

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Rilza Xavier Marigliano

**Implicações psicológicas e vivências emocionais em idosos com
dor crônica e depressão**

**São Paulo
2022**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Rilza Xavier Marigliano

**Implicações psicológicas e vivências emocionais em idosos com
dor crônica e depressão**

Versão Corrigida

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Associada III
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

**São Paulo
2022**

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

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

Marigliano, Rilza Xavier

Implicações psicológicas e vivências emocionais em idosos com dor crônica e depressão / Rilza Xavier Marigliano, orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – São Paulo, 2022.

142 f.

Tese (Doutorado – Programa Pós-Graduação em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Dor Crônica. 2. Depressão Geriátrica. 3. Técnicas Projetivas. I. Tardivo, Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, orient. II. Título.

Nome: Marigliano, Rilza Xavier

Título: Implicações psicológicas e vivências emocionais em idosos com dor crônica e depressão

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora
em Ciências, na área de concentração Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.º Dr. ° _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof.º Dr. ° _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof.º Dr. ° _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof.º Dr. ° _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof.º Dr. ° _____

Instituição _____

Julgamento _____

*À minha família, marido, filhos, netos e sogra,
Aos meus pais, Teresinha e
Irineu (in memoriam)*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus, que no seu infinito amor, me deu sabedoria e graça para concluir este trabalho, e pelo seu Espírito Santo que me deu paz em todos os momentos e estratégias para lidar com todas as dificuldades que surgiram no decorrer desta jornada.

Quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, pelos ensinamentos, pelo companheirismo, por ter, tão pacientemente, me conduzido nesta pesquisa e me engajado, por meio desta pesquisa, em atendimentos que puderam minimizar um pouco do sofrimento humano por meio da Psicologia. Quero agradecer o suporte emocional e o amor fraternal que me dedicou em todos os momentos deste percurso. Serei sempre sua admiradora e conte com minha amizade e o meu carinho!

Quero agradecer à Professora Helena Rinaldi Rosa, pela compreensão, pelo carinho, por todo o apoio que deu durante todo o trajeto do doutorado e principalmente nestes anos em que a COVID-19 abalou as vidas e as estruturas de todos nós. Por ter acreditado no meu potencial muito mais do que eu mesma e me fazer caminhar na carreira acadêmica.

Quero agradecer à Professora Cláudia Aranha Gil, por ter me orientado tão bem no mestrado e me mostrado que eu poderia ir além. Muito obrigada pela paciência, pelo carinho e por ter me introduzido no Laboratório APOIAR onde pude conhecer pessoas maravilhosas que vou levar para a vida. Sempre serei grata!

Quero agradecer a Doutora Sueli Vitorino Silva, minha amiga querida, que me incentivou a entrar no doutorado, quando eu mesma tinha a certeza de que a USP era um sonho de juventude e não era para mim. Muito obrigada por não me deixar desistir!

Quero agradecer à Mestre Tânia Martinez, por sua amizade, seu carinho e por ter me permitido compartilhar momentos preciosos de sua vida e podermos caminhar juntas nesta jornada acadêmica. Que essa amizade seja para sempre!

Quero agradecer a todos os membros participantes do laboratório de Saúde Mental APOIAR, pela vivência maravilhosa, pelas supervisões de tantos ensinamentos preciosos, pela formação de amigas que ficarão para a vida inteira. Estar com vocês me fez crescer com Psicóloga e como ser humano. Muito obrigada!

“O velho no espelho”

Por acaso, surpreendo-me no espelho: quem é esse

Que me olha e é tão mais velho do que eu?

Porém, seu rosto ...é cada vez menos estranho...

Meu Deus, meu Deus... Parece

Meu velho pai – que já morreu!

Como pude ficarmos assim?

Nosso olhar – duro interroga:

O que fizeste de mim?

Eu, Pai?! Tu é que me invadiste.

Lentamente, ruga a ruga... Que importa?! Eu

sou, ainda, aquele menino teimoso de sempre

E os teus planos enfim lá se foram por terra.

Mas sei que vi, um dia – a longa, a inútil guerra!

Vi sorrir, nesses cansados olhos, um orgulho triste...

(Mário Quintana).

Marigliano, R. X. (2022). Implicações psicológicas e vivências emocionais em idosos com dor crônica e depressão. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Resumo

Os pacientes que sofrem com dor crônica e depressão passam por um período de desconforto muito grande, pois essa experiência envolve a subjetividade e os mecanismos psíquicos, físicos e culturais do indivíduo. A dor crônica pode persistir por dias, meses ou anos e pode estar associada a lesões nos tecidos, sejam elas reais ou potenciais. Devido a relevância deste tema, este estudo tem como objetivo principal compreender as vivências emocionais e as implicações psicológicas de idosos que sofrem de dor crônica e depressão e suas implicações psicológicas. A amostra foi composta por 150 participantes de ambos os sexos, com idades a partir de 60 anos. Os participantes foram divididos em três grupos: Grupo Dor Crônica (n=50); Grupo Depressão (n=50) e Grupo Controle (n=50). Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal com análise qualitativa e quantitativa dos dados. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (USP), inicialmente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e esclarecido-TCLE, foi aplicado um questionário sociodemográfico, foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), e, por fim, foi utilizada a técnica projetiva: Teste do desenho da Casa-Árvore-Pessoa (HTP). A aplicação dos instrumentos se deu em um encontro, com duração de uma hora e trinta minutos. Os resultados da escala GDS-15, o Grupo Depressão apresentou 78% de depressão Leve/Moderada e 22% de depressão Severa, enquanto o Grupo Dor Crônica apresentou 58% de participantes sem depressão, 34% com depressão Leve/Moderada e 4% com depressão Severa. Nos resultados do HTP, não houve diferença significativa entre os três grupos. Grupo Dor Crônica: aceitam limites do ambiente, Grupo Depressão: uso da fantasia, Grupo Controle: desinibição. Observa-se a necessidade de criar estratégias para melhorar a qualidade de vida dos idosos dos três grupos.

Palavras-Chave: Depressão Geriátrica. Técnicas Projetivas. Envelhecimento. Qualidade de Vida. Teste HTP.

Marigliano, R. X. (2022). Psychological implications and emotional experiences in elderly people with chronic pain and depression. (Doctoral thesis). Institute of Psychology, University of São Paulo.

Abstract

Patients suffering from chronic pain and depression go through a period of great discomfort, since this experience involves subjectivity and the psychic, physical and cultural mechanisms of the individual. Chronic pain may persist for days, months or years and may be associated with tissue damage, whether real or potential. Due to the relevance of this theme, this study has as its main objective to understand and analyze the emotional experiences of the elderly suffering from chronic pain and depression and its psychological implications. The sample will be composed of 150 participants of both sexes, aged 60 years or older. Participants were divided into three groups: Chronic Pain Group (n=50); Depression Group (n=50) and Control Group (n=50). It is a descriptive, exploratory and cross-sectional study with qualitative data analysis. After approval by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo (USP), the TCLE and the Geriatric Depression Scale (GDS-15) will initially be presented). We will also use the projective technique: House-tree-person (HTP). The instruments will be applied in a meeting, with the expected duration of half an hour. In the results the Depression Group had 78% of Mild/Moderate depression and 22% of Severe depression, while the Chronic Pain Group had 58% of participants without depression, 34% with Mild/Moderate depression and 4% with Severe depression. In the HTP results, there was no significant difference between the three groups. Chronic Pain Group: accept the limits of the environment, Depression Group: use of fantasy, Control Group: disinhibition. There is a need to create strategies to improve the quality of life of the elderly in the three groups.

Keywords: Geriatric Depression. Projective Techniques. Aging. Quality of Life. HTP Test

Marigliano, R. X. (2022). Implicaciones psicológicas y experiencias emocionales en personas mayores con dolor crónico y depresión. (Tesis de doctorado). Instituto de Psicología, Universidad de São Paulo.

Resumen

Los pacientes que sufren dolor crónico y depresión pasan por un período de gran incomodidad, ya que esta experiencia involucra subjetividad y mecanismos psicológicos, físicos y culturales del individuo. El dolor crónico puede persistir durante días, meses o años y puede asociarse con daño tisular, ya sea real o potencial. Debido a la relevancia de este tema, este estudio tiene como objetivo principal comprender las experiencias emocionales y los aspectos psicodinámicos de las personas mayores que sufren de dolor crónico y depresión y sus implicaciones psicológicas. La muestra consistió en 150 participantes de ambos sexos, de 60 años o más. Los participantes se dividieron en tres grupos: Grupo de Dolor Crónico (n=50); Grupo Depresión (n=50) y Grupo Control (n=50). Este es un estudio descriptivo, exploratorio y transversal con análisis de datos cualitativos y cuantitativos. Después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de São Paulo (USP), se presentó inicialmente el Formulario de consentimiento informado, se aplicó un cuestionario sociodemográfico, un Escala de depresión geriátrica (GDS-15). Finalmente, se utilizó la técnica proyectiva: Prueba del diseño de la Casa-Árboles-Pessoa (HTP). Los instrumentos se aplicaron en una reunión, con una duración de una hora y treinta minutos. En los resultados de la GDS-15, el Grupo Depresión presentó 78% de depresión Leve/Moderada y 22% de depresión Severa, mientras que el Grupo de Dolor Crónico presentó 58% de participantes sin depresión, 34% con depresión Leve/Moderada y 4% con depresión severa. En los resultados de HTP, no hubo diferencia significativa entre los tres grupos. Grupo Dolor Crónico: aceptar los límites del entorno, Grupo Depresión: uso de la fantasía, Grupo Control: desinhibición. Existe la necesidad de crear estrategias para mejorar la calidad de vida de los ancianos en los tres grupos.

Palabras clave: Depresión Geriátrica. Técnicas Proyectivas. Envejecimiento.

Calidad de Vida. Test HTP

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1	Frequências/Percentuais e média \pm Desvio padrão das características sociodemográficas.....	35
Tabela 2.1	Frequências/Percentuais e média \pm Desvio padrão da GDS-15.....	39
Tabela 2.2	Frequências/Percentuais e média \pm Desvio padrão para as questões da GDS-15.....	40
Tabela 3.1	Comparação Aspectos Adaptativos	42
Tabela 4.1	Comparação Aspectos Expressivos Casa.....	45
Tabela 4.2	Comparação Aspectos Expressivos Árvore.....	51
Tabela 4.3	Comparação Aspectos Expressivos Pessoa.....	55
Tabela 5.1	Comparação Aspectos Projetivos Casa.....	59
Tabela 5.2	Comparação Aspectos Projetivos Árvore.....	64
Tabela 5.3	Comparação Aspectos Projetivos Pessoa.....	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1 Frequências/Percentuais e média \pm Desvio padrão das características sociodemográficas.....	123
Gráfico 2.1 Frequências/Percentuais e média \pm Desvio padrão da GDS-15.....	124
Gráfico 2.2 Frequências/Percentuais e média \pm Desvio padrão para as questões da GDS-15.....	124
Gráfico 3.1 Comparação Aspectos Adaptativos	125
Gráfico 4.1 Comparação Aspectos Expressivos Casa-	126
Gráfico 4.2 Comparação Aspectos Expressivos Árvore.....	127
Gráfico 4.3 Comparação Aspectos Expressivos Pessoa.....	128
Gráfico 4.4 Percentuais e Aspectos Adaptativos Figura Humana 2.....	129
Gráfico 5.1 Comparação Aspectos Projetivos Casa.....	130
Gráfico 5.2 Comparação Aspectos Projetivos Árvore.....	131
Gráfico 5.3 Comparação Aspectos Projetivos Pessoa.....	133

LISTA DE SIGLAS

GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
HTP	<i>House- Tree- Person</i>
IPEA	<i>Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada</i>
ONU	<i>Organização das Nações Unidas</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	17
1.Introdução	17
1.1. Panorama contemporâneo do envelhecimento.....	17
1.2. Implicações da dor crônica frente ao processo de envelhecimento.....	18
1.3. Agravamento dos sintomas de depressivos: Escala Geriátrica de Depressão-GDS-15.....	22
1.4. Aspectos psicodinâmicos de idosos com dor crônica e depressão: Teste Casa-Árvore-Pessoa-HTP.....	24
CAPÍTULO II Objetivos e Justificativas.....	27
2. Objetivos	27
2.1. Objetivo Geral.....	27
2.2. Objetivos Específicos.....	27
CAPÍTULO III – Percurso Metodológico.....	28
3. 1 Tipo de Método	28
3.2. Participantes.....	29
3.2.1. Participantes para o Grupo Dor Crônica.....	29
3.2.2. Participantes para o Grupo Depressão.....	29
3.2.3. Participantes para o Grupo Controle.....	29
3.3. Instrumentos.....	30
3.3.1. Questionário Sociodemográfico.....	30
3.3.2. Escala de Depressão Geriátrica.....	30
3.3.3. Teste do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa- HTP.....	31
3.4. Procedimentos.....	32
3.4.1. Fase de Aplicação.....	32
3.4.1.1. Aspectos Éticos.....	33
3.4.2. Fase de Avaliação e Análise dos Dados.....	33
CAPÍTULO IV – Apresentação e Discussão dos Resultados.....	35
4. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	35
4.1. Caracterização dos Participantes da Pesquisa.....	35
4.2. Análise dos dados da Escala Geriátrica de Depressão-GDS-15.....	39
4.3. Análise dos dados do Teste Casa-Árvore-Pessoa – HTP.....	41
4.3.1. Aspectos Adaptativos	42
4.3.2. Aspectos Expressivos.....	45
4.3.3. Aspectos Projetivos.....	58
5. Discussão Síntese.....	78
6. Considerações Finais.....	82
7. Referências.....	84
ANEXOS.....	91
Anexo 1- Parecer Consubstanciado.....	92
Anexo 2 – Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15.....	96
Anexo 3- Diretrizes Gerias para a Avaliação do HTP.....	97
APÊNDICES.....	118
Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.....	119
Apêndice 2- Questionário Sociodemográfico.....	121
Apêndice 3- Gráficos das Tabelas.....	123

APRESENTAÇÃO

O processo de envelhecimento tem sido estudado com muito mais afinco nas últimas décadas, principalmente devido ao aumento das faixas etárias concernentes a esse período. Para compreender as demandas que surgem na vida do idoso e de que maneira a sociedade está preparada para atender às necessidades desta população, torna-se necessário que estudos cada vez mais *aprofundados* sejam feitos, para se ter uma dimensão do panorama atual em relação ao idoso e quais são as necessidades que mais se destacam para que a população idosa tenha uma melhor qualidade de vida.

Um dos fatores que mais contribuem para uma baixa qualidade de vida no envelhecimento é o idoso sofrer com algum tipo de enfermidade. Além das doenças que estão intrinsecamente relacionadas ao envelhecimento como: hipertensão arterial, diabetes, artrites, artroses, osteoporoses, entre outras, quadros inflamatórios e de dor crônica, se destacam como aqueles que fragilizam e incapacitam os idosos. Daí a necessidade de que haja uma maior compreensão desses quadros, como o idoso reage às dores crônicas e quanto a seus aspectos emocionais, como cada pessoa idosa enfrenta o desconforto desses quadros.

A depressão e seus sintomas, por sua vez, têm sido cada vez mais diagnosticada e observada em idosos das mais diversas faixas etárias. Esta que é considerada a doença do século, é uma das patologias que mais afeta a população idosa, interferindo em sua qualidade de vida em todos os aspectos. Quando o idoso sofre de algum tipo de doença clínica e suas comorbidades, torna o quadro de depressão ainda mais intenso, alcançando níveis mais elevados da doença e prejudicando ainda mais a qualidade de vida do idoso.

Lidando há mais de dez anos com os processos de envelhecimento e os aspectos emocionais que envolvem o idoso e buscando uma visão holística do fenômeno do envelhecer, eu pretendi trazer um estudo mais aprofundado sobre como o idoso que sofre com dor crônica e depressão lança mão de recursos psíquicos e físicos para dar conta dessas demandas. Conhecer quais estratégias utilizadas pelos idosos para lidar com as situações de dor crônica e depressão e como esses sintomas, de uma maneira geral, podem interferir na compreensão que eles têm sobre o envelhecimento.

Buscando fundamentar esta pesquisa e trazer maiores esclarecimentos sobre o tema, foi realizada uma revisão da literatura e o trabalho foi dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo referente à Introdução aborda o conceito de dor aguda e dor crônica, mostra como se

torna difícil o processo de envelhecimento quando esse idoso sofre com dor crônica. Ainda nesse capítulo se faz a apresentação de estudos que buscaram compreender o conceito de qualidade de vida segundo a população idosa exposta a quadros de dor crônica.

Busquei também compreender como se dá a depressão na velhice, quais aspectos da vida são mais recorrentes em idosos que apresentam esta enfermidade e como este idoso e seus familiares e cuidadores podem utilizar estratégias para lidar com esse idoso acometido de depressão. Foi importante fazer uso de um instrumento que mensurasse o grau de depressão que os idosos estavam apresentando e compreender como cada uma lidava com esta realidade.

No capítulo dois, são apresentados os objetivos deste estudo e no terceiro capítulo é descrita a metodologia utilizada, mostrando os critérios para escolha dos participantes, os instrumentos aplicados e os procedimentos realizados para a coleta dos dados, sendo também apresentado o Plano de Análise dos Dados, de acordo com o que é indicado para cada instrumento. Também é apresentada a divisão que foi realizada com os 150 idosos em três grupos: Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle, visando analisar e comparar como estes três grupos se comportam diante da presença e da ausência de sintomas, no caso do Grupo Controle.

O quarto capítulo traz os resultados encontrados na pesquisa envolvendo os 150 participantes e para melhor compreensão, os dados foram apresentados em tópicos segundo a seguinte ordem: Caracterização dos Participantes, Análise da Escala de Depressão GDS-15, Análise dos desenhos da técnica projetiva Casa-Árvore-Pessoa-HTP e Considerações Finais.

Por fim, no quinto capítulo são apresentadas as Considerações Finais, fazendo uma síntese dos resultados encontrados e possibilitando uma melhor compreensão sobre o tema. Esse entendimento pode possibilitar a formulação de estratégias, que visem oferecer uma melhor qualidade de vida ao idoso que sofre com dor crônica e depressão. Com isso, ele mesmo pode se organizar e criar estratégias de autocuidado que o auxiliie para lidar melhor com o sofrimento causado pela dor crônica e os sintomas de depressão. Como também, diante dos resultados, facilitar que sua rede de apoio possa formular estas estratégias, conseguindo lidar com mais especificidade com o idoso que sofre.

CAPÍTULO I- Fundamentação Teórica

1. Introdução

1.1. Panorama contemporâneo do envelhecimento

Nas últimas décadas tem se observado mundialmente um aumento substancial da população de idosos e muitos são os fatores que contribuem para que isto ocorra. Entre eles, a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade faz com que o envelhecimento seja um fenômeno que, cada vez mais, é tema de estudos em todas as áreas do conhecimento (Marigliano, Gil & Tardivo, 2018).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2018) a população do Brasil é de 208,5 milhões de pessoas, e a população de idosos do país corresponde a 28 milhões. Este aumento da população longeva também se deve às Políticas Públicas que foram implementadas em prol desta população, ao avanço da medicina e à conscientização dos cidadãos a fazerem consultas periódicas para acompanhamento das doenças relacionadas ao envelhecimento, ter uma alimentação mais saudável e à prática de exercícios físicos.

Foi publicado em junho de 2019 pela Divisão de População da Organização das Nações Unidas- ONU, o resultado de projeções populacionais com foco no crescimento da população idosa mundial, comparando este crescimento entre os anos de 1950 até 2020. Foi observado que em 1950 a população acima de 60 anos era de 202 milhões de habitantes e em 2020 este número aumentou substancialmente para 1,1 bilhões. Foi ressaltado que este número representa um crescimento absoluto de 15,2 vezes no decorrer de 150 anos. Em 1950 a população idosa correspondia a 8% e no primeiro trimestre de 2020 corresponde a 13,5% dos habitantes do mundo (ONU,2020).

Há algumas décadas notou-se a necessidade de um olhar mais cuidadoso dirigido a esse público. Uma das características a ser levada em consideração é o nível de fragilidade que pode envolver cada faixa etária da população idosa. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA (2016), para que estes parâmetros ficassem bem claros e os cuidados a cada etapa do envelhecimento fossem corretamente definidos, foi adotada a seguinte nomenclatura: idosos com idades entre 60 e 69 anos são considerados idosos jovens,

idosos com idades entre 70 e 79 anos, são considerados idosos medianos e idosos com 80 anos em diante são considerados idosos longevos. Lynch (2010) em seu livro intitulado “Social Policy for Social Work, Social Care and the Caring Professions” ressalta que de acordo com a faixa etária e as condições de saúde, os idosos sofrem com a falta de inclusão no mercado de trabalho, tendo a perda de seus papéis sociais, podendo gerar discriminação contra a população idosa de forma geral.

Esta categorização das faixas etárias no envelhecimento torna-se muito importante para compreender que dependendo de cada classe na qual o idoso se encaixa, e um determinado quadro de enfermidade que é apresentado, os efeitos podem ser mais severos nos idosos mais longevos do que nos idosos mais jovens. O estudo realizado por Salles e Tardivo (2018), que trata de aspectos psicodinâmicos em idosos longevos, ressalta a relevância do tema e a necessidade de que se investigue a longevidade, e que se compreenda como os mais diversos campos da ciência estão se relacionando com esta população.

É importante que se conheça como se dá o processo de envelhecimento, suas fragilidades, suas dificuldades e quais estratégias de autocuidado os idosos estão utilizando para lidar com todas as demandas decorrentes deste período. Entre outras enfermidades, os quadros de dor crônica tornam este período extremamente desgastante e merecem um olhar especial, como tratado no próximo tópico.

1.2. Implicações da dor crônica frente ao processo de envelhecimento

O envelhecimento, embora seja mais uma fase do desenvolvimento humano, é percebido de maneira diferente entre os indivíduos. Costa, Castro e Acioli (2015) ressaltam que a partir dos 30 anos, é sentido como uma perda gradual das funções cognitivas, biológicas e físicas, assim, algumas pessoas terão um envelhecimento mais saudável que outras. Dependendo do contexto biopsicossocial no qual o idoso está inserido poderá ter um maior prejuízo de suas funções, e assim, acarretar maior incidência de quadros de depressão, demências, síndrome da fragilidade e dores crônicas de maneira geral (Gil, 2010; Marigliano & Gil, 2018).

O estudo de Pinto (2018) visou compreender a resiliência de idosos com dor crônica e como estas pessoas enfrentavam as situações de ansiedade e estresse em seu cotidiano, como também fazer uma comparação com idosos que não tinham dor crônica. Foi observado que os idosos que sofriam com dor crônica tinham uma resiliência diminuída e uma maior ocorrência

de casos de depressão quando comparados com os idosos que não tinham dor. Nos idosos sem dor crônica foi observada uma capacidade maior para lidar com as questões do dia a dia e uma maior qualidade de vida.

Muitas são as causas do sofrimento humano, mas a dor está entre as manifestações mais agudas deste sofrimento. Quando a dor se torna crônica e muitas vezes com um diagnóstico impreciso, faz com que a angústia e a impotência tomem conta do indivíduo afligido por esse mal. Embora a principal função da dor seja ajudar o organismo a se defender de agressores que possam colocar em perigo sua integridade, e também ser de extrema importância para a preservação do organismo, não pode se estender por um longo período de tempo, pois pode tornar-se intolerável ao indivíduo (Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor-SBED, 2010).

A dor é definida como uma experiência desagradável, sensitiva e emocional e pode ser classificada como real ou potencial. As manifestações de dor podem estar ou não associadas a algumas lesões dos tecidos, sendo estas reais, quando ocorrem no corpo, ou potenciais, quando representam uma ameaça de dor. A percepção da dor pode estar relacionada à memória individual, as emoções e as expectativas dos indivíduos, sendo assim, cada pessoa pode sentir e resistir à dor de formas distintas (SBED, 2010).

A maneira como cada episódio de dor é vivenciada tem uma conotação subjetiva, fazendo com que cada indivíduo identifique a dor que sente com um determinado grau de tolerância. Assim, um quadro de cólica renal, por exemplo, poderá ser interpretado de forma diferente por cada pessoa que a sinta. Uma característica muito observada nos pacientes com dor crônica é a baixa tolerância à dor e a forma como ela é sentida. Devido à longa duração dos quadros de dor, ela é sentida de maneira mais intensa, aumentando o sofrimento de quem vivencia este quadro (SBED, 2010; Pinto, 2018).

A classificação da dor pode ser compreendida de duas formas: dor aguda e dor crônica. A dor aguda é aquela que oferece uma resposta imediata àquele que a sofre, podendo ser resultado de danos nos tecidos e facilmente tratada com analgésicos. Já a dor crônica é mais difusa, perdura por um período maior que seis meses e tem a característica de ser refratária aos mais variados tratamentos, entre eles, as terapias e os remédios (SBED, 2010; Volich, 2010; Vitorino & Tardivo, 2019).

Quando a dor é resultado de uma lesão, há a traumatização de um tecido ou órgão, ocorrendo assim, a liberação de substâncias químicas como as prostaglandinas e os leucotrienos que levam um impulso até os nociceptores no córtex cerebral, que interpretará este estímulo como uma sensação de dor, conhecida como hiperalgesia. Esta é uma experiência sensitiva e subjetiva, envolvendo mecanismos psíquicos, físicos e culturais, que na amplitude do conceito mostra que a dor se impõe entre o visível da lesão e o invisível da dor que é sentida pela pessoa doente (Volich, 2010; Pinto, 2018).

De acordo com a SBED (2010), quando a dor ultrapassa um período maior que o esperado para o quadro que a desencadeia ou já dura mais de seis meses, é considerada uma dor crônica. Segundo estimativa da mesma instituição, os casos de dor crônica são registrados em sua maioria em mulheres e quanto maior a faixa etária, maior a prevalência dos casos.

Segundo Lobo (2021) na literatura médica a dor ocupa a posição de “quinto sinal vital”, devido à rotina com que ela se apresenta na vida do ser humano, depois da medida da temperatura, pressão arterial, pulsação e respiração. A dor está presente no corpo, mas por ser subjetiva não há instrumentos objetivos capazes de mensurá-la, embora sua mensuração seja de extrema importância no ambiente clínico, para que haja um tratamento eficaz na resolução de seus sintomas.

Para Porto (2005) e Lobo (2021) a percepção da dor vai desde o sofrimento que ela provoca até a sensação periférica resultante de alguma lesão. Por sua natureza multidimensional, deve ser tratada por uma equipe multidisciplinar em todos os seus componentes, tais como: afetivos-comportamentais, sensitivos-discriminativos, cognitivos e neurovegetativos. Assim pode-se mencionar que o conceito de dor, atualmente compreende três componentes: o sensitivo-discriminativo que corresponde à sensação física da dor, o afetivo-motivacional, que demonstra o lado emocional da dor e o cognitivo-avaliativo, que envolve o pensamento com relação a dor (Volich, 2010; Vitorino & Tardivo, 2019).

O período do envelhecimento traz mudanças no organismo e entre elas uma grande incidência de doenças degenerativas que podem levar o idoso a um quadro de fragilidade e aos processos de dor crônica que aumentam a dependência. Esse quadro de dependência pode ser agravado por fatores externos como a situação financeira, dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública, que prejudicam e diminuem ainda mais a qualidade de vida da pessoa idosa (Cunha & Mayrink, 2011; Neri, 2013; Lini et al., 2016).

É necessário conhecer quais os tipos de dor crônica acometem os idosos, e estudos realizados por Meucci, Fassa e Faria (2015) e Jorge, Zanin, Knob e Wibelinger (2015), mostram que a dor lombar crônica é responsável pelo sofrimento de grande parcela da população idosa. Foi relatado pelos autores que as doenças osteomioarticulares tem maior prevalência nos atendimentos ambulatoriais, em particular a dor lombar, e por esta razão estudos têm sido realizados com foco em intervenções pontuais para a melhoria dos sintomas.

Na pesquisa realizada por Dellaroza, Pimenta, Duarte e Lebrão (2013), envolvendo 1.413 idosos foi identificada a prevalência de dor crônica em 1.413. Neste estudo foi observado que as dores na região lombar são mais frequentes entre idosos, confirmando dados da literatura. Os resultados mostraram que 45,8% dos idosos sofriam de uma dor moderada, enquanto 46% tinham uma dor mais intensa, assim concluiu-se que a dor crônica estava associada a uma pior mobilidade e acarretava um grau de dependência maior entre os idosos.

Santos et al. (2011) realizaram uma investigação sobre um Programa de autogerenciamento da dor crônica que trabalha fatores comportamentais, cognitivos e educativos, aplicado em 20 idosos, e identificaram que as que participaram do Programa, apresentaram melhora no quadro geral de saúde. Segundo as autoras, houve um grande aumento da procura de serviços de saúde pública por idosos com quadros estabelecidos de dor crônica e nesse estudo, após participarem do programa de gerenciamento da dor, as participantes, além de diminuir os sintomas da dor, também tiveram melhora na execução das atividades de vida diária e em sua percepção de qualidade de vida.

Os quadros de dor crônica afetam intimamente os aspectos emocionais daquele que a sofre, principalmente do idoso. No momento em que a dor se estabelece, a pessoa usa de recursos físicos e psíquicos para lidar com ela, porém, quando ela permanece no corpo por um tempo mais prolongado traz uma angústia muito grande, dificultando cada vez mais o controle da pessoa, tornando o quadro ainda mais agudo. Quando o idoso está inserido em programas que intervenham na compreensão da multidimensionalidade da dor, conseguem lidar melhor com o sentimento de desamparo e do isolamento social pelo qual passam, que podem levar, inclusive, a um quadro de depressão (Formiga, 2010; Santos et al., 2011; Bushnell, Ceko & Low, 2013).

Na pesquisa de Vitorino e Tardivo (2019) foi ressaltado que o número de internações hospitalares em decorrência de episódios de dor crônica é muito grande e que, segundo a descrição do DSM-5 fatores psicológicos têm forte influência tanto na manutenção quanto na

percepção desta sensação de dor. Devido à multidisciplinaridade da dor crônica, observa-se a necessidade de além de tratamentos medicamentosos, serem realizados atendimentos psicoterapêuticos para a profilaxia e diminuição dos sintomas.

1.3. Agravamento dos sintomas depressivos relacionados aos quadros de dor crônica: Escala Geriátrica de Depressão- GDS-15

A depressão tem atingido uma grande parcela da população, porém observa-se que a população idosa tem tido uma incidência ainda maior. Segundo dados do IBGE (2018), na faixa etária de idosos com idades entre 60 e 64 anos, se encontra um maior número de casos de depressão em seus mais variados graus. A depressão ocorre quando há uma falha nos neurotransmissores monoaminérgicos em indivíduos de todas as idades, causando uma diminuição na produção de serotonina, dopamina e adrenalina. Com o declínio natural do organismo pode haver esta falha de uma maneira mais acentuada no idoso, fazendo com que os quadros de depressão sejam mais acentuados, de maior duração e com intervalos menores entre uma crise e outra