivo é entendido como expressão dos processos subjetivos, e o sintoma deve ser interpretado, pois se refere à organização dinâmica da pessoa que sofre (Campos, 2016).

O pensamento de Freud e de seus seguidores, de fato, é um divisor de águas na forma de compreensão do ser humano. Ele introduz a noção de *conflito psíquico*, que permite entender a existência de mais de uma verdade, passando a valorizar a singularidade e o discurso de cada um para a compreensão do sofrimento em questão. Nesse sentido, a Psicanálise nos mostra que a generalização é delicada (Peres, 2010). A partir do método clínico, trabalha-se com a expressão do inconsciente, e não com a lógica da normatização, em que a psicoterapia contribuiria para uma “cura”, no sentido de readequar o cidadão à norma, àquilo que é esperado dele (Tavares, 2010). Segundo Rodrigues (2000), alguns profissionais contraindicam a Psicanálise, pois isso conduziria o paciente a se sentir responsabilizado por algo do qual ele é vítima, o que poderia agravar sintomas e gerar sentimento de culpa.

Os fenômenos depressivos, do ponto de vista da Psicanálise, só podem ser compreendidos a partir da referência mais ampla do contexto sociocultural de produção da subjetividade atual, ou seja, não como uma entidade flutuante, mas como uma produção da subjetividade das pessoas, atrelada a uma determinada situação sócio-histórica (Campos, 2016).

Peres (2010) chama a atenção para o fato de que a Psicanálise indaga o sujeito sobre o sentido particular das suas escolhas, numa época em que os processos de globalização endossam promessas ilusórias de condições igualitárias de vida, e as exigências de padronização e homogeneização impostas pela sociedade ameaçam a singularidade de cada indivíduo, o que leva à falta de sentido e ao vazio da existência.

As depressões contemporâneas podem ser entendidas como sintomas do mal-estar social, pois questionam e resistem ao projeto em voga: o imperativo de felicidade, a busca pela felicidade consumista. Neste caso, vê-se uma analogia com as antigas formas de

melancolia, uma vez que se vive um apagamento do sujeito, uma perda do lugar simbólico, o que produz angústia. Como todo sintoma, caracteriza-se por ser, também, uma tentativa de cura. Entretanto, apesar da angústia, vê-se ainda servidão às mercadorias, que prometem apaziguá-la – ou seja, o apagamento do sujeito do desejo é, ao mesmo tempo, fonte de angústia e combustível para a busca pelo consumo no mundo pós-moderno (Kehl, 2011).

Nesse contexto, nada é mais ameaçador e patológico do que um distúrbio, que inclui embotamento dos afetos e do desejo, aversão ao contato e à visibilidade, ausência de investimento no Eu, no corpo e no consumo, numa sociedade que enaltece o oposto. Assim, “a depressão é um dos avessos desse ideal contemporâneo, como a histeria era o avesso da sociedade repressora do final do século XIX” (Campos, 2016, p. 30).

As taxas crescentes de depressão são sem dúvida uma consequência da modernidade. O ritmo da vida, o caos tecnológico, a alienação das pessoas, o colapso da estrutura familiar, a solidão endêmica, o fracasso dos sistemas de crença (religioso, moral, político, social — qualquer coisa que parecia outrora dar significado e direção à vida) têm sido catastróficos. . . . A depressão é um custo crescente, mas não ruinoso, para nossa sociedade. Temos equivalentes psicológicos de filtros solares, bonés e sombra. . . . Mas precisamos começar a fazer pequenas coisas agora para baixar o nível de poluição socioemocional. (Solomon, 2014, p. 29)

#### **2.4 Reflexões da Psicologia e da Psicanálise sobre a depressão na Psiquiatria**

A tristeza é, antes de tudo, um sentimento humano normal, que aparece em situações de perda, decepções ou eventos desagradáveis, e que não está relacionada a uma doença mental. No campo psiquiátrico, são frequentes os questionamentos sobre os limites entre as diversas categorias diagnósticas e entre a doença e a normalidade (Cheniaux, 2013).

Não seria esperado que, frente a qualquer dor física, um médico aplicasse anestesia, uma vez que a dor serve de alerta e de orientação. Assim como uma dor física tem a função de alertar sobre uma disfunção corporal, os sintomas depressivos devem ser considerados uma queixa, um pedido de ajuda do organismo fragilizado. No entanto, o que está ocorrendo de modo crescente, principalmente com os sintomas de ansiedade e depressão, é que a dor em si está sendo considerada a doença, e não um sintoma de alarme (Byington, 2007). Como apontou Solomon (2014, p. 24), “nós patologizamos o curável”; aquilo que pode ser facilmente revertido, ou o que antes era visto como parte da personalidade ou estado de espírito, tem sido tratado como doença.

A patologização exagerada advém da dificuldade de relacionar o normal com o patológico na esfera psíquica, assim como para integrar as concepções de mente e corpo. A Medicina ocidental, que se baseia no estudo do desenvolvimento normal para entender a patologia, tende a reduzir os sintomas exclusivamente à dimensão patológica. Ao considerar a depressão como uma doença que precisa ser erradicada, reforça-se um viés patologizador da subjetividade, negando a função normal da depressão, anestesiando-a com medicamentos e encobrindo o conflito por ela revelado, o que pode agravar o quadro (Byington, 2007).

Dalgarrondo (2019) destaca que, no contexto dos diagnósticos em saúde mental, muitas vezes aparecem duas posições extremadas, ambas contraproducentes: a primeira entende que o diagnóstico psiquiátrico é semelhante às outras especialidades médicas e que seria o principal elemento da prática psiquiátrica; a segunda, no extremo oposto, entende o diagnóstico como uma forma de rotular, reduzir a singularidade do indivíduo. O autor afirma, então, que é imprescindível considerar os aspectos singulares e pessoais de cada caso, mas que o diagnóstico, ainda que seja um constructo, tem valor pragmático e, se usado de maneira cuidadosa e contextualizada, ajuda a compreender o sofrimento e norteia a escolha da estratégia terapêutica.

Embora listem uma série de critérios para enquadrar os indivíduos, na prática os manuais psiquiátricos apresentam um protótipo, frente ao qual cada indivíduo não satisfaz todos os critérios e diferentes indivíduos podem satisfazer os critérios com padrões diferentes dos sintomas (Rehm, 2016). Além disso, mesmo nas abordagens psicológicas comportamentais, mais próximas às ciências médicas, formular um diagnóstico apenas a partir da análise topográfica dos comportamentos e de sua classificação categórica sugere uma leitura padronizada e limitada. É necessária a compreensão da função dos comportamentos de cada pessoa e, portanto, uma análise das condições que os instalaram e os mantêm, pois um comportamento não tem justificativa em si mesmo nem pode ser analisado fora do contexto (Araújo & Neto, 2014).

Nas abordagens psicológicas psicodinâmicas, sentimentos e emoções, como o medo, a tristeza e a alegria, são compreendidos como importantes na produção de significados e na configuração da identidade. Como bem sintetiza Byington (2007), o processo normal de elaboração psíquica do sofrimento inclui diminuição de entusiasmo, desânimo e foco na problemática e, ainda assim, não configura necessariamente um estado patológico. Aceitar e acolher esse processo é de suma importância, embora mais difícil e dispendioso (ao menos no

curto prazo). Desse modo, ao parar para escutar e observar a depressão, pode-se conhecer a dimensão simbólica dos sintomas e como eles se expressam sempre por meio da mente e do corpo, com o intuito de reintegrá-los ao todo. Por outro lado, a ideia de simplesmente eliminar os sintomas está baseada na lógica tradicional, defensiva e preconceituosa, de que a depressão é “malvada” e deve ser eliminada.

Sabe-se da importância da prescrição medicamentosa quando realmente existe indicação, e a Psicologia não ignora isso; entretanto, na falta de um trabalho analítico, que permita a compreensão do fenômeno vivido, bem como a subjetivação das alterações que o medicamento traz, os efeitos não são duradouros. Pessoas que buscam apenas tratamentos medicamentosos para a remissão dos sintomas estão, em geral, mais propensas a recidivas (Peres, 2010). Os antidepressivos são indicados para aqueles que sofrem de depressão patológica, mas, quando não é o caso, eles impedem a elaboração simbólica, da mesma forma como agem o álcool e as drogas, alienando o indivíduo das próprias questões e levando-o, inclusive, à dependência (Byington, 2007).

Nesse sentido, a abordagem patologizante pode se mostrar atraente para aquele que está deprimido, uma vez que se estabelece um pacto com a condição da depressão, na medida em que se alimenta a posição de recusa em entrar em contato com a dimensão psíquica do sofrimento e endossa a fuga para o corpo que dorme, que evita falar e que não quer viver, e, por meio da lógica da medicação, promete o alívio dos sintomas, sem que seja necessário buscar compreender o fenômeno psíquico subjetivo. O deprimido geralmente vive a ânsia pelo fim do sofrimento, mas às vezes também demonstra resistência de contato com as fantasias envolvidas. Aí pode ser observada a aliança com o medicamento, que vai aliviar sintomas, mas não exigir o trabalho psíquico (Campos, 2016).

O alívio que as pessoas expressam quando um médico diz que a depressão delas é “química” se baseia numa crença de que há um eu integral existindo através do tempo e numa divisão fictícia entre o sofrimento inteiramente justificado e o sofrimento completamente aleatório. A palavra química parece mitigar os sentimentos de responsabilidade perante o esgotamento causado pelo fato de não gostarem de seus empregos, de se preocuparem com o envelhecimento, de fracassarem no amor, de odiarem suas famílias. Junto com a química, vem uma agradável liberação de culpas. (Solomon, 2014, p. 18)

A negação do sofrimento como processo normal do viver humano traz o culto e a busca defensiva do prazer, assim como a ilusão de que o desprazer e a depressão não devem

fazer parte da vida. Isso produz uma alienação, que não só nega a importância do fenômeno depressivo para a elaboração simbólica, como o interpreta como uma falta de sabedoria para viver (Byington, 2007).

Sentimentos de inadaptação e insuficiência são endossados pela indústria farmacêutica, que vende a ideia de devolver o depressivo à convivência “normal” com o “coro dos contentes”. Assim, é banalizada a singularidade do sofrimento e as depressões são reduzidas a um leque de transtornos no qual qualquer um pode ser incluído. Para cada conjunto de sintomas são oferecidas soluções que normalizam a conduta, sem a exigência de qualquer elaboração sobre ela. No período do capitalismo industrial, buscou-se curar o sujeito inibido e improdutivo. Atualmente, surgem tentativas de tornar o depressivo animado, comprador e consumidor (Kehl, 2011); e, nessa constante exigência de adaptação aos padrões sociais vigentes, o indivíduo se defronta com a falta de sentido e o vazio (Peres, 2010). Então, quanto mais adepto à medicação, com sua promessa de eliminação da dor, menos ele se mostra compromissado com o próprio sofrimento; em consequência, menos conectado com o próprio desejo se torna, e, assim, mais se entrega ao abatimento (Kehl, 2011). A Psicanálise assume uma posição de resistência às tendências contemporâneas de *dessubjetivação* e *coisificação*, próprias do movimento de *medicalização e biologização* do social (Campos, 2016).

## **2.5 Prevalência e impacto da depressão na atualidade**

De acordo com estimativas da OMS, antes da pandemia de COVID-19, cerca 322 milhões de pessoas viviam com depressão ao redor do mundo, sendo mais de 11,5 milhões no Brasil. É importante ressaltar que esse número havia sofrido um aumento expressivo de 18,4% entre os anos de 2005 e 2015, ocasionado não só pelo crescimento da população global, como também pelo aumento de pessoas nas faixas etárias em que a depressão é mais prevalente. A depressão se mostra mais frequente em países de baixa renda, como o Brasil, onde 5,8% da população esteve deprimida em 2015. Além disso, a depressão é a maior contribuinte para as mortes por suicídio, as quais totalizam cerca de 800 mil vidas consumadas por ano, sendo que 78% destas também ocorrem nos países de baixa renda (WHO, 2017).

É bastante notório que a depressão é uma das doenças que mais geram incapacidade no mundo (Costa & Magalhães, 2013; Gonçalves et al., 2018), assim como provoca afastamentos do trabalho, afeta a saúde física, as relações familiares e extrafamiliares, além de ser responsável pela maior parte das ocorrências de suicídios – motivo pelo qual foi considerada pela OMS um dos grandes problemas da saúde pública global (Grevet & Knijnik, 2001). Ela também foi apontada como a provável maior contribuinte para a carga de doenças em 2030 (Moreno & Carneiro, 2016), em estimativa realizada antes do advento do cenário mundial de 2020 e 2021 – uma conjuntura que inclui a pandemia de COVID-19 e as diversas crises (política, econômica, social e de saúde) no mundo, o que provavelmente tende a agravar os impactos globais na saúde mental.

A depressão é um dos transtornos com maior prevalência na população mundial, cuja origem e remissão estão ligadas a diversas variáveis (Baptista, Baptista & Oliveira, 1999), inclusive porque sua vivência é muito pessoal, ela atinge pessoas diferentes de formas diversas, interagindo com os aspectos da personalidade de cada indivíduo (Solomon, 2014).

Estudos recentes estimam que cerca de 5,1% das mulheres e 3,6% dos homens ao redor do mundo estejam enfrentando transtornos depressivos (WHO, 2017). Sadock e Sadock (2007) mencionam estimativas de prevalência da depressão, não necessariamente diagnosticadas, que poderiam alcançar taxas de 10% a 25% nas mulheres e entre 5% e 12% nos homens – ou seja, duas vezes maior no sexo feminino, atingindo mais frequentemente às áreas rurais do que as urbanas. Alguns estudos apontam que, após a menarca, as mulheres – sobretudo aquelas que estão na faixa dos 18 aos 29 anos de idade – têm uma probabilidade até três vezes mais alta de desenvolver um episódio depressivo maior do que os homens. A maior prevalência de depressão nas mulheres tem sido observada na literatura científica nacional e internacional desde a década de 1970, quando começaram as pesquisas voltadas para diferenças em termos de gênero – que parecem ocorrer independentemente do país ou da cultura (Baptista et al., 1999; Grevet & Knijnik, 2001; Justo & Calil, 2006).

De acordo com a literatura, evidências da causalidade dessa diferença entre os sexos apontam para explicações multifatoriais, embora também tenham sido encontradas tentativas reducionistas tanto na esfera biológica como na psicológica ou social (Marques-Teixeira, 1998). Ainda que parte dos estudos sugira a presença de um fator hormonal na depressão, a biologia não consegue explicar sozinha o alto índice de depressão feminina. Fatores sociais, como a disparidade relativa à força e ao poder social, bem como a frequência com que as



mulheres têm seus direitos desrespeitados, certamente têm grande relevância para o fenômeno (Solomon, 2014). Também devem ser consideradas as transformações do papel da mulher na família e na sociedade, cujas mudanças não tiveram seus efeitos psíquicos avaliados. A mulher, tendo assumido responsabilidades financeiras de sustento da família, ainda carrega a responsabilidade pelas atribuições do lar e da maternidade, recebendo cobranças pessoais e sociais nesse sentido (Justo & Calil, 2006; Gonçalves, 2018).

Segundo a OMS, o perfil etário de maior prevalência da depressão é o de 55 a 74 anos (WHO, 2017). Há dados que indicam que a média de início do quadro depressivo se dá aos 40 anos, ainda que possa ocorrer em todas as faixas etárias (Sadock & Sadock, 2007). Costa e Magalhães (2013) apontam que os estudos que pretendem estabelecer uma idade de início apresentam grande variabilidade, dependendo também do país em que se desenvolvem.

É importante observar alguns fatores de risco para a depressão, que estão ligados à existência de desvantagens sociais, tais como pobreza, baixa escolaridade, exposição à violência e estado civil divorciado ou separado (principalmente entre os homens). Existem ainda outros fatores, como genética, antecedentes familiares próximos (que aumentam em duas ou três vezes a chance de desenvolver depressão) e a existência de outras doenças crônicas (World Federation For Mental Health, 2012). A depressão também pode ser fator de risco para outras doenças: ela está associada a maior risco de obesidade, diabetes, doenças coronarianas e acidente vascular cerebral (Dalgarrondo, 2019), assim como ao tabagismo grave, que é resultado, às vezes, da busca do efeito dessa substância para alívio dos sintomas (Castro, Oliveira, Araújo & Pedroso, 2008).

Em estudo multicêntrico realizado por Andrade et al. (2012), em parceria com a OMS e a Universidade de Harvard, com coleta de dados na região metropolitana de São Paulo entre os anos de 2005 e 2007, foi observado que, em uma amostra probabilística de 39 municípios, 29,6% dos entrevistados apresentava algum transtorno mental. Transtornos de ansiedade constituíram a classe mais prevalente (19,9%), seguidos por transtornos do humor (11%), transtornos do controle de impulso (4,2%) e os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (3,6%). O estudo destacou também o *transtorno depressivo maior* como um dos transtornos mentais mais frequentes na população brasileira (9,4%), com prevalência maior do que a encontrada em todos os outros países que participaram do estudo.

É importante salientar que esses dados se referem a uma das regiões do país mais bem providas de recursos financeiros e de estrutura de saúde, com maior acesso a serviços e

informações quando comparada a outras capitais e consideravelmente diferente de áreas mais isoladas do Brasil, país com dimensões continentais. Segundo Andrade et al. (2011), apenas um terço dos pacientes recebe tratamento; ou seja, uma parte considerável dos portadores de transtornos mentais talvez nem seja diagnosticada ou não receba tratamento. Os autores destacaram também o elevado custo e a sobrecarga do sistema de saúde, apontando a necessidade de serem desenvolvidas medidas urgentes para oferecer assistência a casos de maior gravidade, além de, paralelamente, a elaboração de políticas públicas de prevenção.

De modo geral, a área da saúde mental ainda sofre muitos estigmas e é negligenciada estrutural e financeiramente dentro da área da saúde, tendo recursos limitados, mesmo nos centros urbanos com maior concentração de serviços, como em São Paulo. Para um planejamento de ações e políticas de saúde mental são importantes mais estudos epidemiológicos, a fim de responder às demandas reais da população. O Brasil é um dos poucos países da América Latina que disponibilizam informações epidemiológicas sobre transtornos mentais, embora se saiba que, principalmente em virtude da dimensão territorial do país, ainda há muita divergência entre essas informações e a realidade vivida, bem como de recursos disponíveis nas várias regiões (Andrade et al., 2011).

A precocidade da intervenção terapêutica, após início do primeiro episódio de um transtorno mental, pode ser determinante na evolução e no prognóstico de um quadro, reduzindo e prevenindo a gravidade e a incapacitação do indivíduo. Os autores do estudo multicêntrico realizado em São Paulo (Andrade et al., 2011) observaram que pessoas com transtorno bipolar buscaram tratamento mais precocemente do que pessoas com transtorno depressivo. É importante destacar que nos casos que não apresentam incapacitação significativa costuma-se protelar a procura de atendimento. Assim, somente 23% dos indivíduos com transtornos depressivos buscaram algum tratamento no primeiro ano, 35% dos bipolares e menos de 10% das pessoas com transtornos ligados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. No caso dos transtornos de humor, especialmente da depressão, as mulheres procuraram mais os serviços de tratamento do que os homens. Também se observou um padrão de procura de tratamento nas faixas etárias mais jovens, independentemente do diagnóstico. Isso levou os autores a levantarem a hipótese de que esse público possa estar mais bem informado e esclarecido sobre as questões de saúde mental.

Nos casos em que a pessoa não busca espontaneamente o cuidado em relação à saúde mental, é necessário contar com o olhar treinado dos profissionais dos serviços de saúde nos

quais ela pode eventualmente ser atendida. Muitas vezes o diagnóstico do quadro depressivo ocorre dessa maneira.

Sobre o cuidado em saúde mental na esfera pública, observa-se que a maior parte dos brasileiros com sintomas clinicamente relevantes não são diagnosticados e não recebem tratamento adequado; talvez, isso se deva à tendência de buscar os serviços apenas considerando o sintoma somático, o que pode mascarar o quadro. De modo geral, a depressão é subdiagnosticada no Brasil (Gonçalves et al., 2018). Algumas pesquisas apontam que, embora a preocupação com o diagnóstico seja grande, metade das pessoas que procuram atendimento na rede básica de saúde com sintomas depressivos não recebe diagnóstico e/ou tratamentos corretos (Valentini et al., 2004). Ademais, é possível observar que a depressão é uma doença silenciosa e ainda muito estigmatizada, que necessita de maior atenção por parte da população e das equipes multiprofissionais de saúde.

Motta, Morés e Nunes (2017) apontam que a atenção básica no SUS ainda carrega alguns resquícios de modelos tradicionais de atendimento da depressão, como uma abordagem biomédica pautada na concepção saúde-doença e com uma preferência pela psicoterapia individual como principal forma de atendimento terapêutico. Os autores reforçaram a necessidade de incluir a dimensão psicossocial e, assim, abranger recursos suplementares para os atendimentos psicoterapêuticos (individuais ou em grupo), tais como as atividades físicas e sociais, utilização de recursos da própria comunidade, entre outros.

Existem poucas doenças que são, ao mesmo tempo, tão sub e sobretratadas quanto a depressão. Por um lado, existem pessoas que demoram a buscar tratamento e se tornam completamente disfuncionais, necessitando, por fim, de hospitalização; na outra extremidade, há aqueles que supõem que a alegria é um direito inato e que procuram constantemente, nas prateleiras das farmácias, alívio para qualquer simples desconforto. Ainda no que tange ao tratamento, em alguns casos a depressão pode ser confundida com as doenças pelas quais ela se manifesta (Solomon, 2014).

## **2.6 Expressão da depressão**

“Não existem duas pessoas com o mesmo tipo de depressão. Como flocos de neve, as depressões são sempre únicas, todas baseadas nos mesmos princípios essenciais, mas cada uma exibindo um formato irreproduzível e complexo” (Solomon, p. 177, 2014). Assim,

mesmo havendo altos índices desta condição de mal-estar, que tomam proporções de epidemia em nossa época, deve ser lembrado que, em sua forma de expressão, ela é singular; cada um carrega um padrão diverso de sofrimento, o que permite se falar em depressão no plural, isto é, em depressões (Peres, 2010).

De modo genérico, a depressão se expressa pela diminuição geral dos movimentos voluntários, por um alentecimento e certa imobilidade do corpo. Também pode ser constatada certa rigidez afetiva, falta de flexibilidade e espontaneidade na expressão (e experiência) afetiva (Cheniaux, 2013). Um retrato clássico do indivíduo deprimido é aquele com postura encurvada, sem movimentos espontâneos e com o olhar baixo. Pode haver ainda redução do volume e da frequência de fala, latência para responder perguntas ou emissão de respostas monossilábicas. Os casos mais graves podem se assemelhar à esquizofrenia catatônica (Sadock et al., 2017).

É comum que seja dado enfoque a situações negativas e tendência a uma perseveração ligada a lembranças dolorosas. Quando algo ruim acontece, é normal ficar triste; na depressão, entretanto, a tristeza é corporal, difusa e não reativa a um evento específico, constituindo uma tristeza vital. Eventos positivos geralmente não ajudam o indivíduo a se recuperar, pois ele também perde a reatividade do humor, o que não ocorre na tristeza normal. Podem ocorrer também prejuízo na conação – ou seja, dificuldade de transformar decisões e pensamentos em ações – e perda na iniciativa, na espontaneidade e no interesse pelo mundo externo (Cheniaux, 2013).

Trata-se de um estado de letargia e insensibilização em que “a intensidade das cores esmaece, assim como o claro-escuro, dando lugar a uma tonalidade cinza, sem contraste. Os cheiros param de ser percebidos, as texturas deixam de ser registradas, os sons ficam amortecidos e podem até desaparecer” (Berlinck & Fédida, 2000). É vivenciada uma sensação de perda de controle do humor e dos afetos, o que gera prejuízos no desempenho relacional e ocupacional e até a presença de pensamentos de morte, que podem culminar inclusive em tentativas de suicídio (Sadock & Sadock, 2007).

Se por um lado a depressão é o estado que afasta o ser humano da realidade, por outro pode oferecer condições para que ele suporte e enfrente a dureza dessa realidade, muitas vezes causadora de dor e angústia. Assim, ela pode ser comparada ao hibernar, pois, normalmente, constitui-se em um estado de vazio, de ausência, em que a letargia pode durar anos, manifestando-se pela imobilidade (Berlinck & Fédida, 2000).

Entretanto, a depressão pode ainda se apresentar por meio de atividade incessante ou pela busca de um objeto de satisfação. Vê-se, neste caso, um movimento compensatório, a procura por um substituto do que foi perdido, produzida a partir da sensação do vazio, que não pôde ser preenchido, mas que também não pôde ser acolhido como próprio, a não ser à custa de muito sofrimento. Por medo da dor, o sujeito se afasta da própria depressão e a mantém como indesejável, de modo que acaba por torná-la presente, no intenso esforço de torná-la ausente. Pode haver, assim, agitação motora e irritabilidade, como é mais comum em crianças deprimidas (Berlinck & Fédida, 2000). Assim, de modo alternativo àquilo que é mais comumente descrito, parte dos indivíduos expressam aceleração, irritação ou agitação psicomotora durante uma fase depressiva, o que também pode estar relacionado à ansiedade ou a estados mistos de humor (Cheniaux, 2013). Quando existe um componente de ansiedade, o indivíduo expressa inquietação psicomotora, tensão, angústia acentuada, dificuldade de se concentrar e medo de que algo ruim aconteça. Pode haver também sentimento de perda de controle de si mesmo e até, em sua forma mais grave, características que lembrem um episódio hipomaníaco (Dalgalarondo, 2019).

Ademais, não é de hoje que se faz presente, na literatura psiquiátrica e psicanalítica, a discussão sobre o conceito de personalidade depressiva ou predisposta à depressão – debate este que levanta pelo menos dois perfis distintos de expressão da depressão: um mais dependente e outro mais autocrítico. Ambos serão mais bem descritos no capítulo adiante (Campos, 2013).

Ao se pensar nas formas de expressão da depressão, também é importante questionar se existe diferença em função do sexo. É estabelecido na literatura que as mulheres apresentam uma incidência maior de estados depressivos do que o homem, como já descrito anteriormente (Justo & Calil, 2006) ou pelo menos maiores pontuações nas medidas de depressão (Gorenstein & Andrade, 2000).

Baptista et al. (1999), em sua revisão da literatura, encontraram diversas hipóteses relativas à diferença da prevalência de depressão entre homens e mulheres. Sinteticamente, as hipóteses levantadas são:

- a) se o modo de sentir a depressão é diferente;
- b) se o modo de expressar é distinto; e então, nesse sentido,
- c) se os instrumentos de avaliação da depressão seriam mais sensíveis a determinados aspectos das vivências depressivas do que a outros;

d) se o modo de lidar com a depressão é distinto (externalizando ou internalizando o sofrimento), o que também estaria ligado à forma de expressão do estado depressivo;

e) se existem diferenças na autopercepção e no julgamento das vivências;

f) se as exigências sociais influenciam no modo de agir frente à depressão, no sentido de buscar ou não ajuda, ou, ainda, de esconder ou ignorar tais vivências.

Em complemento, o DSM-5 (APA, 2014) também aponta que mulheres têm mais chance de reconhecer prontamente, confirmar e fornecer uma lista de sintomas mais abrangente do que os homens para um transtorno depressivo.

Ainda que não tenha sido encontrada uma relação específica entre gênero e sintomatologia, estudos apontam que, mesmo em uma amostra não clínica, a autodepreciação esteve mais associada à experiência depressiva nas mulheres (Gorenstein & Andrade, 2000), assim como estão mais presentes reações somáticas, como aquelas relacionadas a apetite, sono e mudança de peso, enquanto os homens apresentam mais frequentemente sintomas cognitivos, como aqueles ligados à culpa e autopunição (Baptista et al., 1999).

Marques-Teixeira (1998) esclarece que a disparidade entre homens e mulheres na incidência de casos se dá, principalmente, pela exclusão de alguns perfis do espectro depressivo. Ele aponta que, quando são considerados outros quadros clínicos além daqueles tidos como expressamente depressivos, ou seja, as "máscaras depressivas" (como o abuso ou a dependência de álcool), ou até mesmo os indicadores depressivos (como as tentativas de suicídio, por exemplo), pode-se observar que a diferença na incidência de depressão entre os dois sexos tende a ser anulada. Por isso, é importante discutir se a depressão, nos homens, talvez possa estar revestida por comportamento aditivo e/ou antissocial.

Windmüller & Zabello (2016), em uma revisão sistemática sobre depressão masculina, pontuam que provavelmente os manuais de classificação diagnóstica sofrem um enviesamento de gênero, não contemplando a variabilidade de expressões dos sintomas da depressão masculina. Como exemplo, citam a detecção da tristeza pelo choro, que ocorre com maior frequência nas mulheres, visto que o modelo de masculinidade hegemônica desestimula, desde cedo, o homem a chorar ou demonstrar fragilidades. Assim, considerando que as expressões de sofrimento são mediadas pela cultura e ideais de gênero, as autoras questionam se a depressão masculina tem sido contemplada nos manuais, uma vez que observam que, na literatura revisada, o fenômeno da depressão nos homens não tem sido analisado considerando-se as teorias de gênero. Ressaltam, ainda, a invisibilidade da questão e a

escassez de estudos qualitativos que promovam escuta clínica dos aspectos subjetivos dos homens deprimidos.

Justo e Calil (2006), em sua revisão narrativa da literatura, consideram que os dados sobre as diferenças entre homens e mulheres na depressão ainda são controversos, e, mesmo que não seja possível fazer generalizações, parecem existir diferenças entre os sexos, em termos de apresentação dos sintomas, bem como de aspectos clínicos e epidemiológicos. Embora as controvérsias sejam ainda mais comuns do que as conclusões robustas, os autores salientam a importância de entender as diferenças na manifestação e as especificidades de gênero para os casos de depressão, a fim de refinar a capacidade diagnóstica e de tratamento.

Por fim, é importante lembrar que, de modo geral, meninos e meninas ainda são criados de maneiras diferentes, com base em estereótipos tradicionais, o que influencia na construção de aspectos da personalidade, gerando, por exemplo, diferenças na expressão e na consciência emocional. Sabe-se ainda que influências sociais e culturais moldam personalidades diferentes, e que aquilo que é considerado “normal” em uma cultura ou grupo social pode ser visto como indesejável em outra (Schultz & Schultz, 2015).

Além disso, também é importante considerar as diferenças socioculturais também quando se analisa a avaliação por meio de instrumentos padronizados (Campos, 2013), pois a expressão das emoções depende de significados edificadas pelo grupo cultural específico (Wolff & Precker, 1978). Estes fatores devem ser levados em conta quando se pensa nos diferentes modos de expressão do sofrimento e quando se busca definir limites de normalidade e anormalidade.

### 3. AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE E DEPRESSÃO

O conceito de personalidade é bastante amplo. Diferentemente da área da inteligência, os estudos na área da personalidade não derivam de uma proposta embrionária única, e sim a partir de diferentes modelos explicativos surgidos simultaneamente em diferentes localidades (Galland de Mira, 2014).

A personalidade é uma coisa muito complexa para ser enfeixada num invólucro conceitual estrito . . . é sobretudo quando tratamos da formação e do desenvolvimento da personalidade humana que necessitamos de portas abertas. . . . A personalidade é menos um produto acabado que um processo transitivo. Ainda que tenha alguns aspectos estáveis, está ao mesmo tempo continuamente sofrendo mudanças. (Allport, 1975, p. 24)

Diversas foram as propostas de compreensão da personalidade que trilharam caminhos divergentes, ainda que simultâneos: a) proposta psicodinâmica, baseada inicialmente na tradição freudiana, com contribuições de outros autores, como Jung, Adler, Fromm, Horney e Sullivan; b) personalidade como produto de aprendizagem, fomentada pela concepção behaviorista de Skinner e da aprendizagem social de Bandura, em que o ambiente condiciona o comportamento; c) fenômeno como decorrência da realidade percebida, sustentada por autores humanistas e fenomenólogos, como George Kelly, Kurt Lewin, Abraham Maslow e Carl Rogers; e d) personalidade como estrutura de traços ou fatores complementares, modelo mais preocupado com confirmações empíricas e com a análise fatorial de dados quantitativos mensurados nos indivíduos, iniciado por Raymond Cattell e seguido por Eysenck, Allport e Odbert, Murray, entre outros (Cloninger, 1999; Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

Gordon Allport (1897 – 1967), no final da década de 1930, foi um dos pioneiros no estudo formal da personalidade, e seu livro *Personality: A Psychological Interpretation* foi considerado um marco na área. A abordagem de Allport partiu da observação de pessoas compreendidas como emocionalmente saudáveis e considerava fatores genéticos como importantes na formação da personalidade, embora reconhecesse fortemente a interação de aspectos pessoais e sociais no comportamento. Allport dava ênfase à singularidade da personalidade e defendia que ela é mais guiada pelo presente e futuro do que pelo passado (Schultz & Schultz, 2015).



Ele deu origem à concepção de *traços de personalidade*, que seriam as predisposições a responder de modo semelhante em diferentes situações, ou seja, padrões de reações relativamente estáveis no indivíduo e que dariam forma pessoal ao comportamento. Descreveu que a personalidade constitui uma organização dinâmica, que está constantemente em processo de crescimento, com mente e corpo atuando como unidade, e que os traços da personalidade são responsáveis por determinar o comportamento (Schultz & Schultz, 2015).

Segundo Allport, existem traços mais centrais na constituição do indivíduo e outros mais periféricos, e o modo como os traços se configuram e se ordenam entre si gera o caráter peculiar da personalidade (Krech & Crutchfield, 1971). Os traços de personalidade variam de pessoa para pessoa, e seus graus de adaptabilidade e flexibilidade são indicadores de saúde ou patologia (Oliveira, 2019). Pessoas que apresentam traços de personalidade em suas expressões saudáveis tendem a lidar de modo adequado com demandas, enquanto aqueles que manifestam traços em níveis patológicos tendem a apresentar dificuldades para lidar com demandas cotidianas e relacionamentos interpessoais (Carvalho, 2019).

Traços de personalidade como marcadores de risco para depressão já foram estudados anteriormente (Kotov, Gamez, Schmidt & Watson, 2010; Campos, 2010; Dinovo & Vasey, 2011; Vasey et al., 2013; Allen et al., 2017). Estudos voltados para a avaliação da personalidade e da psicopatologia cada vez mais buscam relacionar transtornos psiquiátricos a variações pouco adaptativas de aspectos da personalidade. Grande parte dos trabalhos publicados se baseia na teoria do BIG-5 (Big-Five), o modelo dos cinco fatores da personalidade – *extroversão, neuroticismo, agradabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade* – embora alguns também utilizem outros referenciais teóricos (Allen et al., 2017).

Dalgalarrondo (2019) destaca a existência de estudos associando as síndromes depressivas aos aspectos da personalidade. Tais estudos indicam que episódios depressivos graves ou moderados são mais frequentes em pessoas com altos níveis de *neuroticismo* (relativo à instabilidade emocional, expressão e experiência das emoções negativas, como angústia, ansiedade e sofrimento) e baixos níveis de *extroversão* (relativos à assertividade, energia e sociabilidade). Dinovo & Vasey (2011) e Vasey et al. (2013) incluem ainda a baixa capacidade de autorregulação emocional como um dos fatores associados. Allen et al. (2017) levantaram, a partir da teoria dos cinco fatores, a existência de facetas (traços específicos) dentro de cada domínio (traço amplo) da personalidade, sugerindo que essas facetas

refletiriam mais especificamente padrões de pensamentos, emoções, motivações e comportamentos. Neste estudo, os autores observaram que a interação entre aspectos de retraimento, entusiasmo e laboriosidade foram preditivos de tendências depressivas tanto na amostra de voluntários saudáveis quanto em pacientes já diagnosticados com depressão. Eles salientaram que escores de baixo risco em duas facetas protegem de uma pontuação de alto risco na terceira característica, assim como escores de alto risco em duas facetas estão associados à gravidade da depressão.

A discussão sobre a existência de uma personalidade predisposta à depressão também se faz presente na Psicanálise. Campos (2010) destaca que, quando se fala em depressão, é preciso, mais do que observar os sintomas manifestos, observar a estrutura psíquica subjacente. Citando Blatt e Homann (1979), Blatt (2004) e Coimbra de Mattos (1996, 2001), ele explica que as relações negligentes de cuidado na infância podem criar representações parentais negativas e disfuncionais, padrões de vinculação inseguros que criam maior vulnerabilidade à depressão. Somada a outros fatores, como predisposições biológicas, acontecimentos externos traumáticos e aspectos temperamentais, a história de estruturação da personalidade se faz imprescindível. Os sujeitos depressivos geralmente descrevem seus pais ou responsáveis como negligentes, críticos e punitivos. Assim, o funcionamento psíquico vai sendo estruturado a partir de pequenas perdas cumulativas ao longo do desenvolvimento e a partir de um modelo de relação patogênica em que o sujeito dá mais do que recebe. Também se observa nessa relação a indução de culpa pelo objeto (e, por identificação, o sujeito aceita o lugar do culpado), assim como vivências de desvalorização, humilhação e ridicularização. O autor conclui que esse histórico de estruturação produz os traços depressivos de personalidade que predis põem à depressão clínica (Campos, 2010).

Campos, em outro estudo (2013), também baseado em concepções propostas por Blatt, descreve dois tipos de personalidade depressiva emocionalmente distintos: uma mais dependente, ou *anaclítica*, e outra mais autocrítica, ou *introjetada*. O primeiro perfil apresenta grande vulnerabilidade a experiências de perda, com sentimento de desamparo, rejeição, medo de abandono e desejo de ser cuidado e amado. Por sua vez, o segundo é mais vulnerável à desaprovação e à crítica, incluindo indivíduos muito exigentes consigo e com os outros, que carregam sentimento de culpa por não terem correspondido às expectativas, excesso de perfeccionismo, tendência a assumir responsabilidades e preocupação com desaprovações.

Campos (2013) explica que a distinção entre personalidade depressiva e depressão clínica, fica mais clara quando se trata de um quadro agudo, mas que é difícil distinguir qualitativamente sintomas depressivos de traços depressivos, principalmente em depressões crônicas. Nesse caso, por exemplo, aspectos de dependência e introversão poderiam ser sintomas transitórios de um quadro agudo de depressão ou poderiam ser aspectos duradouros da personalidade, os quais predispueram o indivíduo à depressão. Nesse sentido, a diferença parece estar na duração e na frequência do sintoma, necessitando de uma avaliação longitudinal.

A avaliação dos aspectos de personalidade pode aparecer em diversos cenários. No contexto clínico, é caracterizada como processo científico, na medida em que se inicia pelo levantamento prévio de hipóteses, coleta de dados de história, aplicação de instrumentos de avaliação, identificação de forças e fraquezas psicológicas e posterior integração dos dados e interpretação dos resultados (Cunha, 2000). Busca-se investigar como a pessoa tende a pensar, sentir e agir em diferentes situações, e, para tanto, é essencial integrar as motivações mais conscientes e explícitas e aquelas mais implícitas, compreendidas como disposições de comportamentos menos conscientes (Weiner, 2005). Allport (1975) denomina o primeiro conjunto de *comportamento instrumental*, descrevendo as motivações explícitas, as quais são controladas, intencionais, formais, determinadas pelas necessidades da ocasião. Para avaliar esse tipo de característica, sugerem-se os instrumentos de autorrelato, situação em que o indivíduo tem total consciência das respostas (Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006; Silva & Rueda, 2016). Allport (1975), então, distingue um segundo conjunto, o *comportamento expressivo*, caracterizado por ser espontâneo, pouco controlável, não intencional e capaz de refletir aspectos profundos da personalidade, estando abaixo do limiar da consciência. Para acessar tais características são necessárias as técnicas expressivas e projetivas (Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006; Silva & Rueda, 2016). A esses aspectos ainda se pode incluir o *comportamento projetivo*, que se refere à atribuição inconsciente de qualidades pessoais ao conteúdo de um objeto, situação apresentada ou forma de tratar um tema (Van Kolck, 1984).

Ainda que possamos distinguir os comportamentos de forma didática, eles não aparecem isoladamente. De modo geral, as técnicas de avaliação da personalidade abrangem todos, ainda que se possa avaliar preferencialmente apenas um deles (Alves & Esteves, 2019). Assim, em um processo de avaliação, devem ser usadas diferentes técnicas complementares,

como os inventários de autorrelato e os testes expressivos e/ou projetivos (Ely et al., 2014; Hauck, 2019) – até porque, como disse Koch (1978), não é possível, com uma só técnica, que o homem inteiro se exteriorize, porque as camadas da psique se manifestarão com lacunas, sendo inviável responder a todas as questões sobre sua personalidade. Além disso, não se deve solicitar de um teste mais do que ele pode fornecer; o objeto pode ativar tanto camadas profundas quanto zonas superficiais (Van Kolck, 1984).

As diferenças de métodos aumentam a confiabilidade dos dados obtidos e minimizam a probabilidade de manipulações, assim como podem contribuir para decisões clínicas. Os resultados congruentes indicam claramente aspectos reconhecidos pela pessoa e manifestados no comportamento, o que leva a um aumento na confiança do avaliador para fazer algumas inferências, formular intervenções e orientações. Já dados divergentes, que apontam para diferentes direções, devem ser compreendidos e não descartados ou selecionados (Weiner, 2005; Borges et al., 2012). É importante entender que métodos distintos de avaliação trazem informações qualitativamente diferentes, mesmo que se refiram a um mesmo constructo. Assim, todo método terá suas vantagens e limitações e adequar-se mais a alguns perfis de sujeitos do que a outros – daí o sentido da complementariedade (Campos, 2017).

A existência de baixa correlação entre métodos diferentes de avaliação pode indicar falta de validade convergente, mas não necessariamente indica falta de validade do constructo, pois muitas vezes isso pode estar ligado ao fato de serem técnicas estrutural e metodologicamente distintas, que interpretam o constructo de modo diverso e, assim, acessam informações em diferentes níveis (Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006; Pereira & Chehter, 2011; Silva & Rueda, 2016). Isso poderia revelar, ainda, que a mesma pessoa talvez responda de maneira diversa a diferentes situações – por exemplo, ao deparar-se com situações familiares e estruturadas e com outras imprevisíveis e desestruturadas (Borges et al., 2012). O fato é que cada método distinto de avaliação traz seus benefícios e vieses específicos e contribui para uma nova *gestalt* sobre aquele indivíduo (Villemor-Amaral & Cardoso, 2019).

### 3.1 Escalas e inventários de autorrelato

O primeiro registro de inventário de autorrelato da personalidade foi a “Folha de Dados Pessoais de Woodworth” (“Personal Data Sheet” ou “Psychoneurotic Inventory”), publicada em 1918 por Robert S. Woodworth e utilizada durante a Primeira Guerra Mundial para identificar sintomas psicopatológicos em recrutas do exército norte-americano, os quais deveriam se adequar às exigências da vida militar. Woodworth buscou padronizar uma entrevista psiquiátrica, reunindo sintomas a partir de literatura e de conferências psiquiátricas e formulando questões que faziam referência a esses sintomas, como depressão, fobias, compulsões, entre outros. Esta seria a precursora das várias escalas e inventários que, a partir de então, foram desenvolvidos e adaptados ao redor do mundo para avaliações na psiquiatria (Anastasi, 1977).

Cada escala está embasada em uma fundamentação teórica usada pelo autor e reflete a maneira como foi construída, oferecendo um tipo de aproximação específica daquilo que está sendo avaliado. Assim como o conceito de depressão varia conforme o referencial teórico, as categorias sintomatológicas para compor cada instrumento de avaliação da depressão também podem diferir substancialmente (Calil & Pires, 2000). São instrumentos que não substituem a avaliação clínica, mas podem prover medidas estimadas complementares à avaliação, e é preciso levar em conta que a subjetividade do avaliado e do avaliador estão inerentes à aplicação (Moreno & Carneiro, 2016).

Trata-se de uma medida orientada para as motivações explícitas, que depende daquilo que o indivíduo reconhece em si mesmo como características de sua personalidade e, mais do que isso, daquilo que ele deseja responder. Dessa forma, está condicionada ao comprometimento e à abertura, e sujeita a respostas tendenciosas, de forma a negar ou intensificar sintomas, o que requer cautela na interpretação (Weiner, 2005; Gorenstein et al, 2014).

Pode ser vantajoso o fato de haver uma pontuação objetiva a ser interpretada, mas também apresenta, como limitação, o fato de fornecer opções de respostas específicas, o que restringe casos em que alguém tenha sintomatologia não abordada pelas opções fornecidas (Ely et al., 2014). Além disso, não é o melhor recurso para a avaliação de psicopatologias graves, como a esquizofrenia, por exemplo, em pacientes cuja capacidade de falar sobre si e

sobre como as outras pessoas os percebem está possivelmente alterada (Zuanazzi & Ribeiro, 2015).

As escalas de avaliação de depressão têm como objetivo determinar a presença ou ausência de um conjunto de características clínicas e avaliar a gravidade da sintomatologia, assim como podem servir para acompanhamento e para aferir o resultado de tratamentos (Thompson, 1989; Calil & Pires, 2000).

Uma das escalas de autoavaliação de depressão mais conhecidas é o Inventário de Depressão de Beck (BDI), largamente aplicada em todo o mundo. Atualmente, está em sua terceira versão, a BDI-II, originalmente publicada em 1996 e, no Brasil, validada e padronizada, em 2011, por Gorenstein et al. (2014). Além do BDI, outros instrumentos comumente usados na literatura na avaliação da depressão são HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), CES-D (Center for Epidemiological Scale – Depression), M-A (Montgomery Asberg) e SCL90-D (Symptom Checklist-90 for Depression), todos desenvolvidos há mais de 20 anos (Santor, Gregus & Welch, 2006).

Santor et al. (2006) apontam que a construção de vários inventários para a avaliação da depressão está relacionada à necessidade de que o transtorno seja conceitualizado de modos diversos, conforme abordagens de compreensão do comportamento, e de que se expresse de forma heterogênea em populações e contextos distintos. A Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), por exemplo, apresenta ênfase (47% das perguntas) na presença de sintomas somáticos (Moreno & Carneiro, 2016), enquanto o Inventário de Depressão de Beck (BDI) apresenta 52% das questões na categoria de sintomas cognitivos (Calil & Pires, 2000). Existem ainda alguns instrumentos que avaliam a depressão como traço de personalidade (Campos, 2013), como a “State Trait Depression Scales”, que avalia aspectos afetivos e cognitivos da depressão e é dividida em duas subescalas: uma que avalia a depressão como *traço* de personalidade e outra como *estado* (Cremasco & Baptista, 2020).

Apesar da publicação de pelo menos 280 instrumentos no período de 80 anos (1926 – 2006) para a avaliação da depressão, apenas uma pequena parcela destes foi usada com frequência nas pesquisas científicas realizadas com adultos (Santor et al., 2006). Uma pesquisa recente indicou que os Inventários de Depressão de Beck (BDI I e II) e a Escala de Depressão de Hamilton aparecem no topo do ranking dos inventários mais citados na literatura, desde sua introdução na área (Piotrowski, 2020).

### 3.1.1 O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

O Beck Depression Inventory (BDI) foi criado em 1961 por Aaron T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock e J. Erbaugh, a partir dos relatos de sintomas de pacientes psiquiátricos com e sem depressão (Gorenstein et al., 2014). Tais relatos e as observações clínicas foram sistematizados em 21 itens, que abrangiam sintomas e atitudes típicos da depressão, sendo que cada item foi avaliado por uma escala *likert* de quatro níveis de intensidade (de zero a três pontos). A proposta partiu das descrições verbais de sintomatologia apresentadas pelos pacientes. Os sintomas inicialmente levantados e incluídos foram *tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação (anedonia), culpa, punição, autoaversão, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade no trabalho, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda de libido*.

Essa versão passou por vários testes e atualizações na redação, e sua última versão, o BDI-II, proposta por Beck, Steer e Brown (1996), foi traduzida e adaptada no Brasil por Gorenstein et al. (2014). Trata-se de uma revisão substancial do instrumento original, aperfeiçoada nos aspectos clínico, psicométrico e conceitual (Piotrowski, 2020).

Para a teoria cognitivista, segundo Aaron Beck, a depressão é resultado de esquemas moldados por experiências precoces, os quais são responsáveis por interpretações distorcidas de dados internos e externos, gerando perturbações ao estado emocional do indivíduo. A depressão se configura numa tríade cognitiva negativa, ou seja, uma visão negativa de si mesmo, uma tendência a experimentar o mundo como hostil e expectativas de fracasso do futuro. A terapia, nesse caso, se propõe a auxiliar o indivíduo na identificação dos pensamentos automáticos negativos e na elaboração de alternativas mais racionais, assim como na identificação de padrões e crenças centrais (Rehm, 2016; Sadock et al, 2017).

A partir da publicação do DSM-III (APA, 1980) e, posteriormente, das versões DSM-III-R (APA, 1987) e DSM-IV (APA, 1994), foi verificada a necessidade de rediscutir e ajustar os critérios de diagnóstico de depressão e, assim, aproximar o instrumento das definições propostas internacionalmente. Para tanto, foi realizada uma reformulação dos itens, com o objetivo de refinar a identificação da gravidade do quadro. Por essa razão, os itens relativos a *perda de peso, mudança na autoimagem, preocupações somáticas e dificuldade para trabalhar* foram substituídos por *agitação, desvalorização, dificuldade de concentração e*

*falta de energia*; os itens sobre *perda de apetite* e *insônia* foram modificados para *alterações de apetite* e *sono*, respectivamente. Alguns itens também foram renomeados, como *retraimento social*, substituído por *perda de interesse*; *insatisfação*, por *perda de prazer*; *autoaversão*, por *autoestima*; *fatigabilidade*, por *cansaço* ou *fadiga*; e *perda de libido*, por *perda de interesse por sexo*.

A versão atual é uma escala de autorrelato, para avaliar como o sujeito se sentiu nos últimos 15 dias. Ela foi padronizada no Brasil para a faixa etária de 10 a 60 anos. Os estudos apresentados no manual incluem estudo de validade convergente com outros instrumentos que avaliam depressão, validade discriminante e validade com base em análise fatorial. Foi ainda realizada verificação do índice de fidedignidade, por consistência interna e teste-reteste (Ely et al., 2014; Gorenstein et al., 2014).

Os pontos de corte foram estabelecidos para avaliação da intensidade dos sintomas depressivos em pacientes com *transtorno depressivo maior*. Gorenstein et al. (2014) descrevem que o instrumento foi construído para rastreio, como estimativa do grau de depressão, com propósitos clínicos, e que a sensibilidade foi considerada mais importante do que a especificidade; ou seja, o limiar do ponto de corte foi rebaixado para evitar falsos-negativos. Sendo assim, ele avalia simultaneamente a presença e o grau de intensidade da depressão.

A pontuação de intensidade recebe a seguinte interpretação:

- 0 a 13 pontos: mínima;
- 14 a 19 pontos: leve;
- 20 a 28 pontos: moderada;
- 29 a 63 pontos: grave.

### **3.2 Entrevista clínica estruturada**

Rehm (2016) explica que, na década de 1960, observou-se pouca confiabilidade nos diagnósticos clínicos, quando foram comparados diferentes avaliadores, mesmo em um único grupo de pesquisa. Isso ocorreu principalmente em decorrência das descrições abrangentes e vagas dos transtornos nos manuais de referência da época. A primeira proposta em resposta a essa problemática, segundo o autor, ficou conhecida como os “Critérios de Feighner” e foi criada em 1972, na Universidade de Washington, em Saint Louis, nos Estados Unidos. Em



1975, foram publicados, por Spitzer e colaboradores, os “Critérios Diagnósticos de Pesquisa”. Três anos depois, a mesma equipe de pesquisadores lançou o primeiro conjunto padronizado de perguntas, a “Entrevista para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia”, amplamente utilizada nos Estados Unidos a partir de 1978.

Após o lançamento do DSM-III (APA, 1980), que incluiu, a partir dessa versão, critérios diagnósticos mais específicos e objetivos, tornando-se a linguagem-padrão de pesquisas, viu-se a necessidade de um instrumento clínico para auxílio na avaliação diagnóstica. Surgiu então a “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM” (SCID), publicada pela American Psychiatric Press, após avaliações de confiabilidade, em 1990. Trabalhos de revisão e criação de versões para fins clínicos e de pesquisa culminaram na versão mais atual, referenciada no DSM-5, a SCID-5-CV, traduzida e publicada no Brasil em 2017 (First, Williams, Spitzer & Karg, 2017).

A entrevista clínica semiestruturada ou estruturada é um dos métodos mais usados em pesquisa na avaliação da depressão, juntamente com as escalas de autoavaliação, que avaliam dimensões da depressão, como variável contínua, de forma a atribuir graus de gravidade (Rehm, 2016; Piotrowski, 2020). Embora na Psiquiatria, desde o seu advento, tenha se tornado a estratégia e referência de credibilidade diagnóstica, na Psicologia a entrevista estruturada não obteve a mesma adesão, uma vez que o enfoque da avaliação do psicólogo perpassa aspectos qualitativos e quantitativos (Cunha, 2000). Ainda assim, ela se mostra um instrumento importante, por exemplo, no campo das pesquisas.

### **3.3 Testes psicológicos**

O surgimento dos testes psicológicos está bastante ligado à área da Educação e avaliação de inteligência, a partir dos testes de Alfred Binet (Anastasi & Urbina, 2000). Também foi relevante na área de seleção e classificação profissional em indústrias e outros ambientes, como o militar. A busca de bons preditores de desempenho é algo que está em pauta em áreas em que a avaliação psicológica se mostra primordial para a tomada de decisões, como, por exemplo, na Psicologia do Trânsito (Nakano & Sampaio, 2016) e na seleção de pessoal na Segurança Pública (Thadeu, Ferreira & Faiad, 2012).

Um teste psicológico busca mensurar, de modo padronizado, uma *amostra* do comportamento do indivíduo, para então avaliar diferenças entre indivíduos ou respostas de

uma mesma pessoa em diferentes ocasiões (Anastasi & Urbina, 2000). A partir de uma tarefa proposta, como, por exemplo, resolver problemas, desenhar ou contar histórias, medem-se os comportamentos (itens) e, em seguida, infere-se a presença de características psicológicas específicas. Para tanto, parte-se do princípio de que, ao se medirem os comportamentos, está se mensurando o próprio traço latente, pois os diversos modos de respostas são determinados por – ou expressam as – características psicológicas e, portanto, servem como fonte de conhecimento dessas características (Pasquali, 2009; Primi, Muniz & Nunes, 2009). As pranchas sobre as quais o avaliado deve elaborar uma história, ou as instruções frente à folha de papel em branco onde ele deve desenhar, por exemplo, atuam como objetos mediadores, incompletos ou ausentes, aos quais ele deve dar forma e sentido, refletindo o modo pessoal de estabelecer contato com a realidade interna e externa (Grassano, 2012).

O resultado obtido deve ser contextualizado, no caso de dados quantitativos, a partir de uma normatização realizada previamente com uma amostra representativa da população – ou seja, o escore do indivíduo ou a resposta fornecida serão comparados aos de outras pessoas (Hutz, 2015). O psicólogo, no processo de avaliação, costuma utilizar orientações nomotéticas, relativas às comparações com as normas, assim como referências idiográficas, qualitativas, relativas ao próprio indivíduo (Cunha, 2000).

O grau em que um teste psicológico mede aquilo que se propõe a medir é um dos aspectos mais importantes a serem determinados, constituindo o seu *coeficiente de validade* (Anastasi & Urbina, 2000; Primi, Nascimento & Souza, 2004; Pasquali, 2009; Urbina, 2015). Os estudos de validade são a base para atestar ou não as associações entre os comportamentos na testagem e os traços inferidos do ponto de vista teórico. São eles que oferecem evidências favoráveis e, assim, legitimidade às interpretações atribuídas aos indicadores do teste (Primi et al., 2004; Primi et al., 2009). Ao aferir a validade, testa-se uma hipótese teórica e verifica-se se a medida é congruente com a propriedade daquilo que está sendo medido (Pasquali, 2009). Ainda assim, toda medida é limitada na possibilidade de generalizações, visto que se trata de uma abstração de relações (Formiga & Mello, 2000).

Primi et al. (2009), Silva & Rueda (2016) e Peixoto & Ferreira-Rodrigues (2019) mencionam que, nos últimos tempos, o conceito de validade vem sendo revisto pelos grandes grupos internacionais da área. A proposta anterior, que dividia a validade em tipos, validade de constructo, conteúdo e critério, vem sendo substituída pela ideia de que estas seriam “fontes de evidências” da validade, conforme consta nas últimas edições do *Standards for*

*Educational and Psychological Testing*, uma publicação da American Educational Research Association, American Psychological Association e National Council on Measurement in Education (1966-2014).

Além disso, também devem ser levados em conta outros princípios importantes, como o grau de *precisão*, *fidedignidade* ou confiabilidade – ou seja, a capacidade de medir bem, sem erros, com acurácia –; o modo de *padronização*, que diz respeito à uniformidade no processo; e o modo de *afervação*, referente ao estabelecimento de normas para interpretação dos resultados. Vale ainda ser observado o grau de simplicidade técnica, facilidade e rapidez de aplicação, avaliação e interpretação, bem como o interesse despertado pela tarefa proposta (Van Kolck, 1974; Schultz & Schultz, 2015).

Alchieri e Cruz (2012) apontam a importância da compreensão das indicações e limitações do uso dos testes, considerando que eles servem para avaliar determinadas características psicológicas em uma dada população e de acordo com algumas circunstâncias. Assim, é importante lembrar que o mesmo teste pode apresentar índices de validade diversos, desde inexistente até valores elevados, sem que sua indicação possa estar assegurada para toda e qualquer situação.

### **3.3.1 Testes psicológicos e depressão**

Ao se buscar entender a relação entre psicopatologia e avaliação psicológica, é necessário compreender como as características dos transtornos se conectam aos indicadores nos instrumentos de avaliação. Por exemplo, no caso dos inventários específicos de depressão, baseados no DSM-5 (APA, 2014), a depressão é entendida como uma estrutura categórica e pressupõe o preenchimento de critérios mínimos para diferenciar grupo clínico e não clínico. Nessa perspectiva, o indivíduo está ou não está inserido nos parâmetros estabelecidos. Entretanto, a depressão também pode ser compreendida por uma abordagem dimensional, organizada num contínuo, que abrange tonalidades dentro de um espectro. Assim, sua expressão inclui combinações de níveis específicos de traços, como entidades contínuas (Hauck, 2019; Baptista, Irigaray & Cardoso, 2019). A partir disso, vê-se colocada a dificuldade de identificar e atribuir, em cada teste, quais sinais e respostas são específicos da depressão, dadas sua diversidade e sua complexidade.

Ely et al. (2014) e Baptista et al. (2019) realizaram um levantamento de testes aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia, que se propunham a avaliar depressão em suas análises. No primeiro estudo, de 2014, entre os 127 testes aprovados para uso no Brasil, 11 (8%) se propunham a avaliar depressão. No segundo levantamento, de 2019, entre os 156 testes aprovados pelo SATEPSI em 2018, 12 (7,7%) avaliavam depressão.

Considerando o primeiro levantamento, em 2014, estavam aprovados para uso no Brasil dois instrumentos que não aparecem no levantamento mais atualizado: o Inventário de Depressão de Beck – Versão I (BDI-I) e a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN). Além disso, na época, o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister não dispunha de normas atualizadas e apresentava a mesma versão de tabela normativa para crianças e adultos (Ely et al., 2014).

Considerando o levantamento mais atualizado, três dos 12 testes são instrumentos de autorrelato e se destinam exclusivamente à depressão, baseados no DSM: o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), a Escala Baptista de Depressão – versão adulto (EBADEP-A) e sua versão infantojuvenil (EDABEP-IJ). Outros três instrumentos de autorrelato avaliam a depressão como traço de personalidade: o Inventário de Personalidade NEO-PI Revisado (NEO-PI-R); sua versão abreviada, o Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado (NEO-FFI-R); e a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP). Por fim, seis outros testes psicológicos projetivos e expressivos possuem indicadores de depressão em suas interpretações: House-Tree-Person (HTP); Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister – Versão crianças/adolescentes e versão adultos; Teste de Rorschach; Teste Zulliger; e Teste Palográfico (Baptista et al., 2019).

Ely, Nunes e Carvalho (2014) explicam que no NEO-PI-R, assim como nos outros inventários baseados no modelo dos cinco grandes fatores de personalidade, o fenômeno da depressão é mensurado como uma faceta do fator de neuroticismo. Ele oferece 12 itens ligados às expectativas de futuro, à clareza de objetivos e ao modo de lidar com dificuldades do dia a dia, por exemplo. No manual brasileiro é apresentado um estudo, cujos resultados apontam a presença de correlação entre sintomas depressivos e as facetas do neuroticismo.

No Teste das Pirâmides de Pfister, voltado para a dinâmica afetiva e que opera com a escolha de cores, estudos prévios indicaram que indivíduos depressivos optam por cores com pouca intensidade, ausência de contrastes, uso frequente da cor violeta, aumento do uso da cor verde, maior incidência de pirâmides cortadas e tendência à formação de estruturas. Em

estudo de validade de critérios com pacientes depressivos, verificou-se alta sensibilidade, mas baixa especificidade (Villemor-Amaral et al., 2004; Ely et al., 2014).

De forma complementar, os testes de Rorschach e Zulliger são testes que avaliam estrutura de personalidade a partir de borrões de tinta. No sistema compreensivo de correção é possível identificar a presença de traços depressivos por meio do Índice de Depressão (DEPI), composto por 15 variáveis afetivas agrupadas em sete condições. Há estudos tanto nos manuais quanto em outras publicações sobre o índice DEPI (Ely et al., 2014).

Conti (2009), ao analisar 60 protocolos do Procedimento de Desenhos-Estórias, encontrou oito características que discriminaram indivíduos deprimidos dos não deprimidos: a) tempo de reação longo para iniciar e curto para realizar os desenhos e histórias, possivelmente relacionado à falta de investimento psíquico; b) linhas leves; c) cabelo mal enraizado na cabeça; d) ausência de detalhes nos desenhos; e) apresentação de histórias curtas; f) aparição do conteúdo da história somente depois do inquérito, característica possivelmente relacionada ao empobrecimento do Eu; g) o Eu fazendo parte da história; e h) predomínio de experiências subjetivas, aspectos que sugerem modo mais narcísico de relacionamento com o mundo e dificuldade do indivíduo em se separar dos conteúdos despertados pela tarefa.

O Psicodiagnóstico Miocinético (PMK), criado por Mira Y Lopez, em 1939, no Rio de Janeiro, é um teste psicológico expressivo baseado na Teoria Motriz da Consciência, ou seja, que parte do princípio de que toda intenção é acompanhada de uma modificação do tônus postural e, conseqüentemente, dos movimentos. Ele propõe tarefas que envolvem expressão gráfica em diferentes planos do espaço, refletindo tendências temperamentais e estruturais da personalidade (Anzieu, 1989). Uma das dimensões avaliadas pelo teste PMK é a do *tônus vital*, que pode variar da *elação à depressão*. A *elação* está relacionada à maior facilidade dos movimentos de subida; sugere necessidade de ação, disposição eufórica, animação e otimismo. Em contraste, a depressão se manifesta por predomínio de movimentos de descida, indicando indiferença para a ação e tendência à astenia. Quando em baixo grau, supõe-se que esteja relacionado à presença de sintomas de depressão (Vasconcelos et al., 2011).

Em pesquisa realizada por Vasconcelos et al. (2011), buscou-se investigar a capacidade preditiva das medidas do PMK em relação ao diagnóstico de transtorno de humor. Ainda que o teste se propusesse a avaliar seis fatores da personalidade, o principal enfoque foi dado ao *tônus vital*, que, como mencionado, pode variar de *elação à depressão*. Para tanto,

foram selecionadas duas amostras de 31 soldados, com e sem histórico de diagnóstico e afastamento médico por transtorno de humor. No entanto, os resultados demonstraram que não houve diferença entre os grupos nas medidas do tônus vital, nem foram observadas associações entre outras medidas do PMK e o desfecho de depressão. Os dados sugeriram possível ausência de sensibilidade das medidas do PMK para discriminar indivíduos com transtorno de humor.

### **3.4 Contribuições das técnicas gráficas projetivas para o estudo**

Entre os recursos mais usados, no contexto clínico, para a avaliação de personalidade estão os métodos conhecidos tradicionalmente como “projetivos”, os quais envolvem tarefas vagas ou ambíguas, que propõem que o indivíduo use os próprios referenciais para organizar e produzir respostas, revelando, assim, características do seu funcionamento psíquico (Villemor-Amaral & Cardoso 2019). São técnicas bem-estabelecidas na literatura para o diagnóstico psicológico, que oferecem um conjunto de aspectos, os quais são interpretados e integrados, oferecendo uma compreensão dinâmica da personalidade (Van Kolck, 1984). As pranchas ou instruções, nas técnicas projetivas, atuam como mediadores das relações vinculares, e as respostas dadas são uma produção pessoal que revela indícios do grau de conquista na integração e desenvolvimento do ego (Grassano, 2012).

A influência da Psicanálise se mostra fundamental nesta ceara. Se, antes, a Psicologia Experimental voltava-se para a avaliação das funções mentais, buscando leis de funcionamento impessoais e gerais, a Psicanálise traz o olhar do avaliador para a história pessoal do avaliando e seus conflitos (Anzieu, 1989). Ainda que nas últimas décadas a nomenclatura “projetiva” venha sendo alvo de discussões na literatura, até o momento não se encontrou outra que melhor abarcasse o conjunto de instrumentos em questão (Villemor-Amaral & Cardoso; 2019).

Este trabalho não se deterá longamente sobre as técnicas projetivas, um campo amplo de estudo que pode ser explorado em obras específicas (ver Anderson & Anderson, 1978; Hammer, 1981; Van Kolck, 1981, 1984; Anzieu, 1989; Grassano, 2012), mas há pontos de intersecções entre estas e as técnicas expressivas, uma vez que as técnicas projetivas também avaliam elementos expressivos. Anzieu (1989) explica que diversos princípios da análise grafológica foram integrados à interpretação dos métodos projetivos, ainda que as técnicas

expressivas tenham se diferenciado deles. Entre as técnicas projetivas, existem as técnicas gráficas, que envolvem o ato de desenhar.

O desenho é considerado uma das formas de comunicação mais antigas entre os seres humanos (Hammer, 1981), e seu uso na Psicologia, já é bem-estabelecido como forma de comunicação, expressão do desenvolvimento geral e de psicopatologia, como recurso no contexto psicoterápico e como ferramenta para diagnóstico psicológico. A folha de papel representa o ambiente, e aquilo que é desenhado, o indivíduo. Assim, os aspectos expressivos falam sobre a forma peculiar do sujeito desenhado, o estilo e a organização (Van Kolck, 1981, 1984). Hammer (1981) cita o artista americano Robert Henri, que diz que, ao colocar o lápis no papel, o indivíduo traz o estado em que se encontra no momento, e este estado ali permanece para ser lido por quem for capaz de compreender os signos.

No uso das técnicas projetivas gráficas, validações de traços isolados do contexto geral da produção têm se mostrado inadequadas e simplistas (Borsa, 2010), até porque cada traço é polivalente, ou seja, traz com frequência significados opostos. O sentido final depende da integração de outros aspectos ao contexto global observado (Van Kolck, 1984).

Nesse tipo de técnica são avaliados aspectos formais e de conteúdo. Os aspectos de conteúdo dizem respeito ao tema escolhido e às caracterizações atribuídas a personagens e elementos do desenho. Os aspectos formais, também chamados “estruturais” ou “expressivos”, abrangem o tamanho do desenho, a pressão do traçado, a qualidade da linha, a localização na folha de papel, a precisão, a sequência, o grau de detalhamento, a simetria, as proporções, a perspectiva, o sombreamento e o reforço. Os elementos expressivos dão ênfase e nuances para o que está sendo produzido como conteúdo (Hammer, 1981).

O presente trabalho se debruça sobre uma técnica expressiva; portanto, foram descritos, a seguir, os aspectos expressivos das técnicas projetivas gráficas relacionadas à presença de depressão na literatura.

Um dos aspectos formais do desenho que têm sido relacionados à depressão é o tamanho, proporção ou dimensão. Tal aspecto revela indícios do valor atribuído aos objetos, situações e pessoas, estando ligado à autoestima e às relações dinâmicas estabelecidas com o ambiente. Espera-se, de modo geral, nos desenhos de sujeitos deprimidos, a produção de figuras muito pequenas, que indicam sentimentos de inferioridade, inadequação, inibição, dependência emocional e retraimento, bem como tendência a se afastar do ambiente. Tem-se, no polo oposto, que desenhos muito grandes podem estar ligados a egocentrismo, mas

também podem revelar sentimento de constrição emocional, com ação ou fantasia compensatória. Podem ainda refletir sentimento de frustração frente às pressões do ambiente, irritabilidade, tensão, sensação de imobilidade e desamparo, presença de agressividade e descarga motora (Hammer, 1981; Van Kolck, 1981, 1984; Buck, 2003). Desenhos de figuras grandes, dominantes, com ênfase na força e no tamanho, podem ser expressão do mecanismo de idealização, presente entre as defesas possíveis da situação depressiva. Nesse caso, o tamanho aumentado é uma fachada defensiva frente ao temor de destruição e sentimento de fraqueza (Grassano, 2012).

A localização do desenho é outro aspecto que pode revelar tendência à depressão, quando a produção é feita toda na metade inferior do papel, indicando prevalência da vida instintiva, concretismo, insegurança e depressão. A zona abaixo do ponto médio da folha está relacionada a sentimento de insegurança, inadequação e depressão, e, caso haja continuação do desenho para além da margem inferior, pode haver sentimentos de opressão (Buck, 2003). Desenhos apoiados nas margens sugerem necessidade de apoio, falta de autoconfiança e de autonomia (Hammer, 1981). Ademais, quando ocupam predominantemente a metade superior da folha, os desenhos revelam tendência a buscar satisfação na fantasia, o que também pode ser uma forma compensatória de encobrir aspectos depressivos da personalidade (Buck, 2003).

Do ponto de vista formal, em relação à pressão do lápis, em geral espera-se, nos deprimidos, pouca pressão e traços leves, fracos, trêmulos ou apagados – aspectos relacionados ao baixo nível de energia, à insegurança, à indecisão, ao medo de derrota e à depressão (Hammer, 1981; Van Kolck, 1981, 1984; Grassano, 2012). Linhas que se tornam mais fracas ao longo da produção revelam depressão e ansiedade. Ao mesmo tempo, traços fortes sugerem tensão e, quando usados em partes específicas, indicam a existência de questões ou conflitos com aquele elemento do desenho. Caso os traços fortes estejam no contorno ou como suporte, podem significar tentativa de manter-se íntegro e firme no contato com a realidade (Buck, 2003). A presença de sombreamento excessivo e borraduras também foi relacionada a ansiedade, angústia e depressão (Van Kolck, 1984; Buck, 2003).

Hammer (1981) descreve ainda que o indivíduo deprimido emprega algum nível de energia no início da tarefa, demonstra fadiga e depois desiste de completar a atividade. As produções gráficas que apresentam pobreza de detalhes, ausência de detalhes essenciais e desenhos incompletos transmitem sentimentos de vazio, retraimento e energia reduzida,



indicando implicações patológicas, como depressão (Hammer, 1981; Buck, 2003; Grassano, 2012). Ademais, simetria excessiva ou ausência de movimento também foi relacionado à depressão (Hammer, 1981).

Em referência ao conteúdo dos desenhos, tem-se a presença de elementos desvitalizados, com necessidade de apoio, características “caídas”, “pendentes” ou envergadas, as quais sugerem cansaço, tristeza, sentimento de menos valia e perda, culpa e imobilização, podendo indicar presença de estados depressivos. A ênfase na paisagem como tema dominante, a presença de árvores mortas, em forma de arco ou com galhos voltados para baixo e com copa no formato de salgueiro também podem ser indícios de depressão. Outros sinais são a presença de pessoas sentadas ou deitadas, com pouca vestimenta, com cabeça pequena e sem ênfase, olhos e braços omitidos, com boca para baixo ou omitida e desenho iniciado por ou com ênfase nos pés e pernas (Hammer, 1981; Van Kolck, 1984; Buck, 2003).

### **3.5 Contribuições da análise grafológica para o estudo**

A grafologia é a área de estudo que analisa a escrita, buscando a partir dela interpretar os aspectos de personalidade de quem escreve (West, 1983). A escrita como produto da atividade humana é um campo de interesse de diversas áreas há muitos séculos (Wolfson, 1978). Registros apontam que a primeira publicação na área, de Camillo Baldi, na Itália, ocorreu em 1622. Nos séculos seguintes, autores como o suíço Lavater e o francês Michon também passaram a classificar a escrita e aproximaram a caligrafia da linguagem corporal, relacionando a escrita com os traços de personalidade (Astrom & Thorell, 2008).

A escola francesa de grafologia foi uma das pioneiras a se estruturar cientificamente; depois, surgiram outras abordagens, como a inglesa, a alemã, a italiana, a espanhola, entre outras (Xandró, 1991). No Brasil, a grafologia recebeu forte influência espanhola (Camargo, 2009), embora seja um ramo de estudo ainda não regulamentado ou reconhecido como técnica de avaliação psicológica pelo Conselho Federal de Psicologia em virtude da ausência de respaldo científico, o que torna o seu uso profissional irregular, de modo que apenas pesquisas na área são permitidas (Conselho Federal de Psicologia, 2010).

De forma parecida com a teoria proposta por Allport Gordon, autores na grafologia, como Crépieux-Jamin e Klages, apontaram que o traço gráfico tem origem no movimento fisiológico e relação qualitativa com o movimento psicológico correspondente. Sendo assim,

um movimento externo corresponde a um estado interior análogo (Camargo, 2009). Allport e Vernon, inclusive, no primeiro estudo sobre comportamento expressivo (1933) apontam que a análise de aspectos da caligrafia, como velocidade, tamanho da letra, pressão da caneta, entre outros são ricos para a compreensão da personalidade, pois revelam aspectos do estilo pessoal do escritor e são passíveis de análises menos fragmentadas do que aquelas provenientes de testes psicológicos de aptidão.

Historicamente, havia duas vertentes de análise da escrita: uma global, que partia de um olhar intuitivo para as impressões geradas pelo todo, e outra que contava os sinais e mensurava as posições e dimensões dos elementos. Klages, no final do século XIX, foi um dos pioneiros a construir uma abordagem psicológica de análise baseada no movimento expressivo, buscando uma correlação entre movimentos internos e externos. Ele partiu da concepção de duas forças que davam “ritmo” e “medida”, responsáveis por libertar e inibir, respectivamente, o indivíduo. A interação entre essas duas forças geraria movimentos inibidores, de contração, e libertadores, de relaxamento, influenciando o comportamento e se cristalizando nos movimentos expressivos, no andar, no gesticular, na postura e na escrita. A grafia, então, é um dos tipos de análise do movimento expressivo, e o movimento é considerado expressivo uma vez que o grau de controle emocional ou a falta dele se reflete no controle da escrita dos elementos gráficos (Wolfson, 1978).

No estudo da escrita, a folha de papel em branco representa o mundo, o espaço onde vão sendo expressas as ideias e emoções do autor de modo consciente e inconsciente; onde ele transita e se envolve, maneja os elementos, se adapta ou não às normas sociais, mostrando a forma como conduz a vida. A expressão escrita é um processo mutável ao longo da vida de todo ser humano, que se inicia a partir do aprendizado de um modelo caligráfico padrão para, aos poucos, ser substituído pelos aspectos pessoais da individualidade daquele que escreve. Fatores diversos, conscientes e inconscientes, como motricidade, ambiente escolar e familiar, autoimagem, experiências de vida e motivações inconscientes influenciam em mudanças ou na manutenção do modelo aprendido (Camargo, 2009). Toda análise da escrita deve considerar, portanto, a idade, o sexo, dados de educação e a nacionalidade do indivíduo (Wolfson, 1978).

O médico e psicanalista suíço Max Pulver forneceu grande contribuição à área, sendo o pioneiro no estabelecimento do simbolismo no campo da escrita, criando a teoria zonal, atribuindo interpretações para a localização na folha de papel. Suas definições foram tão

precisas e expressivas que se tornaram rapidamente aceitas por pesquisadores das áreas próximas em todo o mundo, sendo hoje utilizadas em diversos tipos de análises gráficas (Koch, 1978; Xandró, 1991), incluindo o Teste Palográfico (Alves & Esteves, 2019). Pulver relacionou o espaço com o símbolo da cruz. A área central do campo gráfico representa o ego, a vida consciente, em vigília. A zona esquerda está relacionada ao passado, ao *Eu*, à introversão. A zona direita, por sua vez, está ligada ao futuro, à relação com o ambiente, à extroversão, à socialização e ao altruísmo. Nesse sentido, por exemplo, os movimentos da esquerda para a direita revelam o grau de envolvimento ou recuo do indivíduo com o meio ambiente. Em complemento, a zona superior é relacionada ao intelectual, ao espiritual, ao misticismo, à energia, ao ar; e a zona inferior ao material e inconsciente, com orientação para o concreto (Koch, 1978; Wolfson, 1978; Van Kolck, 1981, 1984; Anzieu, 1989). Isso vai ao encontro de investigações antropológicas que indicam a representação universal do “embaixo” com o terrestre e sólido, e do “topo” com o mundo das ideias e fantasia (Hammer, 1981). Pulver ainda estendeu o sistema grafológico de Klages e deu à caligrafia uma terceira dimensão ao incluir a profundidade, avaliada pela pressão e por movimentos que procuram seguir através do papel, diverso da dimensão altura e largura, vertical e horizontal (Wolfson, 1978).

Alguns dos elementos gráficos comumente analisados no estudo da escrita são forma da letra, largura da letra, forma de conexão, qualidade do traço, flutuação da linha, direção da linha, espaço entre as linhas, espaços entre as palavras, espaço entre as letras, inclinação, tamanhos das margens, pressão, entre outros (Wolfson, 1978).

Baseadas nas concepções de Klages, no estudo da escrita as características encontradas possuem duplo significado, ou seja, contêm aspectos positivos e negativos e, portanto, precisam ser analisadas a partir de outros dados do contexto. Além disso, os signos assumem valor de interpretação conforme haja repetição e intensidade, o que torna importante não interpretar sinais isoladamente ou considerar um achado como o todo da personalidade (West, 1983; Camargo, 2009).

A análise da caligrafia é um estudo das relações indicadas pelas medidas e proporções dos elementos gráficos. Não é uma determinada medida que dá o significado, mas os aspectos avaliados conjuntamente que apontam o tipo de movimento envolvido em produzir aquela medida. Por exemplo, a instabilidade nos parâmetros da escrita é mais frequente em grupos clínicos (Astrom & Thorell, 2008); entretanto, isso não deve ser logo definido como negativo,

pois, ainda que possa significar equilíbrio, a harmonia pode também indicar mediocridade, moderação e falta de ambição (Camargo, 2009). Além disso, os elementos gráficos podem ser medidos quantitativamente e descritos qualitativamente, o que torna mais difíceis a avaliação e a interpretação (Wolfson, 1978).

Ademais, a análise grafológica é baseada na Psicologia da *Gestalt* e pressupõe que a personalidade é matizada; ou seja, não só dinâmica e com influências do ambiente e do momento, mas com a presença de traços que anulam ou potencializam uns aos outros (Camargo, 2009). Para a predição intelectual, mostrou-se ineficiente, mas para a análise de personalidade segue sendo estudada e reconhecida (Astrom & Thorell, 2008). Por mais que tenham se separado as técnicas expressivas das projetivas, diversos princípios da grafologia foram integrados às interpretações das técnicas projetivas (Anzieu, 1989). O Teste Palográfico tem suas raízes teóricas bastante congruentes com as interpretações usadas no estudo da escrita, como será descrito na próxima seção.

#### 4. TESTE PALOGRÁFICO

O Teste Palográfico foi criado na Espanha pelo psicólogo e professor Salvador Escala Milá, do Instituto Psicotécnico de Barcelona, e trazido para o Brasil na década de 1960 pelo professor Agostinho Minicucci, então diretor da Faculdade de Ciências e Letras de Botucatu, onde criou o Centro de Estudos de Grafoanálise (Análise da Escrita) e Testes Gráficos (Alves & Esteves, 2009; Pereira & Chehter, 2011). No Brasil, sua primeira edição data de 1976, e a revisão mais recente, que incluiu estudos de padronização e precisão mais atuais, é de Alves e Esteves (2019).

Trata-se de um teste de personalidade que avalia primordialmente o comportamento expressivo, ou seja, o estilo pessoal de resposta do indivíduo, por meio de respostas grafomotoras e revela motivações básicas, isto é, as características de personalidade do sujeito (Alves & Esteves, 2009; Silva & Rueda, 2016). A tarefa consiste na reprodução de *palos* (traços), conforme o modelo impresso na folha padronizada, sempre de cima para baixo, da esquerda para a direita, com rapidez e qualidade. Pode ser aplicado coletiva ou individualmente, em pessoas adultas (entre 18 e 60 anos), com o uso de um lápis e cronômetro. O teste é composto por duas partes: a primeira consiste em um treino para adaptação à tarefa; já a segunda, válida para avaliação, tem duração de cinco minutos. Inicialmente, na fase de treino, os traçados demonstram mais aspectos *adaptativos* e *instrumentais*, mas, à medida que o teste continua, passam a predominar aspectos *expressivos* (Alves & Esteves, 2019).

A análise do teste é constituída pela avaliação quantitativa e qualitativa da produção, da qual é possível obter informações sobre a produtividade, o ritmo e a qualidade de rendimento, o contato interpessoal, a autoconfiança, a capacidade de organização e de adaptação. Também existem indicadores de flutuações do ânimo e tendência à depressão, rigidez e espontaneidade, agressividade e impulsividade, entre outros (Esteves & Alves, 2018). As variáveis do Teste Palográfico ainda serão descritas uma a uma, no texto adiante. Em relação à interpretação dos resultados quantitativos, estão disponíveis no manual tabelas normativas, separadas pelas regiões geográficas do Brasil (norte, sul, centro-oeste, nordeste e sudeste), que atribuem normas com relação à escolaridade e ao sexo. Em relação aos aspectos

qualitativos, constam no manual as descrições e os exemplos das caracterizações possíveis (Alves & Esteves, 2019).

Em relação às facilidades de uso, o Teste Palográfico apresenta instruções simples: não requer que o examinando se expresse verbalmente (Zuanazzi & Ribeiro, 2015), pode ser aplicado em faixa etária variada e não tem o risco de viés ligado à desejabilidade social (Pereira & Chehter, 2011). É um teste de rápida aplicação, com reduzida possibilidade de alteração e controle do comportamento expressivo (Esteves & Alves, 2018), o que evita simulação ou dissimulação. Ademais, ainda sobre a aplicação, não exige inquéritos específicos e extensos, como no caso de outros testes psicológicos.

Por outro lado, o Teste Palográfico necessita de uma correção cuidadosa e detalhada, já que inclui calcular quantidades totais e parciais, medidas de distância em milímetros e ângulos dos palos produzidos, além da verificação dos aspectos qualitativos, o que exige treino e experiência no teste. O uso da ferramenta informatizada, o Sistema de Correção Informatizada do Palográfico (SKIP) (Vetor Editora, 2015), facilita bastante a correção, principalmente na aferição dos aspectos quantitativos, e, em estudo recente, apresentou índice de precisão satisfatório e altos níveis de correlação com a correção manual (Cardoso, Esteves, Silva, Arsuffi & Franzim Neto, 2014).

No Brasil, o Palográfico é um teste comumente empregado no contexto do trânsito, para avaliação de pessoas que pretendem obter ou renovar a Carteira Nacional de Habilitação (CNH), concessão de porte de arma, em baterias de seleção de pessoal e avaliação clínica (Esteves & Alves, 2018, Alves & Esteves, 2019; Pereira & Chehter, 2011).

#### **4.1 Fundamentação teórica: o comportamento expressivo**

A *expressão* diz respeito à maneira como uma pessoa realiza uma ação, ao estilo pessoal e ao modo de exprimir o comportamento, que podem ser observados nos atos de andar, gesticular, falar ou mesmo piscar, possivelmente a parte mais consistente da natureza individual (Allport, 1966). Para Allport, o comportamento expressivo é aquele que reflete os traços mais básicos e peculiares da personalidade. Ele é difícil de se mudar, não tem finalidade específica e é exibido sem consciência do indivíduo, englobando, por exemplo, os aspectos de expressão não formais de um professor em uma palestra, como seus gestos, ritmo, inflexões vocais, postura e respostas motoras (Schultz & Schultz, 2015; Silva & Rueda,

2016). Allport (1975) explica também que o comportamento expressivo é influenciado por fatores como tradição cultural, disposições emocionais passageiras, condições de tensão e fadiga, idade, sexo, condições de saúde e doença, ambiente, entre outros.

Como disse Hammer (1981), “os músculos de um indivíduo são honestos; quando tentamos esconder o que se passa na nossa mente, os músculos de nossa face e ombros e a nossa postura corporal nos delatam” (p. 42). Ele aponta o potencial diagnóstico dos movimentos expressivos, tanto nas atitudes dentro de uma sala quanto na produção gráfica em uma folha de papel. No caso dos adultos, que apresentam camadas defensivas mais refinadas, é mais fácil que se expressem espontaneamente na folha de papel do que em uma sala e, portanto, as técnicas de avaliação se fazem bastante úteis.

Como propôs Allport, toda ação é composta por aspectos instrumentais e expressivos. Como já explicado anteriormente, o *instrumental* está ligado ao *que* fazemos, referindo-se, assim, ao modo intencional, formal, controlado e consciente, enquanto o *expressivo* está relacionado à parte não intencional e espontânea, a um reflexo da estrutura da personalidade, um comportamento sem aspirações, mas com efeitos no contexto ao redor (Alves & Esteves, 2009).

Essas definições, de algum modo, retomam o que já havia sido descrito por Bellak (1944, citado por Wolf & Precker, 1978) e, posteriormente, Van Kolck (1981, 1984) sobre o ato de desenhar, distinguindo-se três aspectos a serem considerados para análise, os quais se interpenetram e se complementam: a *adaptação*, a *projeção* e a *expressão*. A adaptação se refere à adequação em relação ao material, à tarefa e ao grupo etário e de gênero ao qual o indivíduo pertence; a projeção está ligada à atribuição de características inconscientes a situações e objetos; e a expressão diz respeito às qualidades gráficas que formam o estilo, a organização e a característica peculiar das respostas do indivíduo.

Allport apontou que uma técnica expressiva é capaz de acessar aspectos latentes da personalidade, que estão abaixo do nível de consciência do avaliado, impedindo o controle e, assim, a manipulação dos dados. As escalas de autorrelato, por sua vez, são passíveis de controle e sofrem influência da autoanálise do avaliado, ou seja, trazem percepções que, muitas vezes, são falhas (Silva & Rueda, 2016). Nesse sentido, o estudo do comportamento expressivo deve muito à Psicanálise, que jogou luz sobre a unidade da personalidade e, assim, o conflito do indivíduo neurótico foi evidenciado nos gestos, nos deslizos da língua e nos maneirismos, isto é, no comportamento expressivo (Wolff & Precker, 1978).

Allport e Vernon (1933), em estudos voltados para o comportamento expressivo, apontaram que esses padrões observados – tais como gestos, atitudes, voz, postura e escrita – estariam organizados entre si e refletiriam traços constantes e estáveis da personalidade. Além disso, explicaram que, embora nas Américas por muito tempo se tenha negligenciado a relação entre a escrita e a personalidade, os psicólogos europeus, principalmente na Alemanha, França e Holanda, se dedicaram a estudá-la. Para estes últimos, o movimento gráfico seria a essência da expressão, uma forma “cristalizada” do gesto, reveladora de aspectos consistentes da personalidade.

De acordo com essa ideia, os principais movimentos de alguém são padronizados pelo esquema de sua personalidade – e é por isso que é possível reconhecer um amigo a distância. Os movimentos de uma pessoa são consistentes em contextos diversos e relacionados a movimentos básicos do organismo; assim, toda atitude mental implica uma atitude muscular correspondente (Wolff & Precker, 1978). Os autores relatam que há na literatura diversos tipos de estudos que buscaram analisar o comportamento expressivo e sua relação com a personalidade, por meio de expressão facial, voz, estilo artístico e literário, estilo de oratória, andar, desenho, pintura e caligrafia. Eles descrevem que, em estudo realizado com pinturas infantis (Elkisch, 1945, citado por Wolf & Precker, 1978), foram os aspectos expressivos e não o conteúdo das produções que diferenciaram crianças bem-ajustadas das desajustadas.

Visto que o comportamento expressivo está relacionado ao modo de se analisar e organizar uma situação, empregando padrões pessoais de comportamento frente à tarefa, tem-se, no traçado do teste, a expressão de como o indivíduo se coloca afetivamente e se relaciona com o meio externo na folha de papel, a partir de suas motivações básicas (Alves & Esteves, 2009). Assim como sugeria Allport, a observação direta da expressão parece ser a abordagem mais natural para o estudo da personalidade, pois trata de dados da percepção sensorial da expressão (Esteves & Alves, 2018). Como complementam Wolff e Precker (1978), o uso do espaço e da forma pode ser particularmente revelador.

Atualmente, os testes publicados no Brasil, que avaliam prioritariamente o comportamento expressivo, são o Teste Palográfico (Alves & Esteves, 2019) e o Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) (Galland de Mira, 2014), comentado anteriormente.



## 4.2 Variáveis do Palográfico e suas interpretações

No Teste Palográfico são avaliadas as seguintes variáveis:

### *Tamanho dos Palos*

O tamanho, ou altura do palo, representa, segundo Vels (1982), a autoestima, a autoconfiança, o grau de valorização ou a depreciação de si mesmo. Van Kolck (1984) diz ainda que é possível traçar um paralelo entre o tamanho da produção gráfica realizada no espaço disponível e a relação dinâmica que o indivíduo estabelece com o meio a sua volta – ou seja, a maneira como reage às pressões do ambiente, assim como impressões relativas ao autoconceito, isto é, como ele se avalia e se valoriza. Quando o tamanho de uma produção gráfica é pequeno, sugere-se a presença de sentimentos de inferioridade e inadequação; por outro lado, quanto maior e mais exagerado o tamanho, mais se pode inferir a existência de sentimentos de expansão, agressão e necessidades compensatórias, de supervalorização (Van Kolck, 1984).

As medidas de *Tamanho dos Palos* são mensuradas em milímetros e consistem na medição do comprimento do palo com *Tamanho Maior* e com *Tamanho Menor* de cada intervalo de tempo, com obtenção de uma média destas medidas e, ao final, obtenção do *Tamanho Médio*. São, então, consideradas para cada indivíduo três medidas de *Tamanho dos Palos*: *Tamanho Menor*, *Tamanho Médio* e *Tamanho Maior* (Alves & Esteves, 2019).

Em referência às classificações, o *Tamanho dos Palos* considerado normal/médio sugere equilíbrio e ponderação, afetividade estável e adaptada ao meio. Já o tamanho considerado *aumentado* sugere segurança em si mesmo e generosidade, assim como tendência ao autoritarismo, exibicionismo, ausência de sentido crítico e vaidade. Quando *muito aumentado*, significa dilatação do ânimo, com euforia e autossatisfação, além de tendência a chamar a atenção e extravagância. Quando *diminuído*, o *Tamanho dos Palos* revela redução das relações com o ambiente, introversão, concentração e preocupação com os detalhes, precaução e minuciosidade. Por fim, quando *muito diminuído*, indica falta de confiança em si, inibição, sentimento de inferioridade e temor diante da realidade (Minicucci, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019).

### *Direção das Linhas*

A variável *Direção das Linhas* ilustra a direção para um fim, ou seja, o caminho do indivíduo para um objetivo – que pode ser com entusiasmo, ambição e necessidade de ação, no caso de linhas com direção *ascendente*, ou com temor, fadiga e poucos recursos para a ação, no caso de linhas *descendentes* (Vels, 1982). As linhas simbolizam a tarefa, a luta pela conquista das metas pessoais e a maneira como o indivíduo enfrenta os obstáculos, com otimismo ou pessimismo (Xandró, 1991). Também está relacionada ao controle das energias pessoais (Camargo, 2009) e oscila mais do que outras no perfil de cada autor, uma vez que constitui uma característica gráfica que reflete flutuações do humor, ânimo e vontade (Klages, 1959, citado por Alves & Esteves, 2019).

Sua medida é calculada pela angulação de cada linha do teste em relação à pauta imaginária do papel, a partir dos referenciais de base do primeiro e do último palo da linha. Valores positivos se referem a linhas ascendentes, e valores negativos a linhas descendentes. Ao final, é obtida a média dessas angulações (Alves & Esteves, 2019).

### *Pressão e Qualidade do Traçado*

A variável *Pressão e Qualidade do Traçado* está ligada ao grau de firmeza, vitalidade, segurança e tensão da personalidade, expressando o dinamismo pessoal (Vels, 1982). A interação entre a pressão que a pessoa coloca no lápis e a velocidade da produção gráfica fornece indícios da saúde física e emocional do autor ao tempo da escrita, pois pressão firme e velocidade constante, por exemplo, refletem uma mente alerta e um corpo ativo, enquanto irregularidades na pressão revelam conflitos internos e tensões, indicando instabilidade emocional (West, 1983).

Van Kolck (1981, 1984) e Hammer (1981) apontam que a linha leve ou fina revela insegurança, timidez, falta de energia e sentimento de incapacidade, enquanto a linha grossa e firme indica vitalidade, iniciativa e decisão – ainda que também possa significar hostilidade para com o ambiente, falta de adaptação e esforço para manter o equilíbrio da personalidade. Alves e Esteves (2019) trazem como possível indicador de depressão, no teste Palográfico, a produção de traços classificados qualitativamente como *brandos*, *frouxos* ou *curvos*. Também em outras técnicas gráficas, as linhas que vão se tornando mais fracas à medida que a tarefa progride sugerem ansiedade e depressão, enquanto traços fortes podem refletir tensão (Buck, 2003).

### *Inclinação dos Palos*

Segundo Minicucci (2002; citado por Alves & Esteves, 2019) a *Inclinação do Palo* simboliza em que medida o indivíduo necessita de contato com os outros, como se relaciona, e, portanto, fala da disposição afetiva à vinculação e à socialização. Xandró (1991), ao abordar a inclinação na escrita, explica que o grau de inclinação é como um termômetro dos sentimentos. Inclinações à direita refletem afetuosidade, extroversão e busca por contato, o que pode compor uma personalidade cordial, afável e sociável, como também, no extremo, um perfil bastante carente, agressivo e suscetível à impulsividade e aos próprios sentimentos. Van Kolck (1984) associa a inclinação à direita com dedicação, capacidade de entrega pessoal, disponibilidade para servir aos outros, personalidade facilmente influenciável e fixação no futuro ou desejo de esquecer o passado.

Em contrapartida, inclinações invertidas, voltadas para a esquerda, revelam uma personalidade mais racional, introvertida, contida afetivamente, com dificuldade para se comprometer e que busca se isolar. Pode se tratar de alguém prudente e reflexivo, como também um perfil solitário, inibido, desconfiado e inseguro, com ideias depressivas (Xandró, 1991); um indivíduo conectado ao passado ou com medo do futuro (Van Kolck, 1984).

Para mensurar a variável *Inclinação do Palo*, calcula-se o ângulo dos traços produzidos em relação à horizontal. A partir do traço reto, que equivale a 90°, encontram-se valores maiores que 90°, quando inclinado à direita, e menores que 90°, quando inclinado à esquerda. É realizada a medida do palo mais inclinado e do menos inclinado em cada um dos intervalos de tempo, obtendo-se uma média geral, posteriormente. Ao final, tem-se três medidas de *Inclinação do Palo* para cada indivíduo: *Menor Inclinação*, *Inclinação Média* e *Maior Inclinação*.

Como já mencionado anteriormente, no Palográfico, assim como na análise da escrita, aquilo que se apresenta no início de uma produção se refere ao controle consciente, àquilo que o indivíduo quer mostrar para o mundo externo. Já com o decorrer da tarefa, aparecem aspectos menos controlados e mais espontâneos da personalidade analisada. Portanto, nesta variável é importante não só verificar as medidas de inclinação, mas a trajetória e as diferenças do começo ao fim (Xandró, 1991). Nesse sentido, a regularidade, de modo geral, costuma denotar estabilidade, e as irregularidades indicam instabilidade e emotividade (Alves & Esteves, 2019). No entanto, também é importante considerar que exibir estilos distintos de inclinação pode indicar versatilidade. Contudo, a variação extrema ou indisciplinada sugere

dificuldade de autocontrole e tendência a variação de humor, bem como grande emotividade (West, 1983).

### *Porcentagem de Ganchos*

Os palos que formam um ângulo agudo em uma das extremidades são chamados “ganchos” ou “arpões” e expressam a contenção de um impulso. A presença de ganchos na produção gráfica é indicativa de agressividade e, portanto, em cada protocolo é calculada a *Porcentagem de ganchos* que o indivíduo traçou, em relação à produção total de palos. Para a localização e à direção do gancho são atribuídos significados relacionados ao simbolismo do espaço, que dizem respeito a auto e heteroagressividade e ao plano físico ou intelectual (Alves & Esteves, 2019).

Nos estudos da escrita, os traços que formam ângulos indicam firmeza, energia e decisão, como também podem ser interpretados, quando frequentes, como expressão de agressividade e ressentimento, produções típicas de pessoas irritáveis, mal-humoradas e com desejo de vingança (Xandró, 1991). Também nas análises de desenhos, as linhas retas e com ângulos são relacionadas à agressividade, afirmação, oposição e associadas ao masculino, e quando há linhas “dentadas” remetem à hostilidade. Enquanto isso, linhas curvas apontam menos agressividade, mais dependência, submissão e emotividade, sendo associadas ao feminino (Machover, 1949 citado por Anzieu, 1989; Hammer, 1981).

### *Produtividade*

A variável *Produtividade* se refere à quantidade de trabalho ou outras atividades que o indivíduo consegue realizar. Sua interpretação inclui relacionar dados de rapidez com ordem (Vels, 1982). Fazendo um paralelo com o campo de escrita, a rapidez depende de boa motricidade e treinamento intensivo e está ligada ao nível sociocultural. Ela pode dar indícios sobre o tempo de reação e a velocidade com que a pessoa resolve seus problemas e suas tarefas e pode variar em função das emoções, do humor e do interesse de quem escreve (Camargo, 2009).

A *Produtividade* é calculada pelo número bruto total de traços realizados durante o teste e pelo número bruto produzido em cada intervalo de tempo; portanto, ela é composta por *Produtividade Total e por intervalo de tempos (T1, T2, T3, T4 e T5)*, sendo cada um dos “T”s um intervalo de tempo do teste. Trata-se de uma medida de rendimento do indivíduo, que

varia em função da escolaridade, menos relacionada diretamente com a personalidade. Além disso, ela não é apontada como indicador de depressão (Alves & Esteves, 2019).

#### *NOR (Nível de Oscilação Rítmica)*

A variável *NOR* avalia o ritmo e a variabilidade da produtividade de trabalho do indivíduo ao longo do teste. De acordo com Klages (1959, citado por Alves & Esteves, 2019) a palavra “ritmo” tem ligação com “fluir”, indicando continuidade. Ritmo também está relacionado à repetição, variações contínuas de magnitude, que denotam algum nível de harmonia. O ritmo *normal* indica estabilidade emocional, constância, persistência no trabalho e boa adaptação, mas pode ainda ser classificado como *muito baixo*, o que sugere alta regularidade na produção, ou até como *muito alto*, quando verificadas grandes variações de rendimento no trabalho. Seu cálculo pressupõe achar a diferença de produtividade entre cada tempo, multiplicar o total por cem e dividir pela produção total, para encontrar o valor de *NOR* do indivíduo, um fator da variabilidade da produção (Alves & Esteves, 2019).

#### *Impulsividade*

Uma reação impulsiva se produz na descarga de tensões afetivas sem consciência e autocontrole suficientes (Alves & Esteves, 2019), se manifesta pela tendência de responder e agir com pouco planejamento, por meio de comportamentos impensados e mudanças de curso sem julgamento prévio (Moeller et al., 2001, citado por Malloy-Diniz, Paula, Loschiavo-Alvares, Fuentes & Leite, 2010). A impulsividade pode ainda se manifestar como impaciência, dificuldades para aguardar a vez e interrupção nos assuntos de outros, o que gera prejuízos em contextos sociais diversos. Pode ainda levar a acidentes e a envolvimento em atividades potencialmente arriscadas, sem consideração do perigo envolvido. Alguns transtornos da personalidade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno bipolar, transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta costumam apresentar a impulsividade como característica (APA, 2014).

No Teste Palográfico, para avaliar a medida de *Impulsividade* do indivíduo, calcula-se, em milímetros, a diferença entre as medidas do maior palo e do menor palo produzido em todo o teste (Alves & Esteves, 2019). No Teste PMK, o outro teste expressivo de personalidade, a impulsividade também é uma das medidas avaliadas, a partir da diferença dos comprimentos lineares dos traços. Valores pequenos indicam rigidez e perfil obsessivo;

valores médios sugerem estabilidade nas ações e conduta flexível e valores altos revelam instabilidade e imprevisibilidade nas atitudes (Galland de Mira, 2014).

#### *Distância entre Palos*

A *Distância entre Palos* está relacionada à facilidade, seja maior ou menor, de deslocamento e atitude frente ao mundo; a um menor ou grau de extroversão ou introversão, bem como ao autodomínio dos impulsos momentâneos ou à “falta de freio” (Alves & Esteves, 2019).

Baseando-se em Augusto Vels, é possível empregar o conceito de *densidade* para a avaliação desta variável, considerando que ela revela o nível de expansividade do indivíduo, bem como a necessidade de contato com o exterior, de liberdade ou de isolamento. Maiores valores nesta variável (palos mais distantes) indicam extroversão e maior necessidade de contato com o mundo externo, além de impulsividade e falta de prudência. Na direção oposta, menores valores (palos menos distantes) sugerem introversão, atitude cuidadosa e reflexiva, desconfiança e tendência egocêntrica (Minicucci, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019). A *Distância entre Palos* não é apontada como uma variável sensível à depressão; para calculá-la, é medida a distância entre o primeiro e o último palo de cada linha, em milímetros. O resultado, em seguida, é dividido pelo número de palos da linha. Tem-se, ao final, uma média do protocolo.

Fazendo um paralelo com a grafologia, a *Distância entre Palos* talvez possa ser comparada à distância entre letras e palavras na escrita. West (1983) ressalta que uma assinatura apertada revela inibição, introversão e tensão interna, enquanto, se largamente espaçada, indica expansividade e um perfil livre de tensão.

#### *Distância entre Linhas*

A variável *Distância entre Linhas* revela aspectos da distância nos relacionamentos interpessoais, sugerindo desejo de proximidade ou distanciamento nos contatos, bem como respeito aos limites do espaço do outro e tendência ao isolamento físico e psicológico (Pierry Neto, 1995, citado por Alves & Esteves, 2019). No estudo da escrita, o espaço amplo entre linhas sugere clareza mental, perspicácia e espírito crítico e expansivo, podendo também significar dispersão do pensamento e distanciamento. Já o estilo condensado de linhas denota produtividade intensiva, concentração e introversão, mas pode também indicar retraimento,

timidez ou atitude mesquinha (Xandró, 1991). No Teste Palográfico, calcula-se a média do espaçamento entre as linhas do protocolo, em milímetros, considerando-se os primeiros e últimos palos da linha para essa contagem.

A *Distância entre Linhas* também pode ser classificada qualitativamente como: *Irregular*, o que denota instabilidade e dificuldade nos relacionamentos; *Crescente*, que indica tendência ao distanciamento progressivo; e *Decrescente*, com prudência inicial no contato. Há ainda a classificação *Linhas que se tocam ou sobrepostas*, que reflete grande dificuldade de respeitar os limites no relacionamento pessoal, agressividade, comportamento viscoso e inconveniente (Alves & Esteves, 2019).

Baseando-se em Vels, Camargo (2009) explica que, no estudo da escrita, o espaço entre as linhas de uma produção gráfica reflete a capacidade de abstração do indivíduo em pensar de modo ampliado sobre o passado, presente e futuro. Espaçamentos regulares indicam que o indivíduo é reflexivo, moderado e ponderado. Irregularidades nos espaços sugerem falta de planejamento e baixo aproveitamento do tempo e energia, enquanto espaços exagerados revelam risco de fuga da realidade e pouca disposição para engajamento nos contatos.

#### *Margens (Direita, Esquerda e Superior)*

As margens revelam a capacidade de organização e adaptação do indivíduo ao ambiente e estão ligadas ao simbolismo do espaço (Alves & Esteves, 2019). A dinâmica das margens é complexa e reflete os níveis de espontaneidade, senso de ordem, organização, planejamento e o modo como o indivíduo se posiciona no mundo (Camargo, 2009). Pessoas com proporções equilibradas e simetria nas margens transmitem a ideia de agradabilidade e inteligência, enquanto margens muito largas indicam certa tendência ao isolamento (West, 1983).

A *Margem Esquerda* está ligada ao passado, às regras, à segurança, enquanto a *Margem Direita* revela indícios sobre a capacidade de lidar com o futuro, com mudanças e com objetivos, bem como a forma de lidar com figuras de autoridade. A *Margem Superior* se relaciona ao modo como o indivíduo lida com situações sociais e à harmonia das tarefas (Pierry Neto, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019). No teste Palográfico, diferentemente das análises de desenho, não há margem inferior, uma vez que a aplicação do teste propõe que o sujeito vá preenchendo o papel de cima para baixo e pare ao final do tempo, o que inviabiliza que a margem inferior seja uma medida passível de análise. Vels (1983, citado por

Alves & Esteves, 2019) destaca ainda que as *Margens Esquerda e Superior* estão mais ligadas às atitudes conscientes, de respeito ou não às normas, enquanto a *Margem Direita* está relacionada ao subconsciente.

Para a mensuração das *Margens Esquerda e Direita*, são medidas as distâncias entre a borda do papel e a produção gráfica em todas as linhas, para se obter uma média. No caso da *Margem Superior*, é considerada a linha de separação estabelecida entre a primeira e a segunda etapa do teste como borda superior e calculada a distância entre essa borda e o primeiro e o último palo da primeira linha para a obtenção da média (Alves & Esteves, 2019).

### 4.3 Palográfico e depressão

Alves & Esteves (2019, p. 102) destacam a presença das seguintes características no Teste Palográfico, como indicadores de depressão:

#### 1) *Palos diminuídos*, no item *Tamanho dos Palos*

O *Tamanho dos Palos* representa o autoconceito, a autoestima e a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, bem como a maneira pela qual ele reage às pressões do ambiente. Tamanho aumentado ou grande reflete sentimentos de expansão, agressão ou reações compensatórias, enquanto tamanho diminuído ou pequeno indica sentimentos de inadequação e inferioridade, introversão, precaução e passividade (Alves & Esteves, 2019; Van Kolck, 1981, 1984; Hammer, 1981).

No manual não foram incluídos estudos específicos de validade dos indicadores de depressão; portanto, as avaliações são comparadas com estudos sobre comportamento expressivo, simbolismo no espaço, literatura referente às técnicas gráficas, psicanálise e análise grafológica.

#### 2) *Linhas descendentes*, no item *Direção das Linhas*

Pode ser um sinal de depressão a presença de linhas descendentes, verificadas em todos os intervalos de tempos, principalmente com traços descendentes no final de cada tempo e que se tornam mais significativas se encontradas no último intervalo de tempo. A *Direção das Linhas* classificada como *Descendente* pode expressar um impulso fraco, com propensão à fadiga, poucos recursos para ação, prostração psíquica ou medo de obstáculos



(Vels, 1982). Alinhamentos descendentes entre 11° e 20° relevam presença de estados depressivos e desânimo, e os maiores que 20° são sugestivos de depressão, crise existencial e/ou sentimento profundo de incapacidade (Pierry Neto, 1995, citado por Alves & Esteves, 2019). Representam sinal de depressão, principalmente quando aparecem junto com outros sinais de retração e afastamento dos contatos (Xandró, 1991).

### 3) *Traços brandos, frouxos ou curvos*, no item *Pressão e Qualidade do Traçado*

A *Pressão* do traçado, de modo abrangente, está ligada à “força”, “vitalidade” e “energia” da atividade interior (Vels, 1982). Assim, a linha forte ou grossa indica iniciativa, decisão ou até mesmo hostilidade para com o ambiente, rudeza e forte base primitiva. A linha leve e fina, em contrapartida, é característica de uma personalidade sensível, impressionável, com provável potencial artístico e baixo nível de energia, com sentimento de inadequação e deprimida (Van Kolck, 1981, 1984). Os traços *brandos, frouxos ou curvos* refletem uma personalidade possivelmente flexível, mas com falta de firmeza e de dinamismo, inadequada canalização de energia e falta de estímulo para superar as dificuldades (Alves & Esteves, 2019).

## 4.4 Estudos de precisão e validade do Teste Palográfico

Como relatado por Conti (2014), são poucas as pesquisas relativas à validade e precisão do Teste Palográfico. O manual publicado em 2019, por Alves e Esteves, apresenta alguns estudos que serão relatados a seguir.

O primeiro estudo de precisão foi realizado com uma amostra de 52 estudantes de graduação de duas universidades da cidade de São Paulo. O Teste Palográfico foi aplicado coletivamente duas vezes, com um intervalo de sete a dez dias. A precisão foi estabelecida pelo método de teste e reteste, para as variáveis quantitativas e verificou-se, de modo geral, estabilidade temporal satisfatória.

Entretanto, foi verificada baixa precisão para variáveis como *Nível de Oscilação Rítmica (NOR)*, *Direção das Linhas*, *Margem Esquerda* e *Margem Superior*. Na variável *Produtividade*, a correlação obtida em cada um dos intervalos de tempos, assim como na pontuação total, entre o teste e o reteste, foi elevada e estatisticamente significativa ( $p=0,01$ ). No entanto, foi observada diferença significativa entre as médias do total de palos produzidos,

entre o teste e o reteste, com uma tendência para o aumento da produtividade no reteste. Esta diferença foi explicada pelo efeito de aprendizagem ou uma adaptação à tarefa por parte dos participantes da amostra (Alves & Esteves, 2019, p. 103).

Também foi realizado estudo de precisão pela correlação entre pares de partes do teste, de modo equivalente ao método de metades. Para tanto, utilizou-se a análise da variável *Produtividade* nos protocolos de teste e reteste da amostra anteriormente descrita e nos protocolos da amostra 2, composta por 405 indivíduos que participaram de processos seletivos na cidade de São Paulo. As correlações obtidas foram superiores a 0,90, o que indicou precisão elevada da *Produtividade* (pp. 109-113).

Em estudo mais recente de precisão por teste e reteste, foram calculados coeficientes de todas as medidas quantitativas usadas no teste. Participaram da amostra 201 adultos, de diversas regiões do país, que realizaram as aplicações num intervalo de sete a dez dias. As magnitudes de correlação de Pearson encontradas foram todas acima de 0,60, consideradas fortes, o que sugeriu forte associação entre teste e reteste (pp. 146-147).

A validade foi obtida pelo método de grupos contrastantes em dois estudos (pp. 114-124). O primeiro deles contou com 137 participantes que passaram por avaliação psicológica do trânsito e comparou três grupos distintos: motoristas com histórico de acidentes de trânsito (n=46), motoristas com acidentes com vítimas (n=40) e motoristas sem acidentes relatados (n=51). Os dados obtidos mostraram que os motoristas com acidentes apresentaram traçados maiores, maior agressividade, maior disposição de ânimo, menor produtividade, maior extroversão, falta de prudência e impulsividade. O segundo estudo, constituído por 131 participantes, comparou um grupo de presidiários (n=60) e um grupo controle (n=71), realizando análises separadas por sexo. Nesse estudo, os presidiários, quando comparados com os controles, demonstraram flutuações e instabilidade no desempenho das tarefas, maior extroversão e necessidade de contato, falta de prudência e impulsividade, excitabilidade, falta de limite no relacionamento com autoridade, contato social inadequado e atitude vigilante nas relações, assim como vigor físico, personalidade mais instintiva e rude, hostilidade, falta de ordem e método e menor controle das emoções. Com isso, concluiu-se que, apesar de haver variações nos resultados, o conjunto das várias características avaliadas permitiu diferenciar os dois grupos.

A normatização mais recente do Teste Palográfico foi realizada para as cinco regiões do país (pp. 128-140). A tabela geral contou com 4094 adultos, sendo 1310 participantes do

sexo feminino e 2784 do sexo masculino, com idades entre 18 e 60 anos, com média de 31,61 anos e desvio padrão de 10,44 anos, sendo 44% com ensino médio, 38% com ensino superior e 18% com ensino fundamental.

#### **4.5 Revisão da literatura do Teste Palográfico**

Poucas são as pesquisas existentes na literatura sobre o Palográfico (Conti, 2014; Zuanazzi & Ribeiro, 2015), embora este seja um teste bastante citado por estudantes de psicologia e psicólogos (Godoy & Noronha, 2005; Bannach & Bianchi, 2020), o que enfatiza a necessidade de realizar mais pesquisas na área.

Um dos campos em que o Palográfico é bastante utilizado é a Psicologia do Trânsito (Bannach & Biachi, 2020). Entretanto, como pontuam Silva e Alchieri (2007) em uma revisão de literatura, as pesquisas sobre a personalidade de motoristas são escassas e restritas, sem resultados conclusivos.

No campo da avaliação clínica, Pereira e Chehter (2011) investigaram a sensibilidade e especificidade do Teste Palográfico para avaliar a impulsividade em uma amostra de adolescentes, que também foram avaliados em relação à obesidade, a partir da medida do IMC (índice de massa corporal) e compulsão alimentar, avaliada a partir da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). A Escala de Impulsividade de Barrat (BIS 11) foi utilizada para comparação do traço de impulsividade, por ser um instrumento de referência em países de língua inglesa, embora os autores ressaltem o viés do instrumento de autopreenchimento e, por isso tenham buscado no Teste Palográfico uma alternativa eficaz de avaliação.

Segundo os autores, de modo geral foi encontrada baixa correlação entre os resultados do teste de autorrelato e o Teste Palográfico, mas houve correlação em pontuações mais altas, especialmente em perfis com a presença de transtornos em que a impulsividade é fator associado, como o *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade* (TDAH) e o *Transtorno de Conduta*. Os autores enfatizaram que resultados similares, com baixa correlação entre diferentes testes, já foram constatados em outros estudos, principalmente, quando usados testes de autorrelato e medidas comportamentais, talvez por avaliarem características psicológicas diferentes (Pereira & Chehter, 2011). Relataram ainda não terem

encontrado na literatura o uso do Palográfico para fins clínicos, tampouco para avaliação de um único traço de personalidade, como proposto neste estudo.

Na área da seleção de pessoal, Fonseca, Franzim e Esteves (2011) levantaram a dificuldade de inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, realizando um estudo de comparação da produtividade e da estabilidade no ritmo de trabalho desses indivíduos com as da população normativa. A amostra contou com 50 participantes com alguma deficiência física, a maioria com escolaridade equivalente ao ensino médio. Segundo os autores, nos resultados não foram encontradas diferenças significativas, tanto na comparação geral quanto em função da escolaridade, indicando que as pessoas com deficiência apresentavam produtividade e oscilação de rendimento semelhante ao grupo normativo do Teste Palográfico.

Também na área da Psicologia Organizacional, Senden, Lopes, Nascimento, Terroso e Argimon (2013) conduziram um estudo voltado para a identificação do perfil de personalidade de profissionais que trabalham em serviços de saúde, por meio do Teste Palográfico. A amostra incluiu recepcionistas, técnicos de enfermagem e pessoal de apoio. Os resultados indicaram instabilidade no ritmo de trabalho e flutuações da produtividade, mas adaptação adequada às tarefas. As autoras constataram que a maior parte dos profissionais apresentou autoestima e relacionamento interpessoal adequados, com boa adaptação ao meio, respeito no convívio e rendimento médio. Apenas na avaliação da organização, relacionada à capacidade de apresentar ordem, método e maturidade psicológica, voltados para a qualidade do trabalho, os resultados apontaram qualidade *regular* em 47% da amostra e *boa* em 39,8%. A pesquisa se propôs a avaliar aspectos de autoestima, relacionamento interpessoal, produtividade, ritmo de trabalho, impulsividade e organização; contudo, as autoras não apresentaram as limitações do estudo, nem utilizaram outros instrumentos para mensurar com maior profundidade os aspectos pretendidos, o que parece tornar os dados pouco consistentes, embora importantes para o estudo da utilidade do teste.

Conti (2014), em estudo de validade e precisão do teste PMK, usou, como instrumento critério, o Teste Palográfico, uma vez que ambos os testes avaliam o comportamento expressivo. No trabalho, buscou investigar a precisão por teste-reteste, a validade entre grupos contrastantes e a validade simultânea, comparando os resultados de quatro amostras (mulheres depressivas, presidiários, esquizofrênicos e controles). Em relação aos resultados do Teste Palográfico, foi encontrada correlação entre os resultados da variável *Produtividade*, no

Palográfico, e os traçados do *tônus vital*, no PMK, na análise realizada com a amostra total de 210 participantes, bem como somente com o grupo de mulheres deprimidas. Não foi encontrada correlação entre a variável *Direção das Linhas*, do Palográfico, e o *tônus vital*, do PMK – possivelmente, segundo Conti, pela diferença de plano no qual os traçados são realizados em cada teste. Foi verificada ainda a existência de correlação significativa entre os resultados de *Ganchos*, no Palográfico, e de *agressividade*, no PMK, na amostra de presidiários. O estudo concluiu que os dados de validade simultânea foram significativos e que há evidências de que ambos os testes, nas medidas citadas, avaliam os mesmos constructos: *tônus vital* e *agressividade*.

Como apontam Zuanazzi e Ribeiro (2015), o Teste Palográfico não é comumente utilizado no contexto da saúde mental. As autoras realizaram uma revisão da literatura, buscando, em periódicos indexados e teses, estudos brasileiros que enfocassem a avaliação na esquizofrenia, utilizando testes psicológicos projetivos e expressivos, entre os quais o Teste Palográfico. As autoras frisaram a importância desses instrumentos no diagnóstico, embora tenham encontrado um baixo número de estudos que os utilizavam, priorizando, em sua maioria, o Teste de Rorschach. Não foram encontrados estudos que haviam feito uso do HTP, do Teste Palográfico, do PMK e do Zulliger, o que sugere a necessidade de mais pesquisas na área de psicopatologia e avaliação psicológica.

O estudo de Nakano e Sampaio (2016), por sua vez, buscou comparar o perfil de motoristas infratores, não infratores e os envolvidos em acidentes, no que tange à inteligência, atenção e personalidade. A amostra contou com 319 motoristas que estavam em processo de renovação da CNH ou procuravam obter aprovação para outra categoria de automóveis. Foram aplicados um teste de atenção, um teste não verbal de inteligência e o Teste Palográfico, com enfoque nas variáveis *Produtividade* e *NOR*. As autoras apontaram que quanto maior a produtividade, maior a capacidade de adaptação a novas situações e à resolução de problemas.

Elas constataram, como Alves e Esteves (2009), a influência da escolaridade nos resultados. Quanto maior o nível de escolaridade, maior a *Produtividade* e menor o *NOR*, e elaboraram sua análise estatística considerando essa variável. As pesquisadoras concluíram que, diferentemente do esperado, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos (infratores, não infratores e envolvidos em acidentes) em relação a atenção, inteligência e personalidade. Apenas a escolaridade teve impacto nas medidas de

*Produtividade* do Palográfico e de inteligência, que também foi avaliada. O estudo aponta para a dificuldade do campo da Psicologia do Trânsito para estabelecer critérios para diferenciar grupos de risco. Contudo, é importante ressaltar que não foram avaliadas todas as variáveis do teste, principalmente as medidas mais diretamente relacionadas à personalidade, o que torna o resultado obtido em parcial, sendo necessária uma avaliação completa para conclusões mais consistentes.

Silva e Rueda (2016) realizaram um estudo para verificar evidências de validade entre duas técnicas expressivas, o PMK e o Teste Palográfico, acreditando que, por se tratar de dois testes gráficos expressivos, haveria convergência dos resultados. Tanto no Teste Palográfico quanto no PMK foram utilizadas apenas as medidas de agressividade e impulsividade. Buscaram ainda verificar a existência de correlações entre o PMK e duas escalas de autorrelato, a Escala de Tendência à Agressividade (EATA) e a Escala de Avaliação de Impulsividade (EsAvI). Os 300 participantes, com idades entre 18 e 61 anos, em sua maioria do sexo feminino (77,7%), foram submetidos ao PMK e ao Teste Palográfico. Então, uma parte deles também respondeu às escalas supracitadas, sendo 110 respondentes da EATA e 110 da EsAvI. Após a aplicação, os participantes foram divididos nos seguintes grupos: impulsivos, normais e rígidos, a partir dos resultados do PMK. Nas comparações realizadas que envolveram o Teste Palográfico, os resultados apontaram para ausência de correlações positivas e significativas nas medidas de agressividade do PMK e na variável *Porcentagem de Ganchos* no Palográfico, e associações fracas das medidas de *Impulsividade* nos dois testes.

Nas comparações que incluíam as escalas também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nos fatores de agressividade e impulsividade, assim como não houve correlação entre o PMK e as escalas. Os autores retomam o que já foi descrito na literatura sobre as diferenças dos testes no modo de apreensão das características de personalidade, o que torna as associações entre medidas objetivas e técnicas não estruturadas baixas ou ausentes. Frisam ainda que medidas diferentes de um mesmo constructo, que apresentem baixa correlação, não necessariamente significam um problema de validade. Pontuam também a necessidade de mais investigações com grupos clínicos, visto que, assim, talvez possam ser encontradas evidências de validade para o teste estudado.

Lima et al. (2017) investigaram a influência da idade na execução do Teste Palográfico, a fim de verificar a necessidade de normas específicas para pessoas maiores de 60 anos, visto que as normas vigentes variam entre 18 e 60 anos. Para tanto, compararam, por

faixa etária, uma amostra de 227 pessoas, com idades entre 18 e 80 anos, sendo 90,7% do sexo masculino. Como resultados, os autores destacam que foram encontradas diferenças significantes em algumas variáveis, bem como foi constada correlação entre a idade e as medidas do teste. Foi possível averiguar que existe uma clara tendência de queda da *Produtividade* com o aumento da idade. Também foi observado que, no geral, os maiores de 60 anos apresentaram médias maiores nas variáveis *Inclinação* e *Margem Direita* e médias menores na *Margem Superior*. O estudo aponta que é preciso considerar que a personalidade se modifica com o aumento da idade, e que são necessárias pesquisas com ampliação da amostra para subsidiar conclusões mais sólidas sobre a necessidade de normas específicas por idade.

Bannach e Bianchi (2020), a partir de questionamentos acerca da formação profissional em avaliação psicológica, se propuseram a investigar como os psicólogos vêm realizando a correção do Teste Palográfico na prática clínica. Por meio de um questionário elaborado pelas autoras, buscaram compreender aspectos da correção que envolvem tempo e materiais usados, bem como as variáveis do teste analisadas pelos profissionais. Participaram da pesquisa 295 psicólogos, com idades entre 26 e 66 anos, sendo 94,9% do sexo feminino, do estado do Paraná.

Entre os resultados, destaca-se, como um dado alarmante, o tempo relatado para correção do protocolo, que variou entre dois e 120 minutos, com média de cerca de 20 minutos, sendo que 50% dos psicólogos levam até 15 minutos na correção. Esse dado revela que há profissionais que apenas olham o teste e não realizam a correção integralmente. Em referência aos materiais utilizados para corrigir o teste, apenas 3,9% citaram usar o SKIP (2015) na correção, o que sugere que a grande maioria realiza a correção manualmente. Entre os que não usam a ferramenta informatizada, foi observado que cerca de 22% dos psicólogos afirmaram não usar régua e 70% relataram não usar transferidor, enquanto apenas 51,5% citaram o manual como material para a correção. As autoras ainda ressaltam, como ponto de preocupação, o fato de que vários psicólogos não corrigem o teste inteiro, visto que nenhuma variável foi escolhida por todos os psicólogos e nenhuma variável foi ignorada por todos, o que afirmou a hipótese de que falta padronização em relação às variáveis consideradas na correção. Ademais, outro ponto de preocupação é que grande parte dos profissionais não soube responder o que avalia cada variável, ou forneceram respostas incorretas. Como conclusão, o estudo reforça a necessidade de melhorias na área de formação profissional e

cita, como limitação do trabalho, o não acompanhamento da correção em si, baseando-se apenas no autorrelato dos profissionais. Ainda assim, foram levantadas preocupações que exigem atenção na área.

A partir dessa revisão, reafirma-se a necessidade de mais pesquisas psicométricas com o teste Palográfico, principalmente levando-se em conta o conjunto de variáveis do teste, visto que, de modo geral, muitos estudos se atêm apenas a uma ou duas características, essencialmente a *Produtividade*.



## **5. OBJETIVOS**

A seguir, são descritos os objetivos do presente estudo, que estão divididos em objetivo geral e objetivos específicos.

### **5.1 Objetivo geral**

- Investigar a validade do Teste Palográfico para avaliar a presença de sinais de depressão em indivíduos depressivos.

### **5.2 Objetivos específicos**

- Estabelecer a existência de diferenças nas medidas do Teste Palográfico entre os grupos deprimido e controle;
- Verificar a existência de correlações entre as medidas do Teste Palográfico e a intensidade de depressão avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).

## 6. MÉTODO

### 6.1 Participantes

A amostra foi composta por 100 adultos alfabetizados, de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade. Metade deles (50 participantes) compôs o grupo clínico, aqui denominado *grupo deprimido*, e a outra metade (50 participantes) constituiu o grupo não clínico, denominado *grupo controle*.

Os 50 participantes do *grupo deprimido* foram recrutados em um ambulatório médico de psiquiatria da rede pública de saúde da cidade de São Paulo. Para ser incluído na pesquisa, o participante deveria estar no início do tratamento para depressão, tendo recebido como hipótese diagnóstica *episódio* ou *transtorno depressivo* (conforme denominação no CID-10) em pelo menos duas avaliações psiquiátricas, ou seja, por dois médicos diferentes, nos seguintes momentos:

- Avaliação realizada em outro serviço, com hipótese diagnóstica descrita no documento de encaminhamento;
- Triagem psiquiátrica no ambulatório;
- 1ª consulta psiquiátrica no ambulatório.

Os dados foram coletados em prontuário eletrônico. Além da avaliação médica, o participante precisou obter 14 pontos ou mais no Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), aplicado pela pesquisadora, sendo este o ponto de corte para depressão (Gorenstein et al., 2014). O uso de medicação psiquiátrica e o histórico de tratamentos anteriores foram mapeados somente para caracterização da amostra.

Os 50 participantes do *grupo controle* foram recrutados por conveniência, ou seja, em contextos diversos, como universidades, por meio de indicações e, principalmente, em uma clínica de avaliação para obtenção e renovação de CNH. Para ser incluído na pesquisa, o participante não poderia ter diagnóstico conhecido de depressão nem estar em uso de medicação psiquiátrica, além de ter sido submetido à entrevista clínica estruturada (vide subseção 6.2 e Anexo B), a fim de serem excluídos quaisquer indícios de diagnóstico psiquiátrico. Em complemento, precisou obter até 13 pontos na pontuação do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), conforme estabelecido pelo manual para provável ausência de depressão (Gorenstein et al., 2014).

Os critérios de exclusão, para todos os participantes, foram: (a) presença ou suspeita de deficiência intelectual; (b) transtornos psicóticos; (c) dependência química; (d) limitação física ou sensorial para a realização do Teste Palográfico. A participação da pesquisa foi voluntária, e a coleta foi realizada na zona norte da cidade de São Paulo, a fim de se buscar uma homogeneidade nas variáveis sociodemográficas.

### **Dados sociodemográficos da amostra estudada**

A amostra geral foi composta, em sua maioria, por participantes do sexo feminino (73%). As idades variaram entre 18 e 59 anos ( $M=34,94$  anos;  $DP=12,03$ ). Com relação à escolaridade, 10% completaram o ensino fundamental, 61% o ensino médio e 29% o ensino superior. Os participantes da pesquisa não foram pareados em função da escolaridade, em virtude de dificuldades para recrutar participantes com escolaridade equivalente ao ensino fundamental. Como essa variável não apresenta interferência na maior parte das medidas do Teste Palográfico (Alves & Esteves, 2019) – apenas as variáveis *Produtividade* e *NOR*, menos relacionadas à personalidade, apresentam diferença em função da escolaridade –, ela foi determinada para caracterização da amostra e analisada pontualmente no trabalho.

No *grupo deprimido*, 50% (25 participantes) tinham sido encaminhados para tratamento via Unidade Básica de Saúde (UBS), 28% (14 participantes) eram pacientes provenientes do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte (PAI-ZN), 20% (10 participantes) tinham sido encaminhados por outro serviço ambulatorial (AE, AME, AMA) e 2% (1 participante) eram provenientes de hospitais gerais.

No *grupo controle*, os 50 participantes foram recrutados, em sua maioria (62%), em uma clínica de avaliação psicotécnica para obtenção e/ou renovação da CNH. Os outros 38% foram recrutados por conveniência: alguns foram abordados em bibliotecas e espaços de circulação em universidades; outros foram indicados por pessoas conhecidas da pesquisadora e demonstraram interesse em participar da pesquisa.

A Tabela 1, apresentada a seguir, mostra a distribuição das características sociodemográficas.

Tabela 1 – Distribuição da amostra em função de sexo, idade e escolaridade

| <b>Variáveis</b>    | <b>Deprimido</b> | <b>Controle</b> | <b>Total</b>  |
|---------------------|------------------|-----------------|---------------|
| <b>Sexo</b>         | <b>(n) %</b>     | <b>(n) %</b>    | <b>(n) %</b>  |
| Feminino            | (40) 80          | (33) 66         | (73) 73       |
| Masculino           | (10) 20          | (17) 34         | (27) 27       |
| <b>Idade</b>        | <b>M (DP)</b>    | <b>M (DP)</b>   | <b>M (DP)</b> |
| 18 a 59 anos        | 38,4 (11,29)     | 31,48 (11,85)   | 34,94 (12,03) |
| <b>Escolaridade</b> | <b>(n) %</b>     | <b>(n) %</b>    | <b>(n) %</b>  |
| Fundamental         | (7) 14           | (3) 6           | (10) 10       |
| Médio               | (33) 66          | (28) 56         | (61) 61       |
| Superior            | (10) 20          | (19) 38         | (29) 29       |

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

Também foi investigado o histórico de tratamento psiquiátrico, cujos dados são mostrados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da amostra em relação a tratamento psiquiátrico anterior

| <b>Tratamento psiquiátrico anterior</b> | <b>Deprimido</b> | <b>Controle</b> | <b>Total</b> |
|---|------------------|-----------------|--------------|
|   | <b>(n) %</b>     | <b>(n) %</b>    | <b>(n) %</b> |
| Sim                                     | (22) 44          | (2) 4           | (24) 24      |
| Não                                     | (28) 56          | (48) 96         | (76) 76      |
| <b>Se sim, quando?</b>                  | <b>(n) %</b>     | <b>(n) %</b>    | <b>(n) %</b> |
| Até 2014                                | (10) 20          | (2) 4           | (12) 12      |
| 2015-2016                               | (5) 10           |                 | (5) 5        |
| 2017-2019                               | (7) 14           |                 | (7) 7        |

No *grupo controle*, 96% dos participantes nunca haviam realizado tratamento psiquiátrico, enquanto 4% o teriam feito há mais de cinco anos (em datas anteriores a 2014). Entre os *deprimidos*, 44% tinham vivenciado período anterior de adoecimento, com necessidade de acompanhamento psiquiátrico, como apresentado na tabela.

Considerando a amostra total, entre aqueles que já tinham realizado tratamento anteriormente, 21% relataram tê-lo feito de modo bastante irregular. Em termos de duração do acompanhamento psiquiátrico, 37% daqueles que já haviam se tratado o fizeram por menos de

um ano, 21% realizaram tratamento por um ano e 21% por tempo superior (entre 16 meses e 10 anos). Tais dados não serão explorados neste trabalho, mas levantam questões a serem investigadas em estudos futuros a respeito do perfil desses indivíduos, tipo e efetividade das abordagens de tratamento e a recorrência do adoecimento.

Outro dado pesquisado entre os participantes, que também foi coletado para caracterização da amostra, refere-se ao uso de medicação psiquiátrica – fator que não constituiu empecilho à inclusão na pesquisa, no caso de participantes do grupo clínico, mas foi critério de exclusão para o *grupo controle*. A Tabela 3 apresenta os dados de comparação relativos ao uso de medicação psiquiátrica. No presente estudo, não foram apresentadas comparações dos resultados, levando em conta o uso e o não uso de medicação psiquiátrica.

Tabela 3 – Distribuição da amostra em função do uso de medicação

| Uso de medicação psiquiátrica | Deprimido | Controle | Total   |
|-------------------------------|-----------|----------|---------|
|                               | (n)%      | (n) %    | (n) %   |
| Sim                           | (23) 46   | (0) 0    | (23) 23 |
| Não                           | (27) 54   | (50) 100 | (77) 77 |

## 6.2 Instrumentos e materiais

Para a realização da pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):** Redigido em conformidade com as normas das Resoluções 466/12 e 510/16 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/EACH/USP 05169018.9.0000.5390), conforme sistema da Plataforma Brasil (Anexo A).

b) **Entrevista clínica estruturada:** Baseada na SCID-NP, citada por Conti (2014), proposta por Othmer e Othmer (2002), com base no DSM-IV e alterada pela pesquisadora, a partir da versão SCID-5-CV (2017), a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 – Versão Clínica (Anexo B).

A entrevista foi realizada apenas com o *grupo controle*, para investigação de indícios de adoecimento emocional, visto que se trata de um roteiro de perguntas voltadas à coleta de dados sobre a presença de transtornos psiquiátricos e prejuízos funcionais. Os quadros

psicopatológicos investigados pela entrevista estruturada são: transtorno cognitivo, deficiência intelectual, transtornos por uso de substâncias, transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade (transtorno de pânico, fóbico, ansiedade social, ansiedade generalizada), transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de somatização, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de adaptação.

c) **Teste Palográfico:** Teste psicológico expressivo, com limite de tempo. Foram empregadas as instruções padronizadas e utilizada aplicação individual e coletiva.

d) **Inventário de Depressão de Beck (BDI-II):** Inventário com 21 questões de múltipla escolha, que avaliam como o indivíduo se sentiu nas duas últimas semanas, a fim de medir a presença e intensidade de sintomas de depressão. Foram empregadas as instruções padronizadas, e o inventário foi preenchido pelo próprio participante.

e) **Questionário sociodemográfico:** Usado para caracterizar a amostra em relação ao sexo, idade, escolaridade, histórico de tratamento e uso de medicação (Anexo C).

### 6.3 Procedimentos

A coleta dos dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP (EACH/USP), sob o número 05169018.9.0000.5390, e após aprovação da instituição coparticipante, o Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur.

A aplicação do protocolo de pesquisa foi realizada pela pesquisadora nos grupos *deprimido* e *controle* concomitantemente. Foram informados a todos os participantes o propósito e os benefícios da pesquisa para a comunidade científica. Cabe pontuar que a pesquisa oferecia risco mínimo, mas também foi explicado o compromisso ético, estabelecido com eles, de sigilo sobre a identificação dos participantes, bem como da prestação de atendimento e encaminhamento, em caso de mobilização de angústia durante a realização da pesquisa. Para cada participante foi entregue uma cópia assinada do protocolo e lido o TCLE (Anexo A). Esclareceu-se ainda que qualquer participante poderia retirar, a qualquer momento, o seu consentimento referente à utilização de seus dados, sem que isso resultasse em qualquer tipo de penalidade. Não ocorreram pedidos dessa natureza.

Para a composição do *grupo deprimido*, foi realizado um levantamento, no setor de gerenciamento de dados do ambulatório, sobre casos novos que haviam recebido hipótese diagnóstica de depressão na triagem semanal. Em seguida, via sistema de regulação do serviço, foram verificadas as datas em que tais indivíduos compareceriam à primeira consulta médica, para que então fossem convidados a participar da pesquisa. Também foram incluídas pessoas indicadas diretamente pelos psiquiatras ou por outros profissionais, atendidas por grupos de acolhimento da unidade. A pesquisadora também esteve presente em alguns grupos de acolhimento e fez convites diretos a alguns participantes, após verificar a compatibilidade entre os perfis e a pesquisa.

O convite e a aplicação do protocolo de pesquisa ocorreram após a consulta de triagem ou primeira consulta com o psiquiatra, no próprio serviço, individualmente, em uma sala de atendimento clínico, com ambiente tranquilo e iluminado e em um único dia. Depois da assinatura do TCLE, foram aplicados o Teste Palográfico, o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e o questionário sociodemográfico, nessa ordem. O preenchimento do inventário e do questionário foi feito pelo próprio participante, mediante auxílio na eventualidade de surgirem dúvidas. Apesar da pesquisa em si oferecer risco mínimo para os participantes, o fato de eles estarem iniciando um tratamento psiquiátrico evidenciava a existência de um sofrimento iminente, a ser cuidado nos espaços promovidos pela instituição. Ainda assim, a pesquisadora permaneceu atenta aos possíveis desconfortos ou impactos durante a realização da pesquisa, e os participantes foram informados sobre a possibilidade de interromper, adiar e/ou cancelar a participação, com suporte, caso fosse necessário. No entanto, não ocorreu nenhuma solicitação dessa natureza.

Por esta ser uma pesquisa transversal, comparando deprimidos com controles, não foi abordada a questão do tratamento e sua evolução no tempo. Foram realizadas 55 aplicações no *grupo deprimido*, mas excluídos cinco protocolos, pelos seguintes motivos: uma paciente tinha queixas convulsivas e foi levantada dúvida sobre histórico de um possível traumatismo-cérebro-encefálico; uma paciente não recebeu diagnóstico de transtorno depressivo em dois momentos da avaliação, conforme critério relatado; duas pessoas não alcançaram o mínimo de pontos para o diagnóstico de depressão no BDI-II; um protocolo do Teste Palográfico foi invalidado por ter havido interrupção no processo da aplicação. O processo acarretou cinco exclusões ao todo. Vale destacar a dificuldade em obter participantes do sexo masculino para

o *grupo deprimido*, em virtude da menor entrada de homens no serviço e, frequentemente, com outros diagnósticos.

No caso do *grupo controle*, os participantes que foram recrutados na clínica de avaliação para o trânsito participaram da pesquisa após a finalização do processo de exame psicotécnico. Nesse local, o Teste Palográfico era um dos instrumentos já utilizados, e a pesquisadora acompanhou a aplicação do teste (neste caso, coletiva) realizada pelas avaliadoras da clínica. Ao final do exame, foi feito o convite para aqueles que estivessem dispostos a colaborar com a pesquisa, após o esclarecimento de que o processo da avaliação de trânsito estava finalizado e que a não aceitação para colaborar na pesquisa não teria influência sobre a obtenção da CNH. Para os candidatos que aceitaram, as etapas seguintes da pesquisa foram realizadas individualmente. Foi explicado o objetivo da pesquisa e os cuidados éticos, bem como lida, assinada e entregue uma cópia do TCLE. Na sequência, a pesquisadora realizou a entrevista clínica estruturada, para rastreamento de possíveis sinais de adoecimento psíquico. Depois, os próprios participantes responderam ao Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e o questionário sociodemográfico, mediante auxílio quando necessário.

Os participantes que foram recrutados por conveniência, em outros contextos, para o *grupo controle* compareceram ao consultório da pesquisadora ou participaram da pesquisa em salas da biblioteca nas universidades, onde foram abordados e convidados para participação no estudo. Em todas as situações foram utilizados ambientes silenciosos, bem-iluminados e com privacidade. Para compor o *grupo controle*, foram realizadas 56 aplicações; entretanto, duas delas foram anuladas por estarem incompletas e quatro foram retiradas por terem obtido um total de pontos superior a 13, pontuação indicativa de depressão no BDI-II.

#### **6.4 Análise dos dados**

Os testes foram corrigidos conforme as especificações nos respectivos manuais. Para a correção dos dados do Teste Palográfico foi utilizada a ferramenta informatizada SKIP (2015). Cada protocolo foi escaneado e corrigido conforme orientação fornecida pela Editora Vetor, responsável pela comercialização do teste. Isso otimizou o trabalho e assegurou a padronização da correção. Foram consultadas as tabelas normativas referentes à região sudeste do país, uma vez que a pesquisa ocorreu em São Paulo. Os protocolos do Teste



Palográfico foram avaliados aleatoriamente, misturando os participantes de ambos os grupos, a fim de que o processo de correção não tivesse influência nos resultados.

Para a análise dos resultados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS Statistics, versão 22, de 2013 (IBM – SPSS Statistics – Version 22), adotando como critério o nível de significância de 5% (0,05), com intervalo de confiança de 95% (0,95).

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva para caracterização da amostra a partir da distribuição de frequências brutas e percentuais, medidas de tendência central, amplitude e dispersão. Em seguida, foram realizadas as comparações entre as médias dos dois grupos nas medidas do Teste Palográfico. As variáveis quantitativas analisadas foram: *Produtividade (Total e por intervalo de tempo)*, *NOR*, *Distância entre Palos*, *Direção das Linhas*, *Distância entre Linhas*, *Inclinação*, *Tamanho dos Palos*, *Impulsividade*, *Margens (Superior, Esquerda e Direita)* e *Porcentagem de Ganchos*. Também foram realizadas análises qualitativas da *Pressão e Qualidade do Traçado*, bem como das outras variáveis.

As médias dos grupos foram comparadas por meio do teste *t* independente. Também foram comparadas as amostras feminina e masculina separadamente, ainda que a amostra masculina tenha sido pequena para conclusões estatisticamente significativas. Isso também ocorreu com a escolaridade, que só foi levada em consideração na análise pontual da variável *Produtividade*. Então, foram calculadas as correlações entre a pontuação do BDI-II e as medidas do Teste Palográfico, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson (*r*), para verificar se haveria relação entre a intensidade de depressão e as medidas expressivas.

A classificação adotada, nas análises de correlação, foi o critério proposto por Dancey e Reidy (2006), que assume as relações com valores iguais a +/-1 como equivalentes a relações perfeitas, enquanto relações com valor zero indicam ausência de correlação. Esses autores classificam as correlações como *fortes* (com valores entre +/- 0,7 a +/- 0,9), relações *moderadas* (entre +/- 0,4 e +/- 0,6) e relações *fracas* (com valores entre +/- 0,1 e +/- 0,3). Ainda assim, é importante considerar que, na literatura, a magnitude dos coeficientes de correlação obtidos em estudos de validade de testes em pesquisas médicas e psicológicas costumam situar-se na faixa entre 0,15 e 0,30 (Meyer et al., 2001). Em complemento, Guilford (1950, citado por Conti, 2014) aponta que qualquer coeficiente de correlação que não é zero e que é estatisticamente significativo indica algum grau de relação entre as duas variáveis.

## 7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados será feita pela apresentação dos dados coletados pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e, na sequência, serão abordados o Teste Palográfico e a análise de correlação entre os dois.

### 7.1 Dados do BDI-II

Na Tabela 4 são apresentados os dados de distribuição do BDI-II na amostra estudada. De acordo com a classificação da pontuação do teste, são considerados deprimidos *leves* aqueles que pontuaram entre 14 e 19 pontos, *moderados* entre 20 e 28 pontos e *graves* com 29 pontos ou mais. Assim, nesta pesquisa o *grupo deprimido* foi composto por 3 (6,0%) deprimidos leves, 10 (20,0%) moderados e 37 (74,0%) graves.

Tabela 4 – Distribuição da pontuação da amostra no Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) em função do grupo

| <b>BDI-II</b>                     | <b>Deprimido<br/>n=50</b> | <b>Controle<br/>n=50</b> |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <b>Pontuação bruta</b>            | <b>Pontos</b>             | <b>Pontos</b>            |
| Mínima                            | 16                        | 0                        |
| Máxima                            | 57                        | 12                       |
| Média (DP)                        | 35,88 (10,09)             | 4,66 (3,56)              |
| <b>Classificação da depressão</b> | <b>(n) %</b>              | <b>(n) %</b>             |
| Mínimo (0 a 13 pontos)            | -                         | (50) 100                 |
| Leve (14 a 19 pontos)             | (3) 6                     | -                        |
| Moderado (20 a 28 pontos)         | (10) 20                   | -                        |
| Grave (29 a 63 pontos)            | (37) 74                   | -                        |

Conforme disposto na Tabela 4, o *grupo deprimido*, composto por 50 participantes, apresentou no BDI-II uma pontuação variando entre o mínimo de 16 e o máximo de 57 pontos, com média de 35,88 e desvio padrão de 10,09. Enquanto isso, o *grupo controle*, com 50 participantes, apresentou no BDI-II uma pontuação entre o mínimo de 0 e o máximo de 12 pontos, com média de 4,66 e desvio padrão de 3,56.

### **Perfil do grupo deprimido segundo o BDI-II**

Alterações no padrão de sono foram relatadas por 49 (98,0%) dos deprimidos, sendo que 35 (70,0%) mencionaram diminuição e 14 (28,0%) informaram aumento do tempo de sono. Alterações no padrão alimentar também foram queixas frequentes, surgindo em 47 (94,0%) relatos, entre os quais 24 (48,0%) apontaram diminuição do apetite e 23 (46,0%), indicaram aumento.

Ao todo, 49 (98,0%) participantes deprimidos informaram perda de prazer e 47 (94,0%), perda de energia – destes, 10 (20,0%) relataram não ter energia para nada. Em paralelo, 45 (90,0%) relataram perda de interesse pelas pessoas ou atividades e 35 (70,0%) notaram diminuição no interesse por sexo.

Aumento de irritabilidade, cansaço ou fadiga foram queixas apresentadas por 47 (94,0%) pessoas deste grupo. Já as queixas referentes a prejuízo na concentração e aumento na agitação foram apontadas por 49 (98,0%) e 43 (86,0%), respectivamente.

A maioria dos participantes – 45 (90,0%) deles – apontou aumento de tristeza, pessimismo, sentimento de culpa, autocrítica, indecisão e vontade de chorar. Constatou-se ainda que pelo menos 40 (80,0%) dos deprimidos já tinham vivenciado sentimentos de fracasso, pensamentos de menos valia e baixa autoestima, enquanto 37 (74,0%) revelaram o sentimento de que poderiam ser ou estavam sendo punidos. Além disso, 30 (60,0%) pessoas do grupo informaram ter apresentado pensamentos ou desejos suicidas na última quinzena, antes da entrevista.

### **Perfil do grupo controle segundo o BDI-II**

No *grupo controle*, 29 (58,0%) participantes relataram alteração de sono, sendo que 19 deles (38,0%) mencionaram diminuição; os demais, 10 (20,0%) apresentaram aumento do tempo de sono. Quanto à alimentação, 28 (56,0%) participantes do *grupo controle* não observaram mudança recente no apetite; entre os demais, 16 (32,0%) indicaram aumento no apetite e 6 (12,0%), diminuição.

Em relação à avaliação sobre perda de prazer, interesse por pessoas ou atividades e interesse por sexo, ao menos 43 (86,0%) dos participantes do *grupo controle* não sentiram alteração recente nessas áreas, embora 22 (44,0%) tenham descrito perda de energia, na comparação com o habitual.

De modo complementar, 44 (88,0%) dos controles relataram ter mantido a capacidade de concentração, e pelo menos 37 (74,0%) não observaram aumento de irritabilidade, choro ou de agitação. Contudo, 18 (36,0%) informaram aumento de cansaço ou fadiga.

Ainda neste grupo, 35 (70,0%) pessoas não se sentiram mais autocríticas do que antes nem mais indecisas, bem como 43 (86,0%) não apresentaram pensamentos de culpa. Quanto aos sentimentos de fracasso ou punição, ao menos 48 (96,0%) participantes do *grupo controle* relataram não ter experimentado tais sentimentos recentemente. Além disso, 46 (92,0%) afirmaram não terem sentido alterações na autoestima nem pensamentos de desvalorização, tristeza ou pessimismo sobre o futuro. Nenhum participante deste grupo relatou pensamentos ou desejos suicidas.

### Comparação entre homens e mulheres deprimidos

Na comparação entre homens e mulheres deprimidos, verificou-se diferença estatisticamente significativa na pontuação do BDI-II. Os resultados das 40 mulheres deprimidas foram comparados aos dos 10 homens deprimidos. As mulheres atingiram, em média, maior pontuação no inventário de depressão do que os homens. Enquanto elas variaram sua pontuação entre mínimo de 16 e máximo de 57 pontos, com média 37,45 e desvio padrão de 10,18 pontos, eles apresentaram uma pontuação compreendida entre 19 e 41, com média 29,6 e desvio padrão de 7,05. É importante ressaltar que o número de homens deste estudo pode ser considerado baixo para o estabelecimento de conclusões robustas, mas pode ser relevante para apontar a necessidade da realização de estudos futuros sobre o tema. A Tabela 5 apresenta os resultados desta comparação.

Tabela 5 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância da pontuação do BDI-II em função do sexo no grupo deprimido

| BDI-II                 | Mulheres Deprimidas |     |       |       | Homens Deprimidos |     |       |      | Teste <i>t</i> | Sig (p)      |
|------------------------|---------------------|-----|-------|-------|-------------------|-----|-------|------|----------------|--------------|
|                        | n= 40               |     |       |       | n =10             |     |       |      |                |              |
|                        | Mín                 | Máx | M     | DP    | Mín               | Máx | M     | DP   |                |              |
| <b>Pontuação bruta</b> | 16                  | 57  | 37,45 | 10,18 | 19                | 41  | 29,60 | 7,05 | 2,294          | <b>0,026</b> |

Legenda: Mín= mínimo; Máx = máximo; *t* = *t* de Student; p = nível de significância; Negrito = valor estatisticamente significativo a 0,05

Conforme indicado na Tabela 5, as mulheres deprimidas relataram, em média, maior intensidade e, portanto, possivelmente maior gravidade de sintomas depressivos do que os homens deprimidos, de acordo com o BDI-II, com diferença significativa.

Na literatura, foram localizadas pesquisas voltadas para a compreensão das diferenças entre homens e mulheres relacionadas à depressão. As pesquisas mostram que a frequência de mulheres deprimidas é maior do que a dos homens (WHO, 2017), podendo ser o dobro (Sadock & Sadock, 2007) ou até o triplo na fase entre os 18 e 29 anos de idade (Moreno & Carneiro, 2016). As explicações para essas diferenças não devem ser reducionistas, e sim multifatoriais, incluindo tanto fatores genéticos e fisiológicos, como os hormonais, quanto os fatores psicológicos e sociais, que abrangem a desigualdade em relação aos direitos e às responsabilidades entre homens e mulheres na sociedade contemporânea (Marques-Teixeira, 1998; Justo & Calil, 2006; Solomon, 2014; Gonçalves, 2018).

Ademais, a diferença da incidência de depressão entre homens e mulheres não se sustenta quando são considerados outros quadros clínicos excluídos do espectro depressivo, ou seja, as “máscaras depressivas” (abuso ou dependência de álcool e depressões bipolares), bem como comportamentos antissociais e tentativas de suicídio (Marques-Teixeira, 1998).

Neste estudo, foi fácil observar que mais mulheres procuram os serviços de saúde para tratamento, confirmando o que havia sido descrito por Andrade et al. (2011). Assim, foi constatada a dificuldade de obter participantes do sexo masculino para compor a amostra deprimida, o que já tinha sido relatado por Conti (2009, 2014). Em geral, as mulheres reconhecem e confirmam mais facilmente a presença de sintomas depressivos (APA, 2014). Contudo, isso talvez ocorra porque, possivelmente, existe um viés de gênero presente nos manuais de classificação diagnóstica, os quais não contemplam a variabilidade de expressões dos sintomas da depressão masculina, considerando que o homem aprende desde a tenra infância a não demonstrar fragilidades e que as pesquisas publicadas não realizam análises aprofundadas sobre os aspectos subjetivos do fenômeno depressivo nos homens (Windmoller & Zabello; 2016).

Também são levantadas na literatura diferenças entre homens e mulheres relativas à depressão, que podem ocorrer na forma de vivenciar (sentir, perceber, julgar) e no modo de expressá-la (lidar, buscando externalizar ou internalizar). Além disso, formas de avaliar a depressão tendem a ser mais sensíveis para determinados aspectos, e não para outros (Baptista et al., 1999). Ainda segundo esses autores, enquanto as mulheres apresentam mais alterações

somáticas (sono, alimentação e peso), os homens informam mais sintomas cognitivos, ligados a autopunição e culpa.

O presente estudo não teve como objetivo comparar os resultados dos participantes em função do sexo, mas realizou comparações do comportamento expressivo entre a amostra feminina (mulheres deprimidas e controles). As comparações entre a amostra masculina foram efetuadas, mas, em virtude do tamanho da amostra, os resultados contêm ressalvas, sugerindo-se investigações futuras.

## **7.2 Análise do Palográfico**

Em alinhamento com os objetivos do presente trabalho, os resultados referentes ao Teste Palográfico são apresentados a seguir.

Inicialmente, são comparadas as médias dos grupos deprimido e controle nas variáveis propostas como indicadores de depressão, por Alves e Esteves (2019). Na sequência, são mostradas as análises de outras variáveis que foram sensíveis para avaliar a presença de depressão e diferenciar os grupos. Em seguida, estão dispostos os resultados das variáveis que demonstraram diferença significativa apenas na comparação da amostra feminina. Por fim, estão descritas as análises das correlações entre o Teste Palográfico e o BDI-II. Assim, a apresentação dos resultados segue esta sequência:

- **1ª etapa: Variáveis propostas como indicadores de depressão**  
(*Tamanho dos Palos, Direção das Linhas e Pressão e Qualidade do Traçado*)
- **2ª etapa: Variáveis que apresentaram diferenças significantes entre os grupos**  
(*Inclinação, Porcentagem de Ganchos e Produtividade*)
- **3ª etapa: Variáveis que mostraram diferenças significantes na amostra feminina**  
(*Impulsividade, Distância entre Palos e Distância entre Linhas*)
- **4ª etapa: Correlação entre medidas do Palográfico e pontuação do BDI-II**  
(*Todas as variáveis do Palográfico*)

## **1ª etapa – Variáveis propostas como indicadores de depressão**

Segundo Alves e Esteves (2019), no Teste Palográfico as seguintes medidas estão alteradas na depressão:

- 1) *Tamanho do Palo (Diminuído)*;
- 2) *Direção das Linhas ou Alinhamento (Descendente)*;
- 3) *Pressão e Qualidade do Traçado (Traços brandos, frouxos ou curvos)*.

Os resultados destes indicadores serão apresentados a seguir.

### ▪ 1) *Tamanho dos Palos*

Como mencionado anteriormente, a variável *Tamanho dos Palos* representa a autoestima e o grau de autovalorização ou desvalorização do indivíduo (Vels, 1982) e o modo como ele lida com as pressões do ambiente a sua volta (Van Kolck, 1984). As medidas de *Tamanho dos Palos* são mensuradas em milímetros e incluem as médias de *Tamanho Menor*, *Tamanho Médio* e *Tamanho Maior*.

Na depressão, é comum o indivíduo apresentar baixa autoestima, sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo, bem como avaliações negativas e até irrealistas do próprio valor. Também é frequente a presença de preocupações, culpa ou ruminções sobre pequenos fracassos do passado e a busca por evidências de defeitos pessoais (APA, 2014). No Teste Palográfico, espera-se, assim como nas técnicas gráficas, que, em indivíduos deprimidos, as medidas de *Tamanho dos Palos* sejam predominantemente diminuídas (Alves & Esteves, 2019), o que indicaria sentimentos de inadequação e inferioridade, inibição, dependência emocional e tendência a ao retraimento (Hammer, 1981; Van Kolck, 1981, 1984; Buck, 2003), bem como precaução e falta de confiança em si (Minicucci, 2002, citado por Alves e Esteves, 2019). A Tabela 6 apresenta os resultados encontrados na comparação dos grupos para esta variável.

Tabela 6 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Tamanho dos Palos* em função do grupo, em milímetros

| Tamanho dos Palos | Deprimido |       |       |      | Controle |       |       |      | Teste <i>t</i> | Sig (p) |
|-------------------|-----------|-------|-------|------|----------|-------|-------|------|----------------|---------|
|                   | n = 50    |       |       |      | n =50    |       |       |      |                |         |
|                   | Mín       | Máx   | M     | DP   | Mín      | Máx   | M     | DP   |                |         |
| <b>Menor</b>      | 2,30      | 6,90  | 4,57  | 1,20 | 2,30     | 8,90  | 4,88  | 1,30 | -1,232         | 0,221   |
| <b>Médio</b>      | 4,80      | 14,10 | 7,32  | 1,86 | 4,70     | 11,90 | 7,35  | 1,71 | -0,084         | 0,933   |
| <b>Maior</b>      | 6,40      | 28,50 | 10,78 | 3,49 | 6,30     | 17,00 | 10,23 | 2,68 | 0,884          | 0,379   |

Legenda: Mín= mínimo; Máx = máximo; *t* = *t* de Student; *p* = Nível de significância

Inicialmente, na comparação entre os grupos deprimido e controle, foi observado que a amplitude de valores de *Tamanho dos Palos* foi maior nos deprimidos, variando entre 2,30 mm e 28,50 mm, com média de 7,32 mm e desvio padrão de 1,86 mm, enquanto que no grupo controle, o comprimento dos palos variou entre um mínimo de 2,30 mm e um máximo de 17,00 mm, com média 7,35 mm e desvio padrão de 1,71 mm, como apresentado na Tabela 6.

Observou-se, então, que as médias do *grupo deprimido* foram menores do que as do *grupo controle* nas medidas de *Tamanho Menor* (4,57 e 4,88 mm respectivamente) e *Tamanho Médio* (7,32 e 7,35 mm respectivamente). Já a média do *Tamanho Maior* foi mais alta no *grupo deprimido* do que no controle (10,78 e 10,23 mm respectivamente). Assim, duas medidas do *Tamanho dos Palos* se mostraram menores no *grupo deprimido* e uma medida se mostrou maior. No entanto, as diferenças não se mostraram estatisticamente significantes ( $p > 0,05$ ).

Na comparação com a amostra normativa, as médias de *Tamanho Menor* e *Tamanho Médio* nos dois grupos foram classificadas como *normal/média*, o que indica equilíbrio, ponderação, constância afetiva. Entretanto, a média de *Tamanho Maior* dos deprimidos foi classificada como *aumentada*, o que sugere autovalorização, vaidade, ausência de sentido crítico, autoritarismo e excitabilidade (Minicucci, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019).

De acordo com esses resultados, portanto, na comparação entre os grupos, o *grupo deprimido* apresentou valores menores e maiores dos *Tamanhos dos Palos* mais extremos, ainda que não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos.



### Tamanho dos Palos na comparação entre mulheres deprimidas e mulheres controles

As medidas do *Tamanho dos Palos* também foram comparadas separadamente por sexo. Segundo Alves e Esteves (2019), são esperadas diferenças significantes entre homens e mulheres na variável *Tamanho dos Palos*. Primeiramente, foram comparados os resultados das 40 mulheres deprimidas com os das 33 do *grupo controle*, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Tamanho dos Palos* na amostra feminina em função do grupo, em milímetros

| Tamanho dos Palos | Mulheres Deprimidas |       |       |      | Mulheres Controles |       |      |      | Teste <i>t</i> | Sig (p)      |
|-------------------|---------------------|-------|-------|------|--------------------|-------|------|------|----------------|--------------|
|                   | n= 40               |       |       |      | n =33              |       |      |      |                |              |
|                   | Mín                 | Máx   | M     | DP   | Mín                | Máx   | M    | DP   |                |              |
| <b>Menor</b>      | 2,30                | 6,90  | 4,62  | 1,22 | 2,30               | 7,30  | 4,68 | 1,07 | -0,240         | 0,811        |
| <b>Médio</b>      | 4,80                | 14,10 | 7,47  | 1,96 | 4,70               | 10,40 | 6,97 | 1,33 | 1,282          | 0,204        |
| <b>Maior</b>      | 6,90                | 28,50 | 11,04 | 3,76 | 6,30               | 15,00 | 9,50 | 2,01 | 2,114          | <b>0,038</b> |

Na amostra feminina, também, a amplitude dos valores de *Tamanho dos Palos* foi maior para as mulheres deprimidas do que para as mulheres controles, variando entre 2,30 mm e 28,50 mm, no primeiro grupo, e 2,30 mm e 15,00 mm, no segundo.

Conforme disposto na Tabela 7, na comparação entre a amostra feminina ocorreu diferença estatística ( $p=0,038$ ) apenas na variável *Tamanho Maior*, na qual as mulheres deprimidas apresentaram média maior do que as do *grupo controle*. Já nas medidas de *Tamanho Menor* e *Tamanho Médio* não ocorreu diferença significativa ( $p=0,811$  e  $0,204$ ) entres os grupos, na amostra feminina. Na comparação com a amostra normativa do teste, novamente a média do *Tamanho Maior* foi classificada como *aumentada*.

### Tamanho dos Palos na comparação entre homens deprimidos e homens controles

A comparação da amostra masculina também foi realizada; entretanto, como já mencionado, os dados podem ser considerados menos robustos, em virtude do tamanho da amostra. Foram comparados os resultados dos 10 homens deprimidos e 17 do *grupo controle*, em relação às medidas do *Tamanho Menor*, *Tamanho Médio* e *Tamanho Maior*.

Tabela 8 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Tamanho dos Palos* na amostra masculina em função do grupo, em milímetros

| Tamanho dos Palos | Homens Deprimidos<br>n= 10 |       |      |      | Homens Controles<br>n =17 |       |       |      | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>(p)   |
|-------------------|----------------------------|-------|------|------|---------------------------|-------|-------|------|-------------------|--------------|
|                   | Mín                        | Máx   | M    | DP   | Mín                       | Máx   | M     | DP   |                   |              |
| <b>Menor</b>      | 2,80                       | 6,20  | 4,40 | 1,17 | 3,00                      | 8,90  | 5,27  | 1,63 | -1,481            | 0,151        |
| <b>Médio</b>      | 4,90                       | 8,80  | 6,73 | 1,25 | 4,90                      | 11,90 | 8,08  | 2,13 | -2,081            | <b>0,048</b> |
| <b>Maior</b>      | 6,40                       | 11,50 | 9,73 | 1,83 | 6,90                      | 17,00 | 11,64 | 3,26 | -1,952            | 0,062        |

Nas medidas de *Tamanho dos Palos*, os homens com depressão apresentaram valores menores de mínimo e máximo, variando entre 2,80 mm e 11,50 mm, com média de 6,73 mm e desvio padrão de 1,25 mm. Enquanto isso, os homens do *grupo controle* apresentaram valores entre 3,00 mm e 17,00 mm, com média de 8,08 mm e desvio padrão de 2,13 mm.

Entre os homens, embora o total de participantes da amostra tenha sido muito pequeno para atingir significância estatística, em todas as medidas de *Tamanho dos Palos*, os deprimidos apresentaram médias menores. No *Tamanho Médio*, verificou-se diferença estatística significativa ( $p=0,048$ ), indicada na Tabela 8. Na comparação com a amostra normativa, apenas a medida de *Tamanho Maior* dos homens controles foi classificada como aumentada, e todas as outras como normal/média.

Em síntese, ainda que 80% do *grupo deprimido*, no inventário de depressão (BDI-II), tenha relatado sentimento de fracasso, pensamentos de menos valia e baixa autoestima, contra somente 8% no *grupo controle*, isso não se evidenciou nas medidas do *Tamanho dos Palos*, quando considerada a amostra total. Os participantes deprimidos ocuparam as extremidades dos menores e maiores valores de *Tamanho dos Palos*, mas apresentaram médias próximas dos participantes controles, sem diferença estatística entre os grupos.

Na comparação entre a amostra feminina deprimida e controle, curiosamente, a medida de *Tamanho Maior* foi a que se mostrou estatisticamente diferente, sendo que as mulheres deprimidas apresentaram maior média nessa variável. Considerando que elas relataram baixa autoestima, desvalorização e elevados níveis de autocrítica, possivelmente tais resultados evidenciam reatividade, tentativa compensatória de encobrir sentimentos de inadequação, sentimento de frustração frente às pressões do ambiente, evidência de agressividade, descarga motora (Hammer, 1981; Van Kolck, 1981, 1984; Buck, 2003) e menos aspectos ligados a segurança, vaidade e autovalorização, características também

atribuídas ao aumento do tamanho do palo (Minicucci, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019). Em complemento, Grassano (2012) explica que, na situação depressiva, o mecanismo de idealização faz parte das defesas maníacas possíveis. Assim, nos testes gráficos podem ser realizados desenhos de figuras grandes, os quais, na realidade, representam uma fachada defensiva diante do medo de destruição e fraqueza corporal.

Em pesquisa que procurou correlacionar medidas caligráficas de assinaturas com diversos testes de personalidade (Astrom & Thorell, 2008), o fator de depressão foi um dos aspectos investigados, a partir do Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI) (Hathaway & McKinley, 1967). Nesse trabalho, foi verificado que a largura da letra maiúscula do primeiro nome apresentou correlação positiva com o nível da depressão ( $r=0,14$ ;  $p=0,04$ ). Por mais que tal resultado não possa ser relacionado diretamente ao presente estudo, parece haver alguma similaridade do ponto de vista do movimento de expansão, ocorrido na presença de depressão.

Em paralelo, pode-se afirmar que, em termos psicodinâmicos e comportamentais, a depressão pode se apresentar por aceleração, irritação e agitação, tensão e angústia acentuadas (Cheniaux, 2013; Dalgarrondo, 2019), bem como por atividade incessante e busca por objeto de satisfação, também de modo compensatório, em vias de preencher o vazio produzido pela perda de um objeto de amor ou ideal (Berlinck & Fédida, 2000).

Na comparação entre o grupo de homens deprimido e o grupo de homens controle, houve diferença estatística no *Tamanho Médio*, sendo que o *grupo deprimido* apresentou média menor nessa variável, o que indica vivências de retraimento, sentimentos de inadequação, inferioridade e dependência (Hammer, 1981; Van Kolck, 1981, 1984). Entretanto, novamente é importante lembrar que o tamanho da amostra masculina inviabiliza a possibilidade de obter conclusões precisas, mas aponta fortemente para a necessidade de novos estudos.

Constata-se, portanto, que enquanto nas mulheres a amostra deprimida se diferenciou pela presença de reatividade e atitudes compensatórias e defensivas a sentimentos de inadequação e inferioridade, nos homens os deprimidos demonstraram mais vivências de autodepreciação, baixa autoestima e pressão do ambiente. Gorenstein e Andrade (2000) salientam que a experiência depressiva feminina está mais ligada à autodepreciação, enquanto Baptista et al. (1999) destacam que nos homens as vivências frequentemente estão ligadas à culpa e à autopunição. É importante lembrar, como relata Marques-Teixeira (1998), que parte

dos homens depressivos talvez não sejam identificados dentro do espectro depressivo, pois apresentam comportamentos aditivos e antissociais. Entendemos que é possível que esses homens que recebem outros diagnósticos talvez componham uma parcela que, assim como as mulheres avaliadas no presente estudo, vivencia os sentimentos de inadequação, fracasso e baixa autoestima de modo reativo.

Outra consideração importante a fazer é que o dado quantitativo indica a existência de determinadas medidas de *Tamanho dos Palos*, mas não a consistência desta característica ao longo do protocolo. Por isso, a seguir é apresentada a avaliação qualitativa desta variável.

#### Avaliação Qualitativa da variável *Tamanho dos Palos* no Teste Palográfico

Na presente pesquisa, não houve o uso do método de precisão do avaliador (juízes independentes) para a avaliação dos aspectos qualitativos, o que seria mais adequado para tratar de classificações com influência do viés subjetivo. Ainda assim, baseando-se nos parâmetros e exemplos dados por Alves e Esteves (2019), a pesquisadora buscou atribuir as classificações propostas aos protocolos avaliados e trazer estes resultados para serem analisados em conjunto com os dados quantitativos.

As classificações qualitativas referentes ao *Tamanho dos Palos* dizem respeito à análise do todo, são relativas à regularidade ou irregularidade. As classificações podem ser divididas em: *Regular*, *Irregular*, *Crescente*, *Decrescente* e *Tamanhos Grandes e Pequenos Alternados*. De modo geral, a regularidade sugere equilíbrio e adequação. Enquanto isso, a classificação Irregular é indicativa de emotividade e propensão ao desequilíbrio, e a classificação Crescente pode indicar franqueza, liberdade e expansividade, bem como pode estar relacionada à tendência ao exagero e ao pensamento mágico (Minicucci, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019). Já a classificação Decrescente reflete tendência analítica, pensamento lógico e reflexivo, sensibilidade e comportamento crítico (Alves & Esteves, 2019). O perfil denominado *Tamanhos Grandes e Pequenos Alternados* indica conflito interno entre hesitação e imposição e pouca segurança sobre o próprio valor (Vels, 1982).

Tabela 9 – Classificações qualitativas do *Tamanho dos Palos* em função do grupo

| Tamanho dos Palos             | Deprimido | Controle |
|-------------------------------|-----------|----------|
|                               | n = 50    | n = 50   |
|                               | n (%)     | n (%)    |
| Regular                       | 18 (36)   | 30 (60)  |
| Irregular                     | 16 (32)   | 3 (6)    |
| Crescente                     | 8 (16)    | 5 (10)   |
| Decrescente                   | 3 (6)     | 7 (14)   |
| Grandes e Pequenos Alternados | 5 (10)    | 5 (10)   |
| Total                         | 50 (100)  | 50 (100) |

Como consta na Tabela 9, o *grupo deprimido* apresentou 36% dos protocolos com classificação *Regular*, enquanto os outros 64% apresentaram variação de *Tamanho* (*Irregular*, *Crescente*, *Decrescente* e *Tamanhos Grandes e Pequenos Alternados*). Já no *grupo controle*, a maioria dos protocolos (60%) apresentou classificação *Regular*, ou seja, o tamanho de modo geral se mostrou estável ao longo do protocolo todo, o que também sugere estabilidade na emotividade e modo de se avaliar e valorizar. Observa-se, portanto, que, apesar de não apontarem diferenças contundentes entre os grupos, os dados qualitativos sugerem tendência a uma maior ocorrência de irregularidade no perfil deprimido.

Astrom e Thorell (2008), ao analisarem produções escritas, mencionam que a presença de instabilidade nos parâmetros da escrita é mais frequente em grupos clínicos, podendo refletir ainda distúrbios de personalidade. Ainda assim, é válido considerar o que aponta Camargo (2009): que nenhum aspecto deve ser rapidamente definido como positivo ou negativo, pois, ainda que a presença de harmonia possa ser considerada sinônimo de serenidade e equilíbrio, ela também pode indicar sinal de mediocridade, moderação e falta de ambição, nunca estando presente nas grandes obras-primas, por exemplo.

## ▪ 2) *Direção das Linhas*

A variável *Direção das Linhas* representa o caminho do indivíduo para uma meta (Vels, 1982), a forma como o indivíduo vê a vida e enfrenta os obstáculos (Xandró, 1991), e está relacionada ao controle das energias pessoais (Camargo, 2009), oscilando mais do que outras variáveis, dependendo das variações de humor e ânimo (Alves & Esteves, 2019). A *Direção das Linhas* é mensurada em graus, sendo zero o equivalente à linha reta horizontal

esperada na escrita, enquanto os valores positivos correspondem à linha ascendente (inclinada para cima) e os valores negativos, à escrita descendente (inclinada para baixo).

Nos deprimidos, é esperado que o alinhamento das linhas seja predominantemente descendente, o que sugere temor, fadiga, poucos recursos para a ação (Vels, 1982), tendência ao desalento, pessimismo e cansaço (West, 1983), sentimentos de incerteza e perigo (Buck, 2003). Na Tabela 10, estão os resultados, medidos em graus, relativos à *Direção das Linhas* na comparação entre os grupos.

Tabela 10 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Direção das Linhas* em função do grupo, em graus

| Variável<br>do Palográfico | Deprimido |      |       |      | Controle |      |      |      | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>( <i>p</i> ) |
|----------------------------|-----------|------|-------|------|----------|------|------|------|-------------------|---------------------|
|                            | n= 50     |      |       |      | n =50    |      |      |      |                   |                     |
|                            | Mín       | Máx  | M     | DP   | Mín      | Máx  | M    | DP   |                   |                     |
| <b>Direção das Linhas</b>  | -9,8      | 15,8 | -0,13 | 2,84 | -8,6     | 11,4 | 0,16 | 2,35 | -0,571            | 0,569               |

No *grupo deprimido*, a amplitude da *Direção das Linhas* foi maior do que no *grupo controle*, situando-se, no primeiro grupo, entre o mínimo de  $-9,8^\circ$  e máximo de  $15,8^\circ$ , com média de  $-0,134^\circ$  e desvio padrão de  $2,84^\circ$ . Entre os controles, variou entre um mínimo de  $-8,6^\circ$  e máximo de  $11,4^\circ$ , com média  $0,164^\circ$  e desvio padrão de  $2,35^\circ$ . No *grupo deprimido* a média foi negativa, ou seja, a *Direção das Linhas* foi predominantemente descendente, enquanto, no *grupo controle*, foi positiva. Ainda assim, conforme mostra a Tabela 10, não ocorreu diferença significativa ( $p=0,569$ ) entre os grupos. Além disso, não foram encontradas diferenças significantes, quando comparados os grupos separados por sexo.

Ao se analisarem os dados coletados pelo inventário de depressão, 94% dos participantes do *grupo deprimido* relataram aumento de cansaço e fadiga e perda de energia, e 90% relataram perda de interesse por atividades e pessoas, aumento de tristeza, desânimo com o futuro e indecisão. Entretanto, isso não se mostrou expresso na angulação da *Direção das Linhas* do *grupo deprimido*, como proposto pela fundamentação teórica, o que significaria a predominância do alinhamento descendente nesses protocolos. Na vivência da depressão, é comum ainda haver diminuição da eficiência para executar uma tarefa, desesperança e pessimismo (APA, 2014). Enquanto isso, no *grupo controle*, a vivência de perda de energia foi relatada por 44% dos participantes; o aumento de cansaço e fadiga, por 36%, e de

indecisão, por 28%. Além disso, 12% dos controles relataram perda de interesse em atividade e pessoas, enquanto 8% se encontravam menos animados a respeito do futuro.

A ausência de diferença significativa entre os grupos deprimido e controle na *Direção das Linhas* sugere, assim como foi levantado por Klages (1959, citado por Alves & Esteves, 2019), que essa variável provavelmente seja mais sensível ao estado de ânimo, humor e motivação no momento da realização do teste. Além disso, há o fato de a comparação ser realizada a partir de um valor médio de cada indivíduo, o que talvez mascare ou atenuar as variações ocorridas em cada protocolo. Já do ponto de vista qualitativo, algumas características serão pontuadas a seguir.

#### Avaliação Qualitativa da variável *Direção das Linhas* no Teste Palográfico

Com base no manual do Palográfico (Alves & Esteves, 2019), as classificações qualitativas referentes à *Direção das Linhas* buscam classificar o formato predominante do alinhamento das linhas no protocolo, que podem ser divididas em *Retilínea*, *Ascendente*, *Descendente*, *Convexa*, *Côncava*, *Sinuosa*, *Serpentina*, *Rígida* e *Em Forma de Leque*. No perfil deprimido, era esperada a predominância da classificação *Descendente*, principalmente nas linhas finais de cada protocolo.

Por outro lado, as classificações *Retilínea* e *Ascendente* representam características mais estáveis, consistentes, que sugerem autocontrole, firmeza e otimismo. A classificação *Descendente* revela fadiga, pessimismo e abatimento. Já as classificações listadas como “outras” na Tabela 11, sugerem: inflexibilidade, no caso da *Rígida* ou, no caso das restantes, falta de equilíbrio emocional, com flutuações e mudanças de ânimo e humor (Alves e Esteves, 2019). Isto acontece, porque a produção gráfica nivelada denota forte determinação, livre-arbítrio, controle das emoções e temperamento equilibrado. De modo inverso, linhas com aparência ondulada sugerem falta de equilíbrio emocional e perfil distraído e, quando muito desalinhadas, indicam vivências de extremos de humor (West, 1983). Na Tabela 11 é mostrada a distribuição de frequência das classificações atribuídas aos protocolos avaliados.

Tabela 11 – Classificações qualitativas da *Direção das Linhas* em função do grupo

| Direção das Linhas  | Deprimido | Controle |
|---|-----------|----------|
|   | n = 50    | n = 50   |
|   | (n) %     | (n) %    |
| Retilíneas  | (7) 14    | (13) 26  |
| Ascendente  | (15) 30   | (19) 38  |
| Descendente   | (22) 44   | (14) 28  |
| Outras (Convexa, Côncava, Sinuosa, Serpentina, Rígida ou Em Forma de Leque) | (6) 12    | (4) 8    |
| Total   | 50 (100)  | 50 (100) |

Na análise qualitativa, 44% do *grupo deprimido* apresentou perfil *Descendente* na *Direção das Linhas*, enquanto esta classificação apareceu em apenas 28% dos protocolos do *grupo controle*. Considerando as classificações *Retilínea* e *Ascendente* como formas melhores de canalização de energia, 44% do *grupo deprimido* e 64% do *grupo controle* apresentaram estes perfis. Em contrapartida, considerando que as outras classificações refletem menor possibilidade de equilíbrio emocional, 56% do *grupo deprimido* e 36% do *grupo controle* apresentaram estes perfis mais instáveis, incluindo os protocolos com alinhamento *Descendente*.

### ▪ 3) Pressão e Qualidade do Traçado

Retomando o escopo teórico, a variável *Pressão e Qualidade do Traçado* está relacionada ao grau de vitalidade, dinamismo, firmeza e tensão da personalidade (Vels, 1982) e tem sido considerada como um possível indicador de depressão, quando há a produção de traços classificados qualitativamente como *brandos, frouxos ou curvos* (Alves & Esteves, 2019). Isso porque as linhas leves ou fracas revelam insegurança, indecisão, baixa energia, medo de derrota e depressão, principalmente quando se tornam mais fracas ao longo do teste (Buck, 2003; Hammer, 1981; Van Kolck, 1984, Conti, 2014). As linhas grossas e firmes sugerem iniciativa, decisão e segurança, bem como tensão, hostilidade ou busca de equilíbrio (Van Kolck, 1984). Hammer (1981) e Anzieu (1989) também relacionam traços retos com afirmação, oposição e hostilidade, e traços curvos com dependência, submissão e emotividade.



A *Pressão e Qualidade do Traçado* é uma variável qualitativa do Teste Palográfico, que pode apresentar respostas múltiplas. Na Tabela 12 foram computados apenas os protocolos em que ocorreu a classificação *traços brandos, frouxos ou curvos*, bem como uma classificação oposta (indicativa de dinamismo, segurança e firmeza), denominada *traços firmes e retos*. Por esse motivo, o total apresentado não totaliza 100%. Outras classificações possíveis, que não foram analisadas, são: *Pressão Média; Irregular; Traços firmes e grossos no início e que se tornam mais fracos durante o teste; Traços com pressão normal no início e que se tornam mais espessos e firmes durante o teste; Pressão descontínua; Traços côncavos; Traços convexos*, entre outras, e a combinação entre elas.

Tabela 12 – Classificações qualitativas da *Pressão e Qualidade do Traçado* em função do grupo

| <b>Pressão e Qualidade do traçado</b> | <b>Deprimidos</b> | <b>Controles</b> |
|---------------------------------------|-------------------|------------------|
|                                       | <b>n = 50</b>     | <b>n = 50</b>    |
|                                       | <b>(n) %</b>      | <b>(n) %</b>     |
| Traços brandos frouxos ou curvos      | (23) 46           | (3) 6            |
| Traços firmes e retos                 | (8) 16            | (27) 54          |

Com base nos parâmetros e exemplos apresentados por Alves e Esteves (2019), no *grupo deprimido* foi verificado que 23 (46%) dos 50 protocolos tinham *traços brandos, frouxos ou curvos*, contra 3 (6%) no *grupo controle*. Além disso, o padrão de respostas inverso foi observado, quando considerada a classificação *traços firmes e retos*. Nesse caso, apenas 8 (16%) dos 50 deprimidos, em relação a 27 (54%) dos 50 controles, apresentaram tal resultado.

Isso sugere que grande parte dos deprimidos apresentou níveis menores de energia, insegurança e sentimento de incapacidade, enquanto a maior parte dos participantes do *grupo controle* apresentou bom dinamismo, iniciativa e segurança. Esse resultado vai ao encontro do que foi constatado por Conti (2009), ao analisar 60 protocolos do Procedimento de Desenhos-Estórias e indicar, entre oito características para discriminar indivíduos deprimidos dos não deprimidos, a presença de linhas leves.

## 2ª etapa – Variáveis que apresentaram diferenças significantes entre os grupos

- 4) *Inclinação do Palo*
- 5) *Porcentagem de Ganchos*
- 6) *Produtividade Total e por Intervalo de Tempo*

### ▪ 4) *Inclinação do Palo*

A *Inclinação*, como já descrito, está relacionada à disposição afetiva para o contato interpessoal (Minicucci, 2002, citado por Alves e Esteves, 2019), revelando a graduação dos sentimentos, que podem variar entre a contenção afetiva, introversão e evitação, num extremo, e carência, dependência e impulsividade no outro (Xandró, 1991). As medidas de *Inclinação do Palo* (*Menor Inclinação, Inclinação Média, Maior Inclinação*) são mensuradas em graus, a partir do palo reto, ou seja, um traço perpendicular à linha de escrita no protocolo, que equivale a 90°. Palos inclinados à direita apresentam valores maiores de 90°, enquanto aqueles inclinados à esquerda têm valores menores que 90°. As classificações possíveis dos valores quantitativos são: *Muito Inclinado à Direita, Inclinado à Direita, Vertical, Inclinado à Esquerda e Muito Inclinado à Esquerda* (Alves & Esteves, 2019).

Na depressão, algumas características comuns são perda de interesse por pessoas ou atividades, com retraimento social, e perda de desejo sexual (APA, 2014). Ainda assim, a variável *Inclinação do Palo* não é apontada como sensível à depressão (Alves & Esteves, 2019). No *grupo deprimido* deste estudo, 90% relataram perda de interesse por pessoas ou atividades e 70% notaram diminuição de interesse por sexo, enquanto, no *grupo controle*, 12% perderam interesse por pessoas ou atividades e 14% por sexo.

Na Tabela 13 estão apresentadas as comparações da *Inclinação do Palo*.

Tabela 13 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Inclinação do Palo* em função do grupo, em graus

| Inclinação   | Deprimido |        |        |       | Controle |        |        |      | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>( <i>p</i> ) |
|--------------|-----------|--------|--------|-------|----------|--------|--------|------|-------------------|---------------------|
|              | n= 50     |        |        |       | n =50    |        |        |      |                   |                     |
|              | Mín       | Máx    | M      | DP    | Mín      | Máx    | M      | DP   |                   |                     |
| <b>Menor</b> | 41,40     | 101,10 | 70,28  | 11,53 | 50,30    | 87,10  | 75,32  | 6,58 | -2,681            | <b>0,009</b>        |
| <b>Média</b> | 69,90     | 105,10 | 89,99  | 7,01  | 76,10    | 98,90  | 88,39  | 5,37 | 1,282             | 0,203               |
| <b>Maior</b> | 92,00     | 140,80 | 110,14 | 11,48 | 90,80    | 129,70 | 102,20 | 8,49 | 3,932             | <b>&lt;0,001</b>    |

*Nota.* Negrito: Valores estatisticamente significantes a 0,05 ou 0,001

Na comparação entre os grupos, a amplitude da *Inclinação* foi maior nos deprimidos, variando entre 41,40° e 140,80°, enquanto no *grupo controle* variou entre 50,30° e 129,70°. A Tabela 13 indica diferença estatisticamente significativa entre os grupos tanto na medida de *Menor Inclinação* ( $p=0,009$ ) quanto na de *Maior Inclinação* ( $p<0,001$ ). Não ocorreu diferença significativa quanto à medida de *Inclinação Média*.

No *grupo deprimido*, a média de *Menor Inclinação* foi inferior, com valor de 70,28° (DP=11,53), enquanto no *grupo controle* foi 75,32° (DP=6,58). Esses resultados, na comparação com a amostra normativa do teste, foram classificados respectivamente como *Inclinada à Esquerda* e *Vertical*. A primeira classificação indica repressão ou aversão às necessidades de contato social e afetivo, atitude vigilante e defensiva, isolamento; já a segunda classificação indica firmeza, estabilidade, constância nas atitudes, domínio sobre sentimentos e emoções (Minicucci, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019).

Ao mesmo tempo, foi também o *grupo deprimido* que registrou a média mais alta de *Maior Inclinação*, com valor de 110,14° (DP=11,48), enquanto o *grupo controle* registrou 102,20° (DP=8,49). Esses resultados são denominados *Inclinada à Direita* e *Vertical*, respectivamente. A classificação *Inclinada à Direita* reflete necessidade de contato e de buscar apoio nos outros, extroversão e pessoa facilmente influenciável (Minicucci, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019); a *Vertical* já foi apresentada anteriormente.

### Inclinação do Palo na comparação entre mulheres deprimidas e mulheres controles

Estes resultados se repetiram para a variável *Maior Inclinação* na amostra feminina, conforme indicado na Tabela 14.

Tabela 14 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Inclinação* na amostra feminina em função do grupo, em graus

| Inclinação   | Mulheres Deprimidas<br>n= 40 |        |        |       | Mulheres Controles<br>n =33 |        |        |      | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>(p)       |
|--------------|------------------------------|--------|--------|-------|-----------------------------|--------|--------|------|-------------------|------------------|
|              | Mín                          | Máx    | M      | DP    | Mín                         | Máx    | M      | DP   |                   |                  |
| <b>Menor</b> | 41,40                        | 85,80  | 70,00  | 9,98  | 50,30                       | 87,10  | 73,83  | 6,67 | -1,881            | 0,064            |
| <b>Média</b> | 69,90                        | 105,10 | 90,01  | 7,48  | 76,10                       | 98,90  | 87,17  | 5,31 | 1,829             | 0,072            |
| <b>Maior</b> | 92,00                        | 140,80 | 110,56 | 11,72 | 90,80                       | 129,70 | 101,38 | 8,96 | 3,784             | <b>&lt;0,001</b> |

As mulheres com depressão obtiveram maior amplitude de valores para a *Inclinação do Palo*, variando de 41,40° a 140,80°, com média de 90,01° e desvio padrão de 7,48°. Já as mulheres controles apresentaram valores compreendidos entre 50,30° e 129,70°, média de 87,17° e desvio padrão de 5,31°. Como mostra a Tabela 14, na variável *Maior Inclinação* ocorreu diferença estatística significativa ( $p < 0,001$ ), sendo que as mulheres deprimidas apresentaram média mais alta do que as do *grupo controle*. Esse resultado ficou situado na classificação correspondente à *Inclinada à Direita*. A diferença entre os grupos não foi significativa nas medidas de *Menor Inclinação* ( $p = 0,062$ ) e *Inclinação Média* ( $p = 0,072$ ) na comparação entre as mulheres.

Ao se considerarem as análises de *Inclinação do Palo*, na comparação entre os grupos, o *grupo deprimido* demonstrou perfil mais extremo de sentimentos ligados ao contato interpessoal e aparentemente contraditório. Por um lado, nas medidas de *Menor Inclinação*, demonstraram maior inibição, evitação de contato e tendência ao isolamento, bem como à atitude vigilante e defensiva. Por outro lado, nas medidas de *Maior Inclinação*, expressaram maior necessidade de contato e apoio, perfil afetuoso e sociável ou mesmo bastante carente, dependente, agressivo, influenciável e impulsivo. Levando em conta que o teste é uma fotografia dos aspectos de personalidade somados a características transitórias do indivíduo, pode ser constatado que, provavelmente, nos quadros depressivos pode ser vista uma dinâmica conflitante dentro do indivíduo, ou com alternância de estados, atitudes e sentimentos no contato social e afetivo.

As características expressas nos protocolos dos deprimidos se assemelham aos tipos citados por Blatt (2004, citado por Campos, 2013) de personalidades depressivas distintas: a *anaclítica*, mais dependente, vulnerável e com sentimento de desamparo e desejo de ser cuidada, e a *introjetada*, mais exigente consigo, autocrítica, com sentimento de culpa e preocupada com desaprovações. No presente trabalho, as duas tendências se mostraram presentes no comportamento expressivo nos indivíduos pesquisados.

Já na comparação entre as mulheres, as características de dependência, emotividade, busca por apoio e impulsividade mostraram-se mais marcantes no perfil deprimido feminino do que os aspectos de contenção dos afetos, isolamento e solidão.

#### Avaliação Qualitativa da variável *Inclinação do Palo* no Teste Palográfico

As classificações qualitativas referentes à *Inclinação do Palo* buscam apreender a tendência predominante de inclinação dos traços desenhados e podem ser divididas em *Regular*, *Oscilante ou mista* e *Mudança na inclinação* (Alves & Esteves, 2019). Com o decorrer da tarefa, o indivíduo deixa de estar no controle consciente da produção gráfica e passa a mostrar aspectos menos controlados e mais espontâneos de sua personalidade.

A classificação *Regular* sugere constância, estabilidade e equilíbrio nos sentimentos que envolvem os relacionamentos interpessoais, enquanto a classificação *Oscilante ou mista* indica facilidade de adaptação e diplomacia, mas também pode apontar ambivalência e instabilidade (Minicucci, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019). Já a classificação *Mudança na inclinação* sugere que a espontaneidade inicial foi reprimida por algum motivo ou que a atitude de reserva inicial foi se transformando em busca por contato (Alves & Esteves, 2019).

Tabela 15 – Classificações qualitativas do *Inclinação do Palo* em função do grupo

| <b>Inclinação</b>     | <b>Deprimido</b> | <b>Controle</b> |
|-----------------------|------------------|-----------------|
|                       | <b>n = 50</b>    | <b>n = 50</b>   |
|                       | <b>(n) %</b>     | <b>(n) %</b>    |
| Regular               | (14) 28          | (24) 48         |
| Oscilante ou mista    | (32) 64          | (19) 38         |
| Mudança na inclinação | (4) 8            | (7) 14          |
| Total                 | (50) 100         | (50) 100        |

Conforme apresentado na tabela acima, 28% dos deprimidos apresentaram inclinação *Regular*, enquanto 72% apresentaram inclinação *Oscilante ou mista e Mudança de Inclinação*. Já no *grupo controle*, 48% apresentaram inclinação *Regular* e 52% demonstraram inclinação *Oscilante ou mista e Mudança de Inclinação*. De modo geral, a regularidade e, portanto, estabilidade apareceu mais no *grupo controle*, enquanto no *grupo deprimido* verificou-se mais a presença de oscilações ou mudanças, que podem indicar um jeito versátil e adaptável de lidar com os relacionamentos, mas também, principalmente quando extremas ou indisciplinadas, sugerem ambivalência, instabilidade e emotividade.

▪ **5) Porcentagem de Ganchos**

Os palos que apresentam uma “alça”, um ângulo na extremidade, são chamados “ganchos” e estão relacionados à presença de agressividade. Aos tipos de ganchos são atribuídos significados relacionados ao simbolismo do espaço (Alves & Esteves, 2019). No presente estudo, foi obtida a quantidade de ganchos e calculada a *Porcentagem de Ganchos* em cada protocolo. Não foram diferenciados os tipos de ganchos realizados. A Tabela 16 apresenta as comparações.

Tabela 16 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Porcentagem de Ganchos* em função do grupo, em %

|                | Deprimido<br>n= 50 |       |       |       | Controle<br>n =50 |       |       |       | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>(p)   |
|----------------|--------------------|-------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------|-------------------|--------------|
|                | Mín                | Máx   | M     | DP    | Mín               | Máx   | M     | DP    |                   |              |
| <b>Ganchos</b> | 0,66               | 91,42 | 26,37 | 20,45 | 0,00              | 74,66 | 16,32 | 16,09 | 2,729             | <b>0,008</b> |

O *grupo deprimido* mostrou uma variação na *Porcentagem de Ganchos* compreendida entre 0,66% e 91,42%, com média 26,37% e desvio padrão de 20,45%. Já o *grupo controle* variou de zero a um máximo de 74,66%, com média 16,32% e desvio padrão 16,09%. Ambas as medidas são classificadas como normal/média na comparação com a amostra normativa.

Conforme está indicado na Tabela 16, foi verificada diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos (p=0,008), sendo que os deprimidos apresentaram maior média de *Porcentagem de Ganchos* e, portanto, maior nível de agressividade que o *grupo controle*.

A diferença entre os grupos se repetiu quando foram realizadas as análises da *Porcentagem de Ganchos* apenas com as mulheres, conforme a Tabela 17.

Tabela 17 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Porcentagem de Ganchos* na amostra feminina em função do grupo, em %

|                | Mulheres Deprimidas |       |       |       | Mulheres Controles |       |       |       | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>( <i>p</i> ) |
|----------------|---------------------|-------|-------|-------|--------------------|-------|-------|-------|-------------------|---------------------|
|                | n= 40               |       |       |       | n =33              |       |       |       |                   |                     |
|                | Mín                 | Máx   | M     | DP    | Mín                | Máx   | M     | DP    |                   |                     |
| <b>Ganchos</b> | 0,66                | 91,42 | 24,44 | 20,02 | 0,00               | 69,99 | 14,47 | 14,03 | 2,413             | <b>0,018</b>        |

A média da *Porcentagem de Ganchos* foi maior no grupo de mulheres deprimidas, variando entre mínimo de 0,66% e máximo de 91,42%, com média 24,44% e desvio padrão de 20,02%. Já na amostra feminina controle, a porcentagem variou entre a ausência de ganchos e máximo de 69,99%, com média 14,47% e desvio padrão de 14,03%. As mulheres com depressão demonstraram maior *Porcentagem de Ganchos* que as mulheres controles, com diferença significativa ( $p=0,018$ ), o que revela maior presença de impulsos agressivos nas primeiras.

Na comparação da amostra masculina, o fator agressividade não se mostrou relevante para diferenciar os deprimidos e controles, considerando a variável *Porcentagem de Ganchos*. Esse resultado – que provavelmente ocorreu em razão do baixo número de homens da amostra – tem teor contraditório, principalmente se for retomado o aspecto discutido na variável *Tamanho dos Palos* e trazido por Marques-Teixeira (1998), segundo o qual a depressão masculina parece vir revestida por comportamentos aditivos e antissociais, os quais sugerem presença de auto e heteroagressividade.

Os resultados relativos à presença de maior agressividade na depressão, na comparação entre os grupos e entre as mulheres deprimidas e controles, reafirmam que o quadro de depressão pode não só apresentar lentidão e imobilidade (Cheniaux, 2013), vazio e letargia (Berlinck & Fédida, 2000), postura encurvada, ausência de movimentos espontâneos e olhar baixo (Sadock et al., 2017), como também pode apresentar irritabilidade aumentada, agitação psicomotora, impaciência, mau humor, intolerância, tendência e risco ao descontrole, auto e heteroagressividade, raiva persistente, culpabilização de outros, ataques de raiva e frustração exagerada (APA, 2014; Thompson, 1989; Berlinck & Fédida, 2000; Moreno et al., 2007; Cheniaux, 2013). Complementando, do ponto de vista psicanalítico, a agressividade já

havia sido descrita no quadro melancólico, relativa ao indivíduo que, identificado com o objeto perdido, tem vivências de autorrecriminação, diminuição do amor-próprio e presença de impulsos de raiva que seriam direcionados a algo do mundo externo e podem se voltar para o indivíduo (Freud, 1915/2010).

Neste estudo, de acordo com as respostas registradas no inventário de depressão, 94% dos participantes do *grupo deprimido* relataram aumento de irritabilidade; 90% relataram aumento de autocritica e culpa; 74% relataram o sentimento de que poderiam ser ou estavam sendo punidos; e 60% afirmaram ter pensamentos ou desejos suicidas. No *grupo controle*, 26% estavam mais irritados, 30% mais autocríticos, 24% mais culpados e 4% experimentaram sentimentos de punição. Ninguém expressou desejo ou pensamento suicida nesse grupo.

▪ **6) Produtividade Total e Por Intervalo de Tempo (T1, T2, T3, T4 e T5)**

As medidas de *Produtividade* correspondem à quantidade total de palos desenhados no protocolo e por intervalo de tempo e se relacionam com a quantidade de trabalho que o indivíduo consegue realizar, considerando ordem e rapidez (Vels, 1982). Elas são calculadas pelo número bruto de traços realizados no protocolo como um todo e por intervalo de tempo. Variam em função da escolaridade e não são apontadas como indicador de depressão no teste (Alves & Esteves, 2019). Na Tabela 18 constam as comparações da *Produtividade Total*.

Tabela 18 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Produtividade Total* em função do grupo, em número absoluto de palos

| Produtividade | Deprimido |      |        |        | Controle |     |        |        | Teste <i>t</i> | Sig (p)      |
|---------------|-----------|------|--------|--------|----------|-----|--------|--------|----------------|--------------|
|               | n = 50    |      |        |        | n = 50   |     |        |        |                |              |
|               | Mín       | Máx  | M      | DP     | Mín      | Máx | M      | DP     |                |              |
| <b>Total</b>  | 315       | 1074 | 629,18 | 189,48 | 228      | 996 | 504,32 | 180,78 | 3,371          | <b>0,001</b> |

A *Produtividade Total* do *grupo deprimido* variou de 315 palos a 1074 palos, com média de 629,18 e desvio padrão de 189,48 palos. Já no *grupo controle*, a produção variou entre 228 e 996 palos, com média de 504,32 e desvio padrão de 180,78 palos. Na comparação com a tabela normativa do teste, esses resultados encontram-se classificados nas faixas *Média Superior* e *Média*, respectivamente (Alves & Esteves, 2019). Assim, como apresentado na Tabela 18, o *grupo deprimido* demonstrou produtividade mais alta (em quantidade de palos),



com diferença estatística significativa ( $p = 0,001$ ) entre os grupos. Na Tabela 19, são mostradas as comparações da *Produtividade* por intervalo de tempo.

Tabela 19 – Médias, Desvios Padrão, Teste  $t$  e Nível de Significância das medidas de *Produtividade por intervalo de tempo* em função do grupo, em número absoluto de palos

| Produtividade | Deprimido<br>n = 50 |       | Controle<br>n = 50 |       | Teste<br>$t$ | Sig<br>(p)       |
|---------------|---------------------|-------|--------------------|-------|--------------|------------------|
|               | M                   | DP    | M                  | DP    |              |                  |
| <b>T1</b>     | 123,94              | 42,08 | 99,52              | 35,31 | 3,143        | <b>0,002</b>     |
| <b>T2</b>     | 125,74              | 39,26 | 96,92              | 36,17 | 3,817        | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>T3</b>     | 125,54              | 37,97 | 100,30             | 37,51 | 3,343        | <b>0,001</b>     |
| <b>T4</b>     | 125,50              | 39,19 | 102,20             | 38,42 | 3,002        | <b>0,003</b>     |
| <b>T5</b>     | 128,46              | 36,58 | 105,38             | 37,40 | 3,119        | <b>0,002</b>     |

A Tabela 19 mostra que a *Produtividade* do grupo *deprimido* foi mais elevada em todos os intervalos de tempo (T1, T2, T3, T4, T5) e no total, em relação ao grupo *controle*. Tal diferença foi estatisticamente significativa, com índice  $p$  variando entre  $<0,001$  e  $0,003$ .

#### Separação por grau de escolaridade na comparação da *Produtividade* entre grupos

A variável *Produtividade* é afetada pelo grau de escolaridade, uma vez que avalia o rendimento aperfeiçoado pela prática da escrita. Assim, pessoas com ensino superior em geral tendem a produzir mais do que pessoas com ensino médio, e estas mais do que aqueles com ensino fundamental (Alves & Esteves, 2019; Nakano & Sampaio, 2016). Por essa razão são apresentados, a seguir, os resultados separados por escolaridade, nível médio e superior, nas Tabelas 20 e 21, respectivamente. Não foi possível realizar a análise com os participantes do ensino fundamental por não haver um número suficiente de pessoas nessa faixa de escolaridade, o que inviabilizou os testes estatísticos para tal conjunto.

Tabela 20 – Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Produtividade por intervalo de tempo* (T1, T2, T3, T4 e T5) nos indivíduos com ensino médio

| Produtividade | Deprimido |        | Controle |        | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>( <i>p</i> ) |
|---------------|-----------|--------|----------|--------|-------------------|---------------------|
|               | n = 33    |        | n = 28   |        |                   |                     |
|               | M         | DP     | M        | DP     |                   |                     |
| <b>Total</b>  | 593,78    | 159,32 | 471,78   | 137,56 | 3,171             | <b>0,002</b>        |
| <b>T1</b>     | 115,72    | 35,57  | 94,17    | 28,07  | 2,592             | <b>0,012</b>        |
| <b>T2</b>     | 117,90    | 33,27  | 91,17    | 26,13  | 3,443             | <b>0,001</b>        |
| <b>T3</b>     | 118,84    | 31,73  | 93,07    | 28,30  | 3,321             | <b>0,002</b>        |
| <b>T4</b>     | 119,24    | 33,96  | 94,53    | 28,15  | 3,058             | <b>0,003</b>        |
| <b>T5</b>     | 122,06    | 31,40  | 98,82    | 30,63  | 2,912             | <b>0,005</b>        |

Tabela 21 – Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Produtividade por intervalo de tempo* (T1, T2, T3, T4 e T5) nos indivíduos com ensino superior

| Produtividade | Deprimido |        | Controle |        | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>( <i>p</i> ) |
|---------------|-----------|--------|----------|--------|-------------------|---------------------|
|               | n = 10    |        | n = 19   |        |                   |                     |
|               | M         | DP     | M        | DP     |                   |                     |
| <b>Total</b>  | 763,80    | 236,96 | 584,00   | 211,87 | 2,087             | <b>0,046</b>        |
| <b>T1</b>     | 153,40    | 52,37  | 114,05   | 40,06  | 2,261             | <b>0,032</b>        |
| <b>T2</b>     | 153,30    | 47,37  | 112,10   | 43,55  | 2,350             | <b>0,026</b>        |
| <b>T3</b>     | 147,90    | 49,76  | 116,68   | 45,06  | 1,712             | 0,098               |
| <b>T4</b>     | 150,50    | 50,63  | 119,68   | 46,38  | 1,649             | 0,111               |
| <b>T5</b>     | 158,70    | 41,10  | 121,47   | 41,91  | 2,288             | <b>0,030</b>        |

Como pode ser observado nas Tabelas 20 e 21, nas comparações considerando o grau de escolaridade, os resultados permaneceram similares aos já encontrados na comparação geral – ou seja, as medidas de Produtividade apresentaram diferenças significativas entre os grupos, sendo que o *grupo deprimido* produziu mais palos do que o *grupo controle*, exceto nos tempos T3 e T4 dos protocolos de pessoas com nível superior, quando a diferença não se

mostrou significativa. É importante destacar que o *n* da amostra de pessoas com ensino superior também pode ter interferido, visto que foi pequeno para comparações estatísticas significativas.

*Produtividade na comparação entre mulheres deprimidas e mulheres controles*

A diferença entre grupos se repetiu quando realizadas análises na amostra feminina, comparando mulheres deprimidas com as do *grupo controle*. As Tabelas 22 e 23 mostram as comparações.

Tabela 22 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Produtividade Total* na amostra feminina em função do grupo

| Produtividade | Mulheres Deprimidas |      |        |        | Mulheres Controles |     |        |        | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>( <i>p</i> ) |
|---------------|---------------------|------|--------|--------|--------------------|-----|--------|--------|-------------------|---------------------|
|               | n = 40              |      |        |        | n = 33             |     |        |        |                   |                     |
|               | Mín                 | Máx  | M      | DP     | Mín                | Máx | M      | DP     |                   |                     |
| <b>Total</b>  | 370                 | 1074 | 649,40 | 196,09 | 294                | 986 | 532,63 | 174,11 | 2,662             | <b>0,010</b>        |

As mulheres deprimidas demonstraram maior média de *Produtividade Total e por intervalo de tempo (T1, T2, T3, T4 e T5)* do que as mulheres controles. Enquanto elas tiveram uma *Produtividade Total* que variou entre um mínimo de 370 palos e um máximo de 1074 palos, com média de 649,40 palos e desvio padrão de 196,09 palos, as mulheres do *grupo controle* fizeram entre um mínimo de 294 palos e máximo de 986 palos, com média de 532,63 e desvio padrão de 174,11 palos. Verificou-se, portanto, diferença significativa ( $p=0,010$ ) entre os grupos, conforme apresentado na Tabela 22.

Tabela 23 – Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Produtividade por intervalo de tempo (T1, T2, T3, T4 e T5)* na amostra feminina, em função do grupo

| Produtividade | Mulheres Deprimidas |       | Mulheres Controles |       | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>( <i>p</i> ) |
|---------------|---------------------|-------|--------------------|-------|-------------------|---------------------|
|               | n = 40              |       | n = 33             |       |                   |                     |
|               | M                   | DP    | M                  | DP    |                   |                     |
| <b>T1</b>     | 128,30              | 43,89 | 105,84             | 35,64 | 2,362             | <b>0,021</b>        |
| <b>T2</b>     | 130,32              | 40,89 | 103,15             | 34,54 | 3,028             | <b>0,003</b>        |
| <b>T3</b>     | 129,40              | 39,34 | 105,21             | 35,60 | 2,728             | <b>0,008</b>        |
| <b>T4</b>     | 129,45              | 40,98 | 107,54             | 37,67 | 2,356             | <b>0,021</b>        |
| <b>T5</b>     | 131,92              | 37,20 | 110,87             | 34,18 | 2,495             | <b>0,015</b>        |

Na Tabela 23, são apresentadas as médias produzidas por intervalo de tempo, nas quais também foi encontrada diferença significativa ( $p$  variando entre 0,003 e 0,021) entre os grupos de mulheres.

A depressão é considerada pela OMS uma das condições mais incapacitantes no mundo, que provoca afastamentos do trabalho e que é contribuinte para outras doenças (WHO, 2017). Partindo de algumas características presentes na depressão, como diminuição de interesse por atividades, retardo psicomotor, perda de energia, fadiga, sentimento de inutilidade e capacidade diminuída de concentração (APA, 2014), seria possível inferir que um indivíduo deprimido apresentasse baixa capacidade produtiva, ainda que a variável *Produtividade* não seja elencada como um indicador de depressão no Teste Palográfico (Alves & Esteves, 2019). Além disso, na amostra estudada, grande parte dos indivíduos deprimidos relatou vivências que também parecem refletir baixa capacidade produtiva: 98% relataram prejuízo de concentração, 94% pontuaram aumento de cansaço ou fadiga, 90% descreveram falta de energia – sendo que, destes, 20% disseram não ter energia para nada –, 80% apontaram sentimentos de fracasso e 86% relataram aumento de agitação. Verificou-se, no entanto, que, apesar das características relatadas, os indivíduos deprimidos apresentaram capacidade produtiva preservada, de modo que o desfecho do presente estudo foi diferente do previsto, tendo o *grupo deprimido* produzido mais que o *grupo controle*.

Um ponto importante a se ressaltar é que, ao analisar este resultado quantitativo da *Produtividade*, não está se levando em conta a qualidade dessa produção, de maneira que ele não se faz suficiente para obter dados da real capacidade produtiva desses indivíduos. Como apontou Vels (1982), é importante relacionar informações de rapidez com organização – isso também porque a produção exigida no teste é repetitiva e prolongada e, talvez, não abarque exigências executivas mais elaboradas presentes na vida, como a criatividade, habilidades provavelmente comprometidas nesses indivíduos.

Também é importante considerar o que foi verificado por Alves e Esteves (2009, 2019) em estudo de precisão do Teste Palográfico: a existência de diferença estatisticamente significativa na variável *Produtividade* entre as etapas de teste e reteste dos mesmos indivíduos. A este resultado, foi atribuído provável efeito de aprendizagem e adaptação à tarefa. Isso reafirma que esta variação está menos ligada a aspectos constituintes da personalidade e mais suscetíveis a fatores transitórios e externos. Inclusive, no presente

estudo, não foi realizado o controle referente à possibilidade de o indivíduo já ter sido ou não submetido ao teste Palográfico alguma vez na vida.

Outro aspecto importante a ser considerado sobre a ocorrência de alta produtividade no *grupo deprimido* é que a aplicação do Teste Palográfico nesses participantes foi feita de maneira integralmente individualizada, o que não ocorreu no *grupo controle*. Isso possivelmente gerou um viés motivacional diferenciado. No caso do *grupo deprimido*, a aplicação ocorreu dentro de um equipamento de saúde mental em que o indivíduo buscou tratamento, após espaço de acolhimento das demandas emocionais (grupo ou consulta), onde o participante era ali qualificado como paciente e a pesquisadora, como psicóloga. Isso, portanto, talvez tenha promovido uma relação de confiança terapêutica, e, conseqüentemente, de motivação e abertura na ocasião da aplicação do teste.

Nesse sentido, o avaliador adota uma atitude de neutralidade e disponibilidade, e estabelece-se entre o avaliador e o avaliado uma relação transferencial breve, que, sendo positiva ou negativa, estimula a produção do sujeito ou seus bloqueios. Havendo um material mediador, o avaliado está mais livre do que numa sessão de análise para expor seus desejos e conflitos, podendo se envolver intensamente, porém por pouco tempo (Anzieu, 1989, p. 25).

Além disso, como apontado por Xandró (1991), toda produção gráfica representa a manifestação do *Eu social* do autor e, por isso, também vai apresentar variações dependendo da relação existente com o destinatário da produção, do grau de confiança estabelecido e do papel social desempenhado na situação. A produção também varia em função das emoções, do humor e do interesse daquele que a realiza (Camargo, 2009). O manual do Teste Palográfico não faz distinção de resultados conforme aplicação individual ou coletiva e, até o momento, não foram encontradas pesquisas que realizaram a comparação entre essas formas de aplicação, o que aponta a necessidade de investigações adicionais em estudos futuros.

No *grupo controle*, 62% da aplicação foi coletiva e 38% foi individual. Os protocolos aplicados coletivamente foram realizados no contexto da avaliação psicológica do trânsito, o que significa que esses indivíduos estavam buscando aprovação em um processo seletivo, sentindo-se testados sobre se teriam a competência ou não para guiar um automóvel e, possivelmente, temerosos sobre o que o teste poderia mostrar. Provavelmente, isso teve impacto na motivação. Observou-se, nesse contexto, taxas menores de Produtividade. Na outra parcela, composta de 38% dos controles aplicados individualmente, a participação foi voluntária e por conveniência; então, o participante foi convidado a contribuir com a pesquisa

e pode ter ocorrido outro viés motivacional, que não foi o viés terapêutico ou de aprovação, como nos contextos relatados anteriormente.

A alta produtividade na depressão pode significar ainda a busca de algo para encobrir ou compensar o vazio ou a perda sofrida (Berlinck & Fédida, 2000). O DSM-5 (APA, 2014) descreve a agitação psicomotora, observável por terceiros, e traz ainda ansiedade, inquietude corporal e irritabilidade aumentada como sintomas possíveis num episódio depressivo, o que também pode compor o perfil expressivo observado.

### **3ª etapa – Variáveis que mostraram diferenças significantes na comparação da amostra feminina**

- 7) *Impulsividade*
- 8) *Distância entre Palos*
- 9) *Distância entre Linhas*

#### **▪ 7) *Impulsividade***

A variável *Impulsividade* está relacionada à descarga de tensões afetivas de modo descontrolado, sem autodomínio. Quando elevada, revela controle insuficiente de impulsos (Alves & Esteves, 2019), bem como dificuldade de inibir e frear respostas, tendência a agir sem pensar e sem planejar (Moeller et al., 2001, citado por Malloy-Diniz, 2010), podendo se manifestar como impaciência, interrupção de algo em curso e postura inconveniente no meio social (APA, 2014). Valores muito baixos de impulsividade indicam rigidez excessiva, valores médios indicam flexibilidade e valores altos revelam imprevisibilidade (Galland de Mira, 2014). No Teste Palográfico, ela é medida pela diferença, em milímetros, das medidas do maior e do menor palo do protocolo. Trata-se, portanto, de uma medida de comparação do indivíduo consigo mesmo e não é prevista como sensível à depressão.

Na comparação entre os grupos, considerando homens e mulheres conjuntamente, não houve diferença significativa ( $p=0,093$ ).

### Impulsividade na comparação entre mulheres deprimidas e mulheres controles

Na comparação da amostra feminina, verificou-se diferença significativa entre os grupos deprimido e controle, como disposto na Tabela 24.

Tabela 24 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Impulsividade* na amostra feminina em função do grupo, em milímetros

| Variável             | Mulheres Deprimidas |       |      |      | Mulheres Controles |      |      |      | Teste <i>t</i> | Sig (p)      |
|----------------------|---------------------|-------|------|------|--------------------|------|------|------|----------------|--------------|
|                      | n = 40              |       |      |      | n = 33             |      |      |      |                |              |
|                      | Mín                 | Máx   | M    | DP   | Mín                | Máx  | M    | DP   |                |              |
| <b>Impulsividade</b> | 2,80                | 21,90 | 6,42 | 3,11 | 2,90               | 8,80 | 4,81 | 1,51 | 2,707          | <b>0,008</b> |

As mulheres deprimidas demonstraram maior amplitude de valores nesta variável, a qual variou entre 2,80 mm e 21,90 mm, enquanto a amplitude de valores das mulheres controles se situou entre 2,90 mm e 8,80 mm. Como apresentado na Tabela 24, as médias de *Impulsividade* da amostra feminina deprimida e controle foram 6,42 mm (DP=3,11) e 4,81 mm (DP=1,51) respectivamente. Essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p=0,008$ ). Isso aponta que as mulheres deprimidas apresentaram maior tendência à impulsividade. Ademais, na comparação com a amostra normativa do Teste Palográfico, a média de *Impulsividade* das mulheres deprimidas é classificada como aumentada, enquanto a média de *Impulsividade* das mulheres controles é considerada normal (Alves & Esteves, 2019).

Esse dado vai ao encontro de um estudo, realizado com 205 assinaturas de pacientes psiquiátricos, que buscou relacionar os aspectos gráficos da assinatura com aspectos de diversos testes de personalidade. Entre as análises, os autores calcularam a diferença entre as letras minúsculas e maiúsculas e constataram que, quanto maiores as diferenças, maiores os níveis de depressão ( $r=0,14$ ;  $p=0,04$ ). A impulsividade também se mostrou presente em outros estudos, que associavam vivências depressivas com aspectos de personalidade, como alto nível de neuroticismo e baixa capacidade de autorregulação emocional (Dinovo & Vasey, 2011; Vasey et al., 2013; Dalgarrondo, 2019).

O grau de impulsividade também foi associado à agressividade em estudo com comportamento expressivo, por meio de tarefa sensorial motora. Nos resultados, a tendência para agir sem pensar foi correlacionada positivamente com agressão ( $r=0,52$ ), dominância

( $r=0,43$ ), exibição ( $r=0,40$ ) e impulsão ( $r=0,38$ ) (Langer, 1938, citado por Wolff & Precker, 1978).

▪ **8) *Distância entre Palos***

Como descrito anteriormente, a variável *Distância entre Palos* está relacionada ao modo de funcionamento do indivíduo, se é extrovertido ou introvertido, à sua maior ou menor facilidade de deslocamento e atitude frente ao mundo, com domínio ou ausência de domínio sobre os impulsos (Alves & Esteves, 2019). Valores maiores de *Distância entre Palos* sugerem personalidade mais extrovertida, com necessidade de contato e troca com o mundo exterior, tendência à impulsividade e falta de prudência. Menores valores nesta variável indicam introversão, perfil mais prudente e reflexivo, tendência à desconfiança e egocentrismo (Minicucci, 2002, citado por Alves & Esteves, 2019).

A *Distância entre Palos* é a média do espaçamento entre os palos do protocolo, mensurada em milímetros. Não é uma variável associada à depressão. Na comparação entre os grupos, considerando homens e mulheres conjuntamente, não houve diferença significativa ( $p=0,067$ ) entre os grupos.

*Distância entre Palos* na comparação entre mulheres deprimidas e mulheres controles

Na comparação das mulheres, foi constatada diferença significativa entre os grupos deprimido e controle, disposta na Tabela 25.

Tabela 25 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Distância entre Palos* na amostra feminina em função do grupo, em milímetros

|                              | Mulheres Deprimidas |      |      |      | Mulheres Controles |      |      |      | Teste <i>t</i> | Sig (p)      |
|------------------------------|---------------------|------|------|------|--------------------|------|------|------|----------------|--------------|
|                              | n = 40              |      |      |      | n = 33             |      |      |      |                |              |
|                              | Mín                 | Máx  | M    | DP   | Mín                | Máx  | M    | DP   |                |              |
| <b>Distância entre Palos</b> | 2,10                | 7,60 | 3,98 | 1,26 | 1,90               | 5,20 | 3,35 | 0,88 | 2,425          | <b>0,018</b> |

A amostra feminina deprimida apresentou maiores valores de mínimo e máximo da *Distância entre Palos*, variando entre 2,10 mm e 7,60 mm, com média 3,98 mm e desvio padrão de 1,26 mm. As mulheres do grupo controle apresentaram, para a mesma variável,



valores situados entre 1,90 mm e 5,20 mm, com média 3,35 mm e desvio padrão de 0,88 mm. Foi verificada diferença estatística ( $p=0,018$ ) na *Distância entre Palos*, com mulheres deprimidas apresentando média mais alta que as mulheres controles.

Na comparação com a amostra normativa do teste, valores de *Distância entre Palos* situados entre 2,3 mm e 3,9 mm são classificados como média na comparação com a norma, e valores a partir de 4,0 mm são classificados como aumentada. Neste caso, a média da amostra feminina deprimida, que teve média 3,98 mm, está situada no limite entre essas classificações. Assim, as medidas da *Distância entre Palos* indicam que as mulheres deprimidas apresentaram maior tendência à extroversão, necessidade de contato com o mundo externo e tendência a atitudes mais impulsivas e imprudentes.

Esse resultado retoma o perfil observado na variável *Inclinação dos Palos* na amostra feminina, que também indicou necessidade de apoio e contato nas relações interpessoais. Isso ainda pode ser relacionado com o que traz Buck (1950, citado por Hammer, 1981), quando associa a extroversão à busca de gratificações imediatas e comportamento impulsivo, enquanto a introversão é associada à capacidade de adiar satisfações e ao autocontrole.

O modo de funcionamento extrovertido, que, portanto, dirige a energia psíquica para objetos e pessoas, também parece ter relação com o que foi descrito por Campos (2010). O autor aponta que, entre os aspectos de personalidade presentes nos deprimidos, é comum observar um histórico de negligência de cuidado, com padrões de vínculos inseguros e disfuncionais, o que gera um modelo de relação patogênica, em que o sujeito, esvaziado internamente, passa a dar mais do que receber, direcionando sua energia psíquica não para o autocuidado, mas para a busca de satisfação via objetos externos.

#### Avaliação Qualitativa da variável *Distância entre Palos* no Teste Palográfico

As classificações qualitativas referentes à *Distância entre Palos* buscam avaliar a tendência predominante de proximidade ou afastamento dos palos e podem ser divididas em: *Regular*, *Irregular*, *Diminuição progressiva da distância*, *Aumento progressivo*, *Agrupamentos*, *Agrupamentos com irregularidades*, *Acentuada irregularidade nas distâncias com avanços bruscos*, *Cruzamentos* e *Contraimpulsos*. A classificação *Regular* sugere equilíbrio, organização e preocupação em alcançar objetivos; a classificação *Irregular* indica insegurança na tomada de decisões, sensibilidade e ambivalência; e as classificações *Diminuição progressiva* e *Aumento progressivo* revelam personalidade aberta, que se reprime

ou reserva inicial com posterior espontaneidade, respectivamente. *Agrupamentos* sugerem fuga do convencional e busca por adaptação em situações de dificuldade. Já as classificações *Agrupamentos com irregularidades* e *Acentuada irregularidade com avanços bruscos* indicam impulsividade, atitude mais passional do que racional. *Cruzamentos* apontam insegurança, indecisão e agressividade, enquanto *Contraimpulsos* refletem problemas neurológicos ou forte inibição (Alves & Esteves, 2019).

Tabela 26 – Classificações qualitativas de *Distância entre Palos* na amostra feminina em função do grupo

| Distância entre Palos                        | Mulheres Deprimidas | Mulheres Controles |
|--|---------------------|--------------------|
|  | n = 40              | n = 33             |
|  | (n) %               | (n) %              |
| Regular                                      | (11) 27,5           | (12) 36,4          |
| Irregular                                    | (11) 27,5           | (6) 18,2           |
| Diminuição progressiva                       | ( 1) 2,5            | ( 1) 3             |
| Aumento progressivo                          | (4) 10              | (2) 6,1            |
| Agrupamentos                                 | ( 1) 2,5            | (6) 18,2           |
| Agrupamentos com irregularidades             | (9) 22,5            | (4) 12,1           |
| Acentuada irregularidade com avanços bruscos | ( 1) 2,5            | ( 0) 0             |
| Cruzamentos                                  | ( 1) 2,5            | ( 0) 0             |
| Contraimpulsos                               | ( 1) 2,5            | (2) 6,1            |
| Total  | (40) 100            | (33) 100           |

Conforme apresentado na Tabela 26, a classificação *Regular* esteve presente na maior parte dos protocolos da amostra feminina controle, seguida pelas classificações *Irregular* e *Agrupamentos*. Já entre as mulheres deprimidas, tanto a classificação *Regular* quanto a *Irregular* foram as mais frequentes nos protocolos avaliados, totalizando 55%. Além disso, na amostra feminina deprimida, verificou-se, ainda, 27,5% de perfis que refletem impulsividade e agressividade, segundo as classificações *Agrupamento com irregularidades*, *Acentuada irregularidade com avanços bruscos* e *Cruzamentos*, contra 12,1% no grupo controle. Dessa forma, é possível concluir que, do ponto de vista dos dados qualitativos desta variável, as mulheres deprimidas apresentaram perfis variados, algumas com equilíbrio e ponderação, outras com insegurança na tomada de decisões, bem como, impulsividade ou agressividade no modo de lidar com as atividades e os objetivos.

▪ **9) Distância entre Linhas**

A variável *Distância entre Linhas* representa o desejo de proximidade ou distanciamento nos relacionamentos interpessoais, assim como a forma de lidar com os limites do espaço do outro, tendência ao isolamento físico e psicológico (Pierry Neto, 1995, citado por Alves & Esteves, 2019). Em complemento, produções espaçadas sugerem clareza mental, expansão e distanciamento, enquanto produções condensadas refletem produtividade, concentração e retraimento (Xandró, 1991). No teste, a *Distância entre Linhas* é a média do espaçamento entre as linhas do protocolo e não é associada à depressão. Na comparação entre os grupos, considerando-se homens e mulheres conjuntamente, não foi constatada diferença significativa ( $p=0,360$ ).

*Distância entre Linhas* na comparação entre mulheres deprimidas e mulheres controles

Os resultados da comparação da amostra feminina, nas medidas de *Distância entre Linhas*, estão dispostos na Tabela 27.

Tabela 27 – Valores mínimos e máximos, Médias, Desvios Padrão, Teste *t* e Nível de Significância das medidas de *Distância entre Linhas* na amostra feminina em função do grupo, em milímetros

| Variável                      | Mulheres Deprimidas |      |      |      | Mulheres Controles |      |      |      | Teste<br><i>t</i> | Sig<br>( <i>p</i> ) |
|-------------------------------|---------------------|------|------|------|--------------------|------|------|------|-------------------|---------------------|
|                               | n = 40              |      |      |      | n = 33             |      |      |      |                   |                     |
|                               | Mín                 | Máx  | M    | DP   | Mín                | Máx  | M    | DP   |                   |                     |
| <b>Distância entre Linhas</b> | 3,00                | 8,80 | 5,71 | 1,62 | 2,00               | 7,90 | 4,77 | 1,65 | 2,428             | <b>0,018</b>        |

As mulheres com depressão apresentaram maiores valores de mínimo e máximo da *Distância entre Linhas*, variando entre 3,00 mm e 8,80 mm, com média 5,71 mm e desvio padrão de 1,62 mm, enquanto as mulheres do *grupo controle* apresentaram valores variando entre 2,00 mm e 7,90 mm, com média de 4,77 mm e desvio padrão de 1,65 mm. Na comparação com a amostra normativa do teste, ambas as médias são classificadas como normal/média. Conforme apresentado, a medida *Distância entre Linhas* se mostrou significativamente diferente ( $p=0,018$ ) na comparação dos grupos de mulheres.

Ainda que ambos os grupos de mulheres tenham tido médias classificadas como normal/média, parece que as mulheres deprimidas demonstraram maior tendência ao afastamento do contato social e afetivo, precaução e cautela nas relações e isolamento, assim como indicaram tendência à clareza mental, perspicácia, espírito crítico ou à dispersão do pensamento e distanciamento.

Segundo Alves e Esteves (2019), a *Distância entre Linhas* se mostra sensível a oscilações em outras variáveis do teste, como *Direção das Linhas* e *Tamanho do Palo*, e, por isso, torna-se importante também considerar a avaliação qualitativa, apresentada a seguir.

#### Avaliação Qualitativa da variável *Distância entre Linhas* no Teste Palográfico

As classificações qualitativas referentes à *Distância entre Linhas* buscam qualificar a tendência predominante relativa à proximidade ou afastamento das linhas e podem ser divididas em *Regular*, *Irregular*, *Crescente*, *Decrescente* e *Linhas que se tocam ou sobrepostas*. Como explicado anteriormente, a classificação *Regular* sugere equilíbrio e ponderação nos relacionamentos; a classificação *Irregular* indica instabilidade no modo de se relacionar; as classificações *Crescente* e *Decrescente* revelam tendência a distanciamento progressivo ou prudência inicial, respectivamente; e a classificação *Linhas que se tocam ou sobrepostas* apontam grande dificuldade de situar os limites no relacionamento pessoal e agressividade (Alves & Esteves, 2019).

Tabela 28 – Classificações qualitativas do *Distância entre Linhas* na amostra feminina em função do grupo

| <b>Distância entre Linhas</b>      | <b>Mulheres Deprimidas</b> | <b>Mulheres Controles</b> |
|------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
|                                    | <b>n = 40</b>              | <b>n = 33</b>             |
|                                    | <b>(n) %</b>               | <b>(n) %</b>              |
| Regular                            | (13) 32,5                  | (19) 57,6                 |
| Irregular                          | (15) 37,5                  | (9) 27,3                  |
| Crescente                          | (8) 20                     | (4) 12,1                  |
| Decrescente                        | (1) 2,5                    | (1) 3                     |
| Linhas que se tocam ou sobrepostas | (3) 7,5                    | (0) 0                     |
| Total                              | (40) 100                   | (33) 100                  |

Conforme mostra a Tabela 28, a maior parte das mulheres deprimidas (67,5%) apresentou perfis relacionais que sugerem instabilidade e oscilação no modo de se relacionar, enquanto apenas 32,5% mostraram regularidade na *Distância entre Linhas*. Já no grupo controle, 57,6% das mulheres apresentaram classificação *Regular*.

Dessa forma, é possível concluir que, do ponto de vista dos dados quantitativos desta variável, as mulheres deprimidas apresentaram maior distanciamento social e afetivo e isolamento físico e psicológico, mas também demonstraram maior instabilidade e mudanças de comportamento no modo de lidar com os relacionamentos, do ponto de vista qualitativo. Além disso, algumas (7,5%) apresentaram grande dificuldade para respeitar os limites no relacionamento pessoal, com provável comportamento viscoso e inconveniente, bem como, agressividade no contato.

Após a apresentação desses resultados, é importante mencionar que as variáveis do Teste Palográfico em que não foram encontradas diferenças, tanto nas comparações da amostra total quanto nas análises separadas por sexo, foram: *NOR* ( $p=0,756$ ), *Margem Esquerda* ( $p=0,556$ ), *Margem Direita* ( $p=0,463$ ) e *Margem Superior* ( $p=0,870$ ).

Outro aspecto importante a ser pontuado é que, de modo geral, ao analisar as variáveis que diferenciaram os grupos, o grupo *deprimido* apresentou tendência a ocupar classificações qualitativas mais extremas do que o grupo controle – ou seja, enquanto as médias obtidas pelo grupo controle se situaram nas classificações normal/médio, as médias obtidas pelo grupo *deprimido* se situaram nas classificações aumentadas. São elas: *Tamanho Maior* aumentado, *Inclinação Menor* considerada Inclinada à Esquerda, *Inclinação Maior* classificada como Inclinada à Direita, e *Produtividade Total* correspondente à Média Superior. A *Porcentagem de Ganchos* foi a única variável que esteve dentro da classificação normal/médio no grupo *deprimido*. De modo similar, quando verificadas as médias das mulheres com depressão, estas também foram classificadas como aumentadas, nas variáveis *Tamanho Maior*, *Impulsividade*, *Distância entre Palos* e *Inclinação Maior*, classificada como Inclinada à Direita. A *Distância entre Linhas* esteve dentro da classificação normal/médio na amostra feminina deprimida. Em complemento, a única variável que foi classificada como aumentada no grupo controle foi a variável *Tamanho Maior* da amostra masculina. Essas características contribuem para a compreensão do perfil expressivo da depressão, sobre o qual são necessárias mais pesquisas.

#### 4ª etapa – Correlação entre medidas do Palográfico e pontuação do BDI-II

##### Correlações do BDI-II com Palográfico – Amostra Total

Com o propósito de verificar a relação entre as variáveis expressivas e a intensidade de depressão, foram calculadas as correlações entre as características quantitativas do Teste Palográfico e a pontuação do BDI-II, pelo coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). Nesta etapa, os participantes não são divididos entre *grupo deprimido e controle*, e sim analisados em conjunto. Os resultados, considerando a amostra total, podem ser observados na Tabela 29.

Tabela 29 – Correlação entre as características do Palográfico e a intensidade de depressão do BDI-II e nível de significância da correlação na amostra total (n = 100)

| <b>Variáveis</b>           | <b>Correlação<br/>(r)</b> | <b>Sig<br/>(p)</b> |
|----------------------------|---------------------------|--------------------|
| <b>Produtividade Total</b> | <b>0,285</b>              | <b>0,004</b>       |
| <b>Produtividade T1</b>    | <b>0,261</b>              | <b>0,009</b>       |
| <b>Produtividade T2</b>    | <b>0,319</b>              | <b>0,001</b>       |
| <b>Produtividade T3</b>    | <b>0,295</b>              | <b>0,003</b>       |
| <b>Produtividade T4</b>    | <b>0,253</b>              | <b>0,011</b>       |
| <b>Produtividade T5</b>    | <b>0,263</b>              | <b>0,008</b>       |
| NOR                        | -0,075                    | 0,460              |
| Tamanho Menor              | -0,140                    | 0,163              |
| Tamanho Médio              | -0,067                    | 0,508              |
| Tamanho Maior              | 0,003                     | 0,979              |
| Direção das Linhas         | -0,062                    | 0,542              |
| <b>Menor Inclinação</b>    | <b>-0,225</b>             | <b>0,024</b>       |
| Inclinação Média           | 0,103                     | 0,308              |
| <b>Maior Inclinação</b>    | <b>0,299</b>              | <b>0,003</b>       |
| Porcentagem de Ganchos     | 0,187                     | 0,063              |
| Impulsividade              | 0,073                     | 0,473              |
| Distância entre Palos      | 0,082                     | 0,417              |
| Distância entre Linhas     | 0,051                     | 0,614              |
| Margem Esquerda            | -0,018                    | 0,857              |
| Margem Direita             | -0,159                    | 0,115              |
| Margem Superior            | -0,045                    | 0,659              |

Como mencionado anteriormente, estudos de validade de testes que apresentam correlações significativas ( $p < 0,05$ ) e com índices de correlação ( $r$ ) diferentes de zero indicam algum grau de relação entre as variáveis (Guilford, 1950, citado por Conti, 2014). Na área médica e da psicologia, as magnitudes de correlação costumam variar entre 0,15 e 0,30 (Meyer et al., 2001). Ainda assim, baseando-se em Dancy e Reidy (2006), podem ser consideradas relações *fracas* aquelas com valores entre +/- 0,1 e +/- 0,3, relações *moderadas* aquelas entre +/- 0,4 e +/- 0,6 e correlações *fortes* aquelas com valores entre +/- 0,7 a +/- 0,9).

Ao se observarem os resultados dispostos na Tabela 29, encontram-se correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre a intensidade de depressão e as medidas de *Produtividade* (Total e por intervalo de tempo), *Menor Inclinação* e *Maior Inclinação*.

Em relação à *Produtividade*, foram encontradas correlações positivas e estatisticamente significativas ( $p$  variando entre 0,001 e 0,011), com índices de correlação variando entre 0,253 e 0,319, o que equivale a relações fracas. Isso indica que ocorreu um aumento concomitante entre a produtividade expressiva e a intensidade de depressão.

A *Produtividade* já foi relacionada negativamente ao envelhecimento por Lima et al. (2017), que verificaram tendência a queda no rendimento com o aumento da idade. Alves e Esteves (2019) também destacaram aumento significativo da *Produtividade* em etapa de reteste durante estudo de precisão, o que levantou a hipótese de ocorrência de provável efeito de aprendizagem ou de adaptação à tarefa por parte dos participantes da amostra. Ainda sobre essa variável, diferentemente dos achados de Nakano e Sampaio (2016), não é possível atribuir à escolaridade o aumento da *Produtividade* no presente estudo, visto que apenas 20% dos participantes do *grupo deprimido* e 38% do *grupo controle* tinham ensino superior. Dessa forma, parece que a *Produtividade* pode estar suscetível a diversas influências, e seu aumento pode inclusive estar ligado à motivação e abertura à tarefa, como discutido anteriormente, e, provavelmente, não relacionado à depressão.

Em relação às medidas de *Inclinação*, as correlações foram significativas para duas medidas: *Menor Inclinação* ( $p = 0,024$ ) e *Maior Inclinação* ( $p = 0,003$ ). O índice de correlação foi de -0,225 para a *Menor Inclinação*; ou seja, quanto mais inclinado à esquerda (menor graduação), maior a intensidade de depressão. Isso reforça que nos indivíduos mais deprimidos há maior tendência a insegurança, isolamento, solidão e contenção dos afetos. Já o índice de correlação da medida de *Maior Inclinação* foi de 0,299, indicando que, quanto mais inclinado à direita (maior graduação), maior a intensidade da depressão, o que reitera a

presença de aspectos de dependência, emotividade e até impulsividade e agressividade entre os deprimidos. A característica Inclinação parece ter sido aquela que mais se mostrou sensível à depressão, visto que apresentou diferença entre os grupos, nas comparações da amostra total e feminina, e correlação significativa com BDI-II.

#### Correlações do BDI-II com Palográfico – Amostra masculina

Na avaliação da amostra masculina, observou-se que houve correlação significativa entre o grau de depressão e as medidas de *Tamanho Médio* e *Tamanho Maior*.

Tabela 30 – Correlação entre o *Tamanho dos Palos* e a intensidade de depressão do BDI-II e nível de significância da correlação na amostra total masculina (n = 27)

| <b>Tamanho dos Palos</b> | <b>Correlação<br/>(r)</b> | <b>Sig<br/>(p)</b> |
|--------------------------|---------------------------|--------------------|
| <b>Menor</b>             | -0,252                    | 0,204              |
| <b>Médio</b>             | <b>-0,382</b>             | <b>0,049</b>       |
| <b>Maior</b>             | <b>-0,392</b>             | <b>0,043</b>       |

Os índices de correlação encontrados foram os mais altos do estudo ( $r = -0,382$  e  $r = -0,392$  respectivamente), ainda que seja importante retomar que o tamanho da amostra masculina é frágil para afirmar conclusões consistentes. Em ambos os casos, a correlação se mostrou negativa, ou seja, quanto maior a intensidade de depressão pontuada no BDI-II, menores os tamanhos dos palos.

Tal descoberta vai ao encontro do que era esperado do ponto de vista teórico, isto é, que a variável *Tamanho dos Palos*, como uma medida sensível à depressão, tendesse à diminuição, com o aumento de sintomatologia depressiva. A correlação não se mostrou presente nas análises da amostra feminina ou total, manifestando-se apenas nas amostras dos homens.

#### Correlações do BDI-II com Palográfico – Amostra feminina

Na avaliação da amostra feminina, observou-se correlação significativa entre a intensidade de depressão e as variáveis, conforme Tabela 31.



Tabela 31 – Correlação entre características do Palográfico e a intensidade de depressão do BDI-II e nível de significância da correlação na amostra total feminina (n = 73)

| Características            | Correlação<br>(r) | Sig<br>(p)   |
|----------------------------|-------------------|--------------|
| <b>Produtividade Total</b> | <b>0,246</b>      | <b>0,036</b> |
| <b>Produtividade T1</b>    | 0,213             | 0,071        |
| <b>Produtividade T2</b>    | <b>0,276</b>      | <b>0,018</b> |
| <b>Produtividade T3</b>    | <b>0,271</b>      | <b>0,020</b> |
| <b>Produtividade T4</b>    | 0,215             | 0,067        |
| <b>Produtividade T5</b>    | 0,228             | 0,053        |
| <b>Inclinação Menor</b>    | -0,163            | 0,169        |
| <b>Inclinação Média</b>    | 0,203             | 0,085        |
| <b>Inclinação Maior</b>    | <b>0,336</b>      | <b>0,004</b> |
| <b>Margem Direita</b>      | <b>-0,283</b>     | <b>0,015</b> |

Algumas medidas de *Produtividade* apresentaram correlação com a intensidade de depressão. As medidas foram a *Produtividade Total*, *T2* e *T3*. Os índices de correlação encontrados nessas três medidas variaram entre 0,246 e 0,276 e são classificados como fracos, porém significantes. Três medidas de *Produtividade* (*T1*, *T4* e *T5*) não apresentaram correlação significativa ( $p > 0,05$ ).

No conjunto feminino de participantes, a variável *Maior Inclinação* demonstrou correlação significativa ( $p = 0,004$ ) com a intensidade de depressão, avaliada pelo BDI-II – ou seja, quanto maior a intensidade de depressão nas mulheres, maior a graduação da inclinação. O índice de correlação de 0,336 é considerado fraco, porém foi significativo.

A variável *Margem Direita* apresentou correlação significativa ( $p = 0,015$ ) com a pontuação do BDI-II. Verificou-se um coeficiente de correlação negativo, de -0,283, o que indica que quanto maior a intensidade de depressão nas mulheres deprimidas, menor a Margem Direita. A correlação não se mostrou presente nas análises da amostra masculina ou total.

De modo geral, foi observado que as duas variáveis do Palográfico que apresentaram correlação significativa com a pontuação do BDI-II, quando considerada a amostra total dos participantes, foram as mesmas que diferenciaram os grupos deprimidos e controles na segunda etapa da análise: *Inclinação do Palo* e *Produtividade*. Apenas a *Porcentagem de Ganchos* não apresentou correlação, e, na segunda etapa, havia diferenciado os grupos

deprimido e controle. Isso também ocorreu quando foram considerados apenas os homens: a variável *Tamanho dos Palos* foi aquela que apresentou diferença significativa entre os grupos e se mostrou relacionada ao BDI-II. Já entre as mulheres não houve a mesma correspondência: as variáveis *Distância entre Palos* e *Distância entre Linhas*, que se mostraram diferentes entre os grupos, não apresentaram correlação com a pontuação do BDI-II. Apenas na variável *Inclinação do Palo* algumas medidas da *Produtividade* e a *Margem Direita* apresentaram correlações.

Não foram encontradas correlações significativas nas seguintes variáveis: *Direção das Linhas*, *Porcentagem de Ganchos*, *Impulsividade*, *Distância entre Palos*, *Distância entre Linhas*, *NOR*, *Margem Esquerda* e *Margem Superior*, tanto ao se considerar a amostra total, quanto na feminina ou masculina. A variável *Pressão e Qualidade do Traçado* não foi correlacionada com o BDI-II, por se tratar de uma medida qualitativa e passível de respostas múltiplas.

Vale ressaltar, que não foram realizadas comparações entre os deprimidos que estavam em uso de psicofármacos com aqueles sem medicação. Possivelmente, o uso de medicação pode mascarar ou alterar algum aspecto expressivo depressivo. Trata-se de uma limitação do estudo.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo investigar a validade dos indicadores de depressão no Teste Palográfico. Para tanto, buscou-se verificar a existência de diferenças entre os grupos deprimido e controle nas medidas do Teste Palográfico e testar a correlação entre as medidas do Teste Palográfico e a pontuação do BDI-II.

Na análise dos indicadores, a variável *Tamanho dos Palos* mostrou diferenças entre os grupos deprimido e controle apenas quando separados por sexo. Na amostra feminina, a medida *Tamanho Maior* se mostrou mais alta e estatisticamente diferente nos protocolos das mulheres deprimidas, sugerindo presença de agressividade, reatividade compensatória e mecanismo defensivo. Na amostra masculina, por sua vez, a medida *Tamanho Médio* foi menor e estatisticamente significativa nos protocolos dos homens deprimidos, o que indica vivências de autodesvalorização e baixa autoestima. Essa variável, ao fim, levantou indícios de vivências expressivas diferentes entre homens e mulheres no modo de lidar com os aspectos de autoestima e autoconceito na depressão. Os resultados não se mostraram consistentes para a diferenciação dos grupos deprimido e controle, ainda que a característica *Tamanho dos Palos* tenha demonstrado alguma sensibilidade para a depressão.

Os resultados quantitativos da variável *Direção das Linhas* não se mostraram sensíveis para diferenciar os grupos. Na análise qualitativa, a classificação Descendente, teoricamente relacionada à depressão, foi observada apenas em parte dos protocolos do *grupo deprimido*, como também esteve presente nos protocolos do *grupo controle*, ainda que estes não estivessem deprimidos. Supõe-se, portanto, que essa variável seja mais sensível às oscilações de ânimo e humor transitórias do que à depressão.

Na avaliação qualitativa da variável *Pressão e Qualidade do Traçado*, 46% dos deprimidos produziram *traços brandos, frouxos ou curvos*, enquanto 54% controles produziram traços firmes e retos. Nesse quesito, parece haver uma maior tendência dos deprimidos a insegurança, indecisão e baixa energia.

Embora as outras variáveis do Palográfico não sejam consideradas indicadores de depressão, algumas se mostraram relevantes no estudo e contribuem para traçar o perfil de personalidade da amostra estudada, bem como para levantar elementos expressivos da depressão. Na comparação entre os grupos, verificou-se, a partir da variável *Inclinação do*

*Palo*, que os deprimidos expressaram uma dinâmica conflitiva no que tange ao contato social e afetivo. Foi observado, por um lado, a presença de sentimentos de inibição e isolamento, e, por outro, a necessidade de contato, sentimentos de carência e dependência. Além disso, qualitativamente, observou-se prevalência de irregularidade, o que denota ambivalência e instabilidade no modo de se relacionar afetiva e socialmente. Outra diferença observada entre os grupos foi a maior presença de agressividade, verificada a partir da variável *Porcentagem de Ganchos*, bem como maior *Produtividade* no grupo deprimido. Tal descoberta, que inicialmente pareceu contraditória, talvez possa ser explicada pelo viés motivacional aumentado na coleta deste grupo, uma vez que a aplicação ocorreu em contexto terapêutico e individualizado.

Nas comparações realizadas entre as mulheres, houve sete variáveis que apresentaram diferença estatística entre os grupos. Viu-se, assim, uma tendência na amostra deprimida feminina a apresentar maior impulsividade, agressividade, reatividade, extroversão e instabilidade no modo de estabelecer relações afetivas e sociais. Isso se mostrou consistente, uma vez que diversas variáveis apontaram resultados complementares nessa direção, a saber: a) a média da variável *Tamanho Maior* se mostrou mais alta na amostra feminina deprimida, o que sugere presença de reatividade, mecanismo defensivo e agressividade; b) a média da *Impulsividade* também se mostrou maior, o que revela mais comportamentos impensados e imprevisíveis; c) a variável *Porcentagem de Ganchos* revelou presença de mais impulsos agressivos nas deprimidas; d) os resultados da variável *Inclinação do Palo* apontaram necessidade de contato e apoio, perfil extrovertido, possivelmente dependente, carente e impulsivo; e) também na variável *Distância entre Palos*, as mulheres deprimidas demonstraram maior extroversão, ou seja, necessidade de contato e troca com o mundo externo e tendência à impulsividade; f) ao mesmo tempo, conforme expresso pela variável *Distância entre Linhas*, elas apresentaram maior distanciamento nos relacionamentos, com tendência ao isolamento. Nesse aspecto, a avaliação qualitativa ressaltou instabilidade e oscilação no modo de se relacionar; e g) a *Produtividade* mostrou-se maior entre as deprimidas, o que demonstra motivação e engajamento à tarefa proposta.

Nas comparações realizadas entre os homens, apenas a variável *Tamanho dos Palos*, a partir da medida do *Tamanho Médio*, apresentou diferença entre os grupos, como descrito anteriormente. O tamanho reduzido da amostra masculina provavelmente impossibilitou outros resultados significantes. Inclusive, como já mencionado, mostram-se fundamentais

novas investigações que explorem a expressividade e a subjetividade do fenômeno depressivo masculino, dada a sua invisibilidade na literatura.

O perfil clássico expressivo de depressão, caracterizado por diminuição de movimentos, olhar baixo, lentificação, imobilidade, latência para responder e letargia, não se fez presente neste estudo. As únicas variáveis que corresponderam a essa descrição teórica foram *Pressão e Qualidade de Traçado*, que apresentou tendência a insegurança, timidez e baixa energia (por meio dos *traços brandos, frouxos e curvos*), e *Menor Palo*, nos homens, que apontou para baixa autoestima. No geral, ao contrário do que seria esperado, foi constatado, entre os deprimidos, presença de agressividade e alta produtividade e, nas mulheres, impulsividade, extroversão e reatividade. Indaga-se, portanto, se a depressão clínica que chega aos serviços de saúde hoje, corresponde ao perfil descrito ou se o perfil expressivo da depressão vem se modificando.

Outro fator importante a ser questionado, relativo à amostra estudada, é se esta amostra deprimida não teria comorbidades que não foram diagnosticadas, visto que os participantes estavam no início de um tratamento ambulatorial. A presença de ansiedade, transtornos de personalidade ou a constatação de um quadro de depressão bipolar poderiam explicar a presença de características de impulsividade, agressividade e instabilidade, embora seja difícil que isso tenha ocorrido com a maioria dos 50 participantes. O controle dessa variável exigiria avaliações longitudinais, o que é uma limitação do presente estudo. Vale ressaltar ainda que o *grupo controle* também poderia apresentar comorbidades que não foram acessadas, devido à brevidade da avaliação realizada. Outro aspecto importante a ser pontuado, que pode ter gerado interferência nos resultados, foi o uso de medicação por parte da amostra deprimida. Os psicotrópicos, receitados para atenuação dos sintomas, podem gerar alterações no comportamento expressivo, aspecto sobre o qual não foram feitas comparações. Sugere-se que novos estudos considerem o uso de medicação na análise de dados.

Em conclusão, as variáveis que se mostraram mais sensíveis à presença de depressão, visto que apresentaram correlação significativa com o BDI-II e diferenciaram os grupos, foram a *Inclinação do Palo* e a *Produtividade*, tanto na amostra total quanto na feminina. A variável *Tamanho dos Palos* também demonstrou alguma relação com o fenômeno depressivo e, por isso, são indicados novos estudos que confirmem ou não essas descobertas.

Como já pontuado na literatura, a depressão é um fenômeno singular, complexo e heterogêneo, com padrões diversos de expressão; por isso, sua avaliação não é tarefa fácil.

Este é o primeiro estudo de que se tem ciência a explorar o comportamento expressivo na depressão a partir do Teste Palográfico. Os estudos de validade são muito importantes para testar os instrumentos de avaliação, buscando convergências ou divergências entre os resultados.

Foram avaliadas 13 variáveis, e em oito delas foram encontradas diferenças, as quais podem não estar relacionadas apenas à depressão, mas que indicam aspectos expressivos importantes para investigações futuras. Além disso, foi possível levantar outros aspectos importantes do perfil de expressão da depressão, tanto na amostra geral quanto na feminina, que devem ser aprofundados em pesquisas futuras, ampliando a amostra e incluindo a compreensão as diferenças em função do sexo. Ainda que os resultados do estudo não tenham precisado a validade dos indicadores propostos para diferenciar os grupos com e sem depressão, também não são suficientes para concluir que essas variáveis não sejam sensíveis ao fenômeno da depressão, assim como as outras variáveis. Por isso, diante do exposto, recomenda-se que as medidas do Teste Palográfico não sejam usadas como critério único na avaliação de sintomas depressivos, ainda que possam contribuir para traçar um perfil das características da personalidade. O fato de as correlações encontradas serem fracas também não anula a importância dos resultados, uma vez que foram significantes e obtidas por meio de técnicas metodologicamente diversas.

## REFERÊNCIAS

- Alchieri, J. C., & Cruz, R. M. (2012). *Avaliação Psicológica: conceito, métodos e instrumentos* (5a ed). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Allen, T. A., Carey, B. E., Mcbride, C., Bagby, R. M., Deyoung, C. G., & Quilty, L. C. (2017). Big Five aspects of personality interact to predict depression. *Journal of Personality, 1*(12), 175-188. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/jopy.12352>.
- Allport, G. W. (1966). *Personalidade: Padrões e Desenvolvimento*. São Paulo, SP: Herder.
- Allport, G. W. (1975). *Desenvolvimento da Personalidade*. São Paulo, SP: EPU.
- Allport, G. W., & Vernon, P. E. (1933). *Studies in expressive movement*. New York, NY: The Macmillan Company.
- Alves, I. C. B. (2002). Instrumentos Disponíveis no Brasil para Avaliação da Inteligência. In R. Primi (Ed.), *Temas em avaliação psicológica*. Campinas, SP: Imprensa Digital do Brasil.
- Alves, I. C. B., & Esteves, C. (2009). *O Teste Palográfico na avaliação da personalidade* (2a ed.). São Paulo: Vetor Editora.
- Alves, I. C. B., & Esteves, C. (2019). *O Teste Palográfico na avaliação da personalidade* (3a ed.). São Paulo: Vetor.
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington DC: Amer Educational Research Assn.
- American Psychiatric Association – APA. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (3a ed). Washington DC.
- American Psychiatric Association – APA. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. III-R*. Washington DC.
- American Psychiatric Association – APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (4a ed). Washington DC.
- Associação Americana de Psiquiatria – APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM* (5a ed). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Anastasi, A. (1977). *Testes Psicológicos* (2a ed.). São Paulo, SP: EPU.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica* (7a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Andrade, L. H. S. G. de, Junior, C. A. S., Wang, Y. P., & Viana, M. C. (2011). Epidemiologia dos transtornos mentais na população geral adulta. In E. C. Miguel, V. Gentil, & W. F. Gattaz (Eds.), *Clínica Psiquiátrica* (pp. 1802–1815). Barueri, SP: Manole.

Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., ... Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS ONE*, 7(2). Recuperado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>.

Anzieu, D. (1989). *Os Métodos Projetivos* (5a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Campus.

Araújo, A. C., & Neto, F. L. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais - o DSM-5. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn*, XVI(1), 67–82.

Astrom, J., & Thorell, L. H. (2008). Graphometric variables of ones signature: II Correlations with measures of perception, cognitive function, and personality. *Perceptual and Motor Skills*, 107, 197–221.

Bannach, E. L., & Bianchi, A. S. (2020). Teste Palográfico: Desafios para Formação. *Avaliação Psicológica*, 19(4), 400–408.

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Oliveira, M. das G. de. (1999). Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas Psicol*, 7(2), 143–156.

Baptista, M. N., Irigaray, T. Q., & Cardoso, H. F. (2019). Avaliação em sintomatologia depressiva. *Compêndio de Avaliação Psicológica* (pp. 670–680). Petrópolis, RJ: Vozes.

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). BDI-II – Beck Depression Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Berlinck, M. T., & Fédida, P. (2000). A clínica da depressão: questões atuais. *Rev. Latinoam. Psicopat.*, III(2), 9–25.

Borges, P. M. M., Loth, O., & Resende, A. C. (2012). Convergências entre variáveis do método de Rorschach e o fator Estabilidade emocional: Informações preliminares. In D. M. Amparo, E. T. K. Okino, F. de L. Osório, C. L. C. Hisatugo, & M. Tavares (Eds.), *Métodos Projetivos e Avaliação Psicológica: Atualizações, Avanços e Perspectivas* (Vol. XXXIII, pp. 12–27).

Borsa, J. C. (2010). Considerações sobre o uso do teste da Casa-Árvore-Pessoa – HTP. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 151–154.

Brandt, W. A., Loew, T., Von Heymann, F., Stadtmüller, G., Tischinger, M., Strom, F., ... Tritt, K. (2015). How does the ICD-10 symptom rating (ISR) with four items assess depression compared to the BDI-II? A validation study. *Journal of Affective Disorders*, 173, 143–145. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.070>.



Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa-Árvore-Pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo, SP: Vetor.

Byington, C. A. B. (2007). A depressão normal e o futuro da civilização: Um estudo da função estruturante da depressão pela psicologia simbólica junguiana. *V Congresso Venezuelano de Psicoterapia, realizado pela Asociación Venezolana de Psicoterapia – AVEPSI*. Caracas, Venezuela. Recuperado de: [http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/a\\_depressao\\_normal\\_e\\_o\\_futuro\\_da\\_civilizacao.pdf](http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/a_depressao_normal_e_o_futuro_da_civilizacao.pdf).

Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (2000). Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Depressão. In C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade, & A. W. Zuardi (Eds.), *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp 5–6). São Paulo, SP: Lemos Editorial.

Camargo, P. S. de. (2009). *Grafologia Expressiva* (3a ed.). São Paulo, SP: Ágora.

Campos, É B. V. (2016). Uma Perspectiva Psicanalítica Sobre as Depressões na Atualidade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 22-44. Recuperado de: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p22>.

Campos, R. C. (2010). Depressão, traços depressivos e representações parentais: um estudo empírico. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 371–382.

Campos, R. C. (2013). Conceptualization and preliminary validation of a depressive personality concept. *Psychoanalytic Psychology*, 30(4), 601–620. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/a0033961>.

Campos, R. C. (2017). Dor psíquica e risco de suicídio: notas para uma compreensão dos comportamentos suicidas. *Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 7(1), 103-112.

Cardoso, T., Esteves, C., Silva, F. C., Arsuffi, E. dos S., & Franzim Neto, L. (2014). Precisão do sistema de correção informatizada do teste palográfico – SKIP. *Boletim de Psicologia*, 64(141), 185–194.

Carvalho, L. de F. (2019). Avaliação dos transtornos da personalidade no Brasil: panorama geral e ferramentas disponíveis. In M. N. Batista et al. (Orgs.), *Compêndio de Avaliação Psicológica* (pp. 569–579). Petrópolis, RJ: Vozes.

Castro, M. D. G. T. de, Oliveira, M. D. S., Araújo, R. B., & Pedroso, R. S. (2008). Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 30(1), 25–30.

Cheniaux, E. (2013). Psicopatologia e Diagnóstico de depressão. In J. Quevedo & A. G. da Silva (Eds.), *Depressão: Teoria e Clínica* (pp. 39–48). Porto Alegre, RS: Artmed.

Cloninger, S. C. (1999). *Teorias da Personalidade*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2010). *Avaliação Psicológica: Diretrizes na Regulamentação da Profissão* (1a ed.). Brasília, DF: CFP.
- 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). Recuperado de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).
- Conti, F. D. (2014). *Investigação da validade e precisão do Psicodiagnóstico Miocinético – PMK* (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).
- Costa, L. G., & Magalhães, P. V. da S. (2013). Epidemiologia do Transtorno Depressivo Maior. In J. Quevedo & A. G. Silva (Eds.), *Depressão: Teoria e Clínica* (pp. 29–38). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cremasco, G. da S., & Baptista, M. N. (2020). Revisão integrativa das propriedades psicométricas da State-Trait Depression Scales. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, *11*(2), 98–110.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V*. (5a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *21*(suppl 1), 06–11.
- Dinovo, S. A., & Vasey, M. W. (2011). Reactive and self-regulatory dimensions of temperament: Interactive relations with symptoms of general distress and anhedonia. *Journal of Research in Personality*, *45*(5), 430–440.
- Ely, P., Nunes, M. F. O., & Carvalho, L. de F. (2014). Avaliação psicológica da depressão: levantamento de testes expressivos e autorrelato no Brasil. *Avaliação Psicológica*, *13*(3), 419–426.
- Esteves, C., & Alves, I. C. B. (2018). Teste Palográfico. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Eds.), *Avaliação Psicológica da Inteligência e da Personalidade* (pp. 431–446). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Eulálio, M. do C., Andrade, T. F. de, Melo, R. L. P. de, & Neri, A. L. (2015). A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. *Cadernos de Saúde Pública*, *31*(3), 555–564.
- First, M. B., Williams, J., Spitzer, R., & Karg, R. (2017). *SCID-5-CV: Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Fonseca, R. S., Franzim, L. N., & Esteves, C. (2011). Análise da produtividade e nível de oscilação rítmica (NOR) em uma amostra de deficientes físicos: um estudo a partir do Teste Palográfico. *Poster apresentado no 7º Congresso Norte Nordeste de Psicologia (Conpsi 7)*. Salvador, BA, Brasil.

Formiga, N. S., & Mello, I. (2000). Testes psicológicos e técnicas projetivas: uma integração para um desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(2), 12–19.

Freud, S. (2010). *Freud (1914-1916): Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Friedman, H. S., & Schustack, M. W. (2004). *Teorias da Personalidade* (2a ed.). São Paulo, SP: Pearson.

Galland de Mira, A. M. (2014). *Psicodiagnóstico Miocinético (PMK)* (5a ed.). São Paulo, SP: Vetor Editora.

Godoy, S. L. de, & Noronha, A. P. P. (2005). Instrumentos psicológicos utilizados em seleção profissional. *Revista Do Departamento de Psicologia – UFF*, 17(1), 139–159. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0104-80232005000100011>.

Gonçalves, A. M. C., Teixeira, M. T. B., Gama, J. R. de A., Lopes, C. S., e Silva, G. A., Gamarra, C. J., ... Machado, M. L. S. M. (2018). Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2), 101–109.

Gonçalves, C. A. V., & Machado, A. L. (2007). Depressão, o mal do século: de que século? *Rev. Enfermagem UERJ*, 15(2), 298–304.

Gorenstein, C., & Andrade, L. (2000). Inventário de Depressão de Beck – Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade, & A. W. Zuardi (Eds.), *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 89–95). São Paulo, SP: Lemos Editorial.

Gorenstein, C., Wang, Y.-P., Argimon, I. I. de L., & Werlang, B. S. G. (2014). *Inventário de Depressão de Beck – BDI-II* (1a ed.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Grassano, E. (2012). *Indicadores psicopatológicos em técnicas projetivas*. São Paulo, SP: WMF Martins Fontes.

Grevet, E. H., & Knijnik, L. (2001). Diagnóstico de depressão maior e distímia. *Revista AMRIGS*, 45(3,4), 108–110.

Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade* (4a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Hammer, E. F. (1981). *Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos*. Rio de Janeiro, RJ: Interamericana.

- Hauck, N. (2019). Avaliação em psicopatologia. In M. N. Batista et al. (Orgs.), *Compêndio de Avaliação Psicológica* (pp. 662–669). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Hutz, C. S. (2015). O que é avaliação psicológica – métodos, técnicas e testes. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp. 11–21). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão – O mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74–79.
- Kehl, M. R. (2011). A atualidade das depressões (Como pensar as depressões sem o DSM-IV). In A. Jerusalisky & S. Fendrik (Orgs.), *O Livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 103–127). São Paulo, SP: Via Lettera.
- Koch, K. (1978). *Teste da Árvore* (4a ed.). São Paulo, SP: Mestre Jou.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821.
- Krech, D., & Crutchfield, R. S. (1971). *Elementos da Psicologia v. 2* (3a ed.). São Paulo, SP: Pioneira.
- Lima, F. F. de, Esteves, C., Lance, A. C. N., Arsuffi, E. dos S., Reis, J. S., & Arruda, G. P. D. de. (2017). Estudo de ampliação da faixa-etária para o Teste Palográfico. *Boletim de Psicologia*, LXVIII(146), 83–99.
- Malloy-Diniz, L., Paula, J. J. de, Loschiavo-Alvares, F. Q., Fuentes, D., & Leite, W. B. (2010). Exame das Funções Executivas. In *Avaliação Neuropsicológica* (pp. 94–113). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Marques-Teixeira, J. (1998). A Depressão e a Mulher na Sociedade Moderna. *Psiquiatria Em Revista*, 11(3), 5–28.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., ... Reed, G. M. (2001). Psychological Testing and Psychological Assessment. *American Psychologist* Copyright, 56(2), 128–165. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037//0003-066X.56.2.128>.
- Moreno, D. H., Dias, R. da S., & Moreno, R. A. (2007). Transtornos do Humor. In M. R. L. Neto & H. Elkis (Eds.), *Psiquiatria Básica* (2a ed., pp. 219–234). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Moreno, R. A., & Carneiro, A. M. (2016). Instrumentos de Avaliação de Depressão. In C. Gorenstein, Y-P. Wang, & I. Hungerbuhler (Eds.), *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental* (pp. 211–222). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Motta, C. C. L. da, Morés, C. L. O. O., & Nunes, C. H. S. da S. (2017). O Atendimento Psicológico ao Paciente com Diagnóstico de Depressão na Atenção Básica. *Ciência e Saude Coletiva*, 22(3), 911–920. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.27982015>.

Nakano, T. de C., & Sampaio, M. H. de L. (2016). Desempenho em Inteligência, Atenção Concentrada e Personalidade de Diferentes Grupos de Motoristas. *Psico-USF*, 21(1), 147–161. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210113>.

Noronha, A. P. P., Primi, R., & Alchieri, J. C. (2005). Instrumentos de Avaliação mais Conhecidos/Utilizados por Psicólogos e Estudantes de Psicologia. *Psicologia Escolar e Educacional*, 18(3), 390–401. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572003000100005>.

Oliveira, G. N. M. de, Filho, G. M. de A., Kummer, A., Salgado, J. V., Portela, E. J., Sousa-Pereira, S. R., & Teixeira, A. L. (2011). Inventário de depressão de Beck (BDI) e Escala de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) em pacientes com epilepsia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(2), 131–134. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000200008>.

Oliveira, S. E. S. de. (2019). Avaliação e diagnóstico dos transtornos de personalidade: modelos categórico, dimensional e híbrido. In M. N. Baptista et al. (Orgs.), *Compêndio de Avaliação Psicológica* (pp. 589–600). Petrópolis, RJ: Vozes.

Organização Mundial da Saúde – OMS. (1997). *CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. (10a rev.). São Paulo, SP: Edusp.

Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 43(n. spe), 992–999. Recuperado de: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.

Peixoto, E. M., & Ferreira-Rodrigues, C. F. (2019). Propriedades psicométricas dos testes psicológicos. In M. N. Baptista et al. (Orgs.), *Compêndio de Avaliação Psicológica* (pp. 29–39). Petrópolis, RJ: Vozes.

Pereira, C., & Chehter, E. Z. (2011). Associações entre impulsividade, compulsão alimentar e obesidade em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(3), 16–30.

Pereira, M. E. C. (2002). George Beard: neurastenia, nervosidade e cultura. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 170–175. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1415-47142002001012>.

Peres, U. T. (2010). *Depressão e Melancolia* (3a. ed.). Rio Janeiro, RJ: Zahar.

Pervin, L. A., & John, O. P. (2004). *Personalidade: teoria de pesquisa* (8a ed). Porto Alegre, RS: Artmed.

Piotrowski, C. (2020). Top Depression Measures and Tests (2020) – Editorial: Assessment of Depression: Which are the Prominent Mental Health Instruments in Research Studies? *SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health*, 27, 63-67.

Primi, R., Muniz, M., & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições Contemporâneas de Validade de Testes Psicológicos. In C. S. Hutz (Org.), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 243–265). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Primi, R., Nascimento, R. S. G. F., & Souza, A. S. (2004). Critérios para Avaliação dos Testes Psicológicos. *Relatório Final de Testes Psicológicos*, 21–30.

Rehm, L. P. (2016). *Depressão*. São Paulo, SP: Hogrefe CETEPP.

Rodrigues, M. J. S. F. (2000). O Diagnóstico de Depressão. *Psicologia USP*, 11(1), 155–187. Recuperado de: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0103-65642000000100010>.

Romano-Silva, M. A., Miranda, D. M. de, Rosa, D. V., & Alvim-Soares, A. (2013). Tratamento Farmacológico da Depressão. In J. Quevedo & A. G. Silva (Eds.), *Depressão: Teoria e Clínica* (pp. 67–81). Porto Alegre, RS: Artmed.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Transtornos de Humor. In *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (9a ed., pp. 572–629). Porto Alegre: Artmed.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (11a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Santor, D. A., Gregus, M., & Welch, A. (2006). Eight Decades of Measurement in Depression. *Measurement: Interdisciplinary Research & Perspective*, 4(3), 135–155. Recuperado de: [https://doi.org/10.1207/s15366359mea0403\\_1](https://doi.org/10.1207/s15366359mea0403_1).

Sardinha, L. S. (2011). *Tabagismo e depressão: indicadores do funcionamento psíquico por meio do Bender e do Rorschach* (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-26092011-160507/publico/sardinha\\_do.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-26092011-160507/publico/sardinha_do.pdf).

Schultz, D., & Schultz, S. (2015). Gordon Allport: Motivação e personalidade. In *Teorias da Personalidade* (pp. 193–211). São Paulo, SP: Cengage Learning.

Senden, D. A., Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L. do, Terroso, L. B., & Argimon, I. I. de L. (2013). Análise da personalidade de profissionais da área da saúde: um estudo pelo Teste Palográfico. *Aletheia* 42, 62–70.

Silva, E. R., & Rueda, F. J. M. (2016). Psicodiagnóstico Miocinético: evidências de validade entre técnicas expressivas e técnicas de autorrelato. *Revista de Psicologia Da IMED*, 8(2), 122–132. Recuperado de: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n2p122-132>.

Silva, F. H. V. de C. e, & Alchieri, J. C. (2007). Avaliação psicológica da personalidade de condutores: uma revisão de literatura. *Psico-USF (Impresso)*, 12(2), 189–196. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000200007>.

Solomon, A. (2014). *O demônio do meio-dia: uma Anatomia da Depressão*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Souza, M., Baptista, M. N., & Alves, G. A. da S. (2015). Estudos psicométricos preliminares da Escala Baptista de Depressão para Adultos. *Estudos de Psicologia*, 32(3), 357–370. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000300002>.

- Souza, T. R., & Lacerda, A. L. T. de. (2013). Depressão ao longo da História. In J. Quevedo & A. G. da Silva (Eds.), *Depressão: Teoria e Clínica* (pp. 17–28). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Stülp, C. B., & Mansur, S. S. (2019). O estudo de Claudio Galeno como fonte de conhecimento da anatomia humana. *Khronos*, (7)17. Recuperado de: <https://doi.org/10.11606/khronos.v0i7.159295>.
- Tavares, L. A. T. (2010). *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo, SP: UNESP.
- Thadeu, S. H., Ferreira, M. C., & Faiad, C. (2012). A avaliação psicológica em processos seletivos no contexto da segurança pública. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 229–238.
- Thompson, C. (1989). Affective Disorders. In C. Thompson (Ed.), *The instruments of Psychiatric Research* (pp. 85–126). London: John Wiley & Sons Ltd.
- Urbina, S. (2015). Psychological testing. In H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health (2nd ed.)*. San Diego, CA: Academic Press.
- Valentini, W., Levav, I., Kohn, R., Miranda, C. T., Mello, A. de A. F. de, Mello, M. F. de, & Ramos, C. P. (2004). Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Revista de Saúde Pública*, 38(4), 523–528.
- Van Kolck, O. L. (1974). *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Van Kolck, O. L. (1981). *Interpretação Psicológica de Desenhos* (2a ed.). São Paulo, SP: Pioneira.
- Van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo, SP: EPU.
- Vasconcelos, A. G., Nascimento, E. do, & Sampaio, J. dos R. (2011). PMK: validade preditiva do PMK em relação à presença de sintomas psicopatológicos. *Psico USF*, 16(2), 143–149.
- Vasey, M., Harbaugh, C., Lonigan, C., Phillips, B., Hankin, B., Willem, L., & Bijttebier, P. (2013). Dimensions of Temperament and Depressive Symptoms: Replicating a Three-Way Interaction. *Journal of Research in Personality*, 47(6), 908–921. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000400007>.
- Vels, A. (1982). *La Selección de personal y el problema humano en las empresas*. Barcelona, ES: Herder.
- Vetor Editora. (2015). *Sistema de Correção Informatizada do Palográfico (SKIP)* [Software]. São Paulo, SP: Vetor.

Villemor-Amaral, A. E. de, & Cardoso, L. M. (2019). Avaliação da personalidade no Brasil utilizando métodos projetivos. In M. N. Batista et al. (Orgs.), *Compêndio de Avaliação Psicológica* (pp. 475–482). Petrópolis, RJ: Vozes.

Villemor-Amaral, A. E. de, & Pasqualini-Casado, L. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico-USF*, *11*(2), 185–193. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s1413-82712006000200007>.

Villemor-Amaral, A. E. de, Primi, R., Farah, F. H. Z., Silva, S. M. da, Cardoso, L. M., & Franco, R. da R. C. (2004). A depressão no teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *14*(28), 169–176. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2004000200006>.

Wechsler, S. M., Hutz, C. S., & Primi, R. (2019). O desenvolvimento da avaliação psicológica no Brasil: Avanços históricos e desafios. *Revista Avaliação Psicológica*, *18*(02), 121–128. Recuperado de: <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1802.15466.02>.

Weiner, I. B. (2005). Integrative personality assessment with self-report and performance-based measures. In S. Strack (Ed.), *Handbook of Personology and Psychopathology* (pp. 317–331). Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.patrec.2005.01.006>.

West, P. (1983). *Grafologia*. São Paulo, SP: Hemus Editora.

Windmüller, N., & Zanello, V. (2016). Depressão e masculinidades: Uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros. *Psicologia Em Estudo*, *21*(3), 437. Recuperado de: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i3.31896>.

Wolff, W., & Precker, J. A. (1978). O movimento expressivo e os métodos da psicologia experimental de penetração. In H. H. Anderson & G. L. Anderson (Orgs.), *Técnicas Projetivas do Diagnóstico Psicológico* (pp. 453–490). São Paulo, SP: Mestre Jou.

Wolfson, R. (1978). Grafologia. In H. H. Anderson & G. L. Anderson (Eds.), *Técnicas Projetivas do Diagnóstico Psicológico* (pp. 415–452). São Paulo, SP: Mestre Jou.

World Federation For Mental Health – WFMH. (2012). *Depression: A global crisis*. WFMH. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf).

World Health Organization – WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Xandró, M. (1991). *Grafologia Superior* (4a ed.). Barcelona: Editorial Herder.

Zuanazzi, A. C., & Ribeiro, R. L. (2015). Testes projetivos na avaliação psicológica da esquizofrenia: Uma revisão da literatura. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, *6*(2), 71–91. Recuperado em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n2p71>.



## ANEXOS

### ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - INSTITUTO DE PSICOLOGIA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar, de forma voluntária, da pesquisa “**Um Estudo de Validade com o Teste Palográfico e o BDI-II na Avaliação da Depressão**”. O estudo tem como objetivo comparar os resultados de dois instrumentos de avaliação psicológica em relação a indicadores de depressão e trazer benefícios à comunidade científica. Para este estudo você precisará fazer algumas atividades e responder perguntas sobre como se sente atualmente, o que também pode ajudá-lo a entender mais sobre a sua saúde no momento atual.

As atividades propostas oferecem risco mínimo de mobilização de angústia ao participante, mas caso você sinta algum desconforto, será prestado atendimento imediato, e havendo necessidade, será encaminhado para outro equipamento de maior complexidade do SUS. Caso queira se retirar da pesquisa a qualquer momento, não haverá prejuízos para você ou em seu atendimento (caso esteja em tratamento). A aplicação das atividades tem duração de uma sessão (hoje), com uma hora. Se necessário, poderá ser solicitada uma segunda sessão também de uma hora, para finalização, dentro dos próximos dez dias. Em qualquer etapa da pesquisa você poderá solicitar esclarecimentos de eventuais dúvidas, à pesquisadora responsável, e terá o direito de retirar sua participação, sem penalidades. Os resultados obtidos serão analisados em grupo, a partir de dados estatísticos, e utilizados para fins científicos, podendo ser divulgados em eventos e publicações científicas, mas a identificação dos participantes será mantida em sigilo (apenas a pesquisadora responsável terá acesso a essa informação). Em casos de danos decorrentes do estudo, fica assegurado direito de indenização.

As dúvidas em relação ao estudo poderão ser esclarecidas com a **Pesquisadora Responsável**, pelo e-mail [karla.angnes@usp.br](mailto:karla.angnes@usp.br) ou (11) 98070-5954. Sobre os aspectos éticos, se necessário, por favor entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da EACH (Endereço: Rua Arlindo Bétio, 1000 – Prédio I1, sala T14, Vila Guaraciaba; CEP 03828-000, São Paulo – SP, tel.: 11-3091-8154; e-mail: [cep-each@usp.br](mailto:cep-each@usp.br)).

Caso concorde, você deverá preencher seus dados abaixo. Desde já, agradecemos sua colaboração para realização da pesquisa. Você receberá uma das duas vias deste documento.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante), declaro ter lido e entendido o que me foi explicado e ter esclarecido eventuais dúvidas com a pesquisadora responsável, consentindo participar da pesquisa, assinando este termo que segue em duas vias, uma para mim e outra para a pesquisadora.

( ) Autorizo a coleta de informações de diagnóstico do meu prontuário.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável

## ANEXO B – Entrevista Clínica Estruturada baseada na SCID-NP e na SCID-5-CV

Agora vou fazer algumas perguntas gerais e depois sobre problemas que você possa ter tido recentemente ou em outra época da sua vida. Vou fazer anotações para não esquecer do que conversamos. Antes de começarmos, você tem alguma pergunta?

### Transtornos cognitivos

1- Qual o seu nome completo? Qual sua idade?

\_\_\_\_\_

Vou dizer três palavras que gostaria que você lembrasse. *Lápis / carro / relógio*. Você poderia dizê-las? Ótimo. Quero que você se lembre das três palavras. É muito importante. Vou pedir para dizê-las dentro de alguns minutos.

Lembre-se, as palavras são *lápis, carro e relógio*.

2- Qual a data de seu nascimento?

\_\_\_\_\_

3- Qual é a data de hoje? Que dia da semana é hoje? Em que mês estamos? Em que ano?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4- Qual é o nome do lugar em que estamos agora?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5- Qual é o nome da cidade em que estamos agora?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6- Você poderia me dizer o nome de dois presidentes do Brasil?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7- Agora eu vou dizer uma frase. Quando eu 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.

\_\_\_\_\_

8- Você poderia me dizer as três palavras que pedi para lembrar?

\_\_\_\_\_

9- Agora, vou lhe pedir para escrever uma frase: O céu é azul.

### Deficiência intelectual

1- Quando você estava na escola, alguém disse que você aprendia muito devagar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Em caso negativo:

2- Você alguma vez foi para uma turma de educação especial, quando estava na escola?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### História de tratamento

1- Você já procurou um profissional por causa de problemas emocionais? **Se sim:** Chegou a fazer algum tratamento? Foi internado? Fez uso de medicações? Fez terapia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Transtornos relacionados a substâncias

1- Você já teve problemas na sua vida causados pelo uso intenso de drogas ou álcool?

---

---

**Em caso afirmativo:**

2- O uso intenso de drogas ou álcool foi um problema para você no passado?

---

---

**Em caso afirmativo:**

3- Já teve vezes que, depois de começar a beber, você achou que bebeu muito mais do que pretendia? Exemplo, você planejava tomar apenas uma ou duas doses, mas acabou bebendo muito mais. Chegou a faltar em compromissos ou teve um mau desempenho porque estava bêbado ou com ressaca? Já tentou reduzir e não conseguiu?

---

---

4- Você usou maconha, cocaína, *crack*, heroína ou outra droga para se sentir bem?

---

---

5- Você usou medicamentos tarja preta para se acalmar, relaxar ou dormir?

---

---

**Em caso afirmativo:**

6- Alguém já fez algum comentário quanto ao seu uso de drogas no ano passado?

---

---

**Psicose/Esquizofrenia**

Agora, vou lhe fazer perguntas sobre experiências incomuns que as pessoas às vezes têm.

1- Você já escutou coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como barulhos ou vozes de pessoas sussurrando ou falando? Ou viu coisas? (Você estava acordado neste momento? O que você escutou? Com que frequência você escutou?)

---

---

2- Alguma vez você já sentiu que alguém ou alguma coisa externa a você estava controlando seus pensamentos ou ações contra a sua vontade?

---

---

3- Você já teve a sensação de que os outros queriam feri-lo ou pegá-lo ou a sensação de estar sendo espionado, seguido ou envenenado?

---

---

4- Você alguma vez teve qualquer outro tipo de coisas estranhas, esquisitas ou muito peculiares acontecendo com você? **Se sim**, conte-me:

---

---

**Em caso afirmativo a qualquer uma dessas perguntas:**

5- Isso aconteceu mesmo quando você não estava bebendo ou usando drogas?

---

---

**Transtorno Depressivo Maior**

Agora vou perguntar sobre seu humor.

1- Já teve algum período em que você se sentiu muito deprimido, triste com um vazio ou sem esperança pela maior parte do dia e por vários dias, semanas, meses?

---

---

2- Já teve algum período em que você perdeu o interesse ou prazer por coisas que antes gostava?

**Em caso afirmativo:**

3- Como foi? Quanto tempo isso durou (cerca de duas semanas)?

---

---

4- Estes sentimentos chegaram a interferir na escola, trabalho, ou nas relações de amizades e atividades sociais?

---

---

5- Estes sentimentos chegaram a causar problemas com sua família, ou levou sua família a se preocupar com você?

---

---

6- Quando você teve sentimentos que lhe deixaram deprimido, vazio, triste ou desesperançado, você era capaz de viver sozinho?

---

---

7- Você já desejou estar morto ou dormir e não acordar mais? Se sim, como foi isso?

---

---

---

8- Você já tentou se matar? Já fez algo para se machucar? **Se sim**, como foi isso?

---

---

**Transtorno bipolar, episódio maníaco**

1- Já teve algum período em que esteve se sentindo tão bem (eufórico, excitado, cheio de energia, acelerado) em um nível fora do comum, que outras pessoas acharam que você não estava normal?

---

---

2- Já teve algum período em que ficou muito irritado pela maior parte do dia, por vários dias, que outras pessoas acharam fora do normal?

---

---

**Em caso afirmativo:**

3- Como foi e quanto tempo isso durou?

---

---

**Transtorno de pânico**

1- Você já teve algum pico intenso de ansiedade, um “ataque de pânico” crise súbita de nervosismo, medo, em que se sentiu tomado por sintomas físicos vindos do nada, sem nenhuma razão particular? Teve medo de morrer, perder o controle ou enlouquecer?

---

---

**Em caso afirmativo:**

2- Você tinha esses ataques mesmo que seu médico tenha dito que não havia nada de errado, ou preocupante com seu coração? **Se não**, o que você tem?

---

---

**Transtornos fóbicos e ansiedade social**

1- Você sempre teve muito mais medo das coisas do que a média das pessoas, como medo de sair de casa sozinho, andar de avião, ficar em meio à multidão, medo de animais, de trovões, de ver sangue e coisas do tipo? Se sim, como é isso?

---

---

---

2- Você já teve tanto medo de sair de casa sozinho a ponto de não sair, mesmo sabendo que, na verdade, era seguro? Você já teve medo de ir a lugares como supermercado, entrar em túneis ou elevadores por medo de não conseguir sair?

---

---

3- Você já teve tanto medo de se sentir constrangido em público a ponto de não fazer certas coisas que a maioria das pessoas faz, na frente de outras pessoas, como falar, comer, escrever ou usar um banheiro público?

---

---

**Em caso afirmativo para qualquer uma dessas questões:**

4- Quando os seus medos estavam muito fortes, você chegou a evitar, mudar a rotina ou manter distância do que gerava medo sempre que podia? Conte-me como foi.

---

---

#### **Transtorno de ansiedade generalizado**

1- Já houve dias seguidos em que você se sentiu extremamente nervoso, ansioso, tenso mesmo com coisas menores, como se atrasar para compromissos? Você tem se preocupado mais que a maioria das pessoas o faria nas mesmas circunstâncias? Mais alguém achou que você se preocupou demais?

---

---

**Em caso afirmativo:**

Algumas vezes já aconteceu de você se sentir assim mesmo estando em casa, sem nada de especial para fazer? Se sim, você essa tensão/preocupação durou cerca de seis meses?

---

---

#### **Transtorno obsessivo-compulsivo**

1- Você já foi incomodado por pensamentos constrangedores, assustadores ou ridículos que veem à sua mente muitas e muitas vezes, mesmo que você tentasse ignorá-los?

---

---

**Em caso afirmativo:**

Como foi isso?

---

---

---

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**

1- Você já lembranças, incluindo sentimentos, imagens, sensações físicas, *flashbacks*, em que revivia alguma experiência muito difícil muitas e muitas vezes?

---

---

#### **Transtorno de somatização**

1- Como anda sua saúde física? Você já teve muitos problemas físicos na sua vida que o forçaram a consultar vários médicos?

---

---

**Em caso afirmativo:**

2- Como foi isso? Os médicos têm tido dificuldade para encontrar a causa para esses problemas físicos? \_\_\_\_\_

---

---

3- Com que idade você começou a ter estes problemas (antes dos 30 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:**

2- Você já ouviu dos outros que estava muito magro, mas ainda assim tinha muito medo de engordar?

\_\_\_\_\_

**Bulimia nervosa**

1- Já aconteceu de você fazer ingestão de grandes quantidades de comida num período de tempo muito curto e ter a sensação de que isso estava fora do normal, mas não poder parar mesmo que quisesse? **Se sim:** como foi isso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Em caso afirmativo:**

2- Depois de haver comido dessa maneira, você costumava se sentir deprimido, envergonhado e enojado consigo mesmo? Já aconteceu de vomitar, usar laxativos ou se exercitar em excesso para lidar com isso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**

1- Você, ao longo da vida, tem se sentido distraído ou desorganizado num nível fora do comum?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Em caso afirmativo:**

2- Chega a cometer erros de atenção que o prejudicavam na escola ou depois no trabalho? Alguém já reclamou da sua falta de organização e atenção no trabalho, com conta bancária ou coisas em casa? Tem dificuldades de acompanhar conversas, iniciar e terminar alguma tarefa, gerenciar seu tempo e lembrar-se de onde colocou objetos importantes? Tem dificuldades para ficar sentado ou esperar sua vez? **Se sim,** dê exemplos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Outras observações relevantes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO C – Questionário de dados sociodemográficos

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

Sexo: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Amasiado/amigado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_

Renda familiar mensal: \_\_\_\_\_ Quantas pessoas contribuem para esta renda? \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Fundamental Incompleto

( ) Fundamental completo

( ) Ensino Médio incompleto

( ) Ensino Médio completo

( ) Ensino Superior incompleto

( ) Ensino Superior completo

( ) Pós graduação incomp/completa

Formação: \_\_\_\_\_

Trabalha atualmente: ( ) Sim ( ) Não ( ) Afastado por adoecimento ( ) Aposentado

Se sim, trabalha com o que? \_\_\_\_\_

Se não trabalha, qual foi o último trabalho? \_\_\_\_\_

Já fez tratamentos com psiquiatra anteriormente? ( ) SIM

( ) NÃO

Se sim, em que ano(s) e por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Está em uso de medicação psiquiátrica? ( ) SIM

( ) NÃO

Se sim, desde:

\_\_\_\_\_

Se sim, qual(is) e dosagem diária? \_\_\_\_\_

Está em processo de terapia? ( ) SIM ( ) NÃO

( ) Se sim, desde:

\_\_\_\_\_

Como você se sente hoje em relação há um mês atrás? ( ) Muito Pior ( ) Um pouco pior

( ) Igual ( ) Um Pouco Melhor ( ) Muito Melhor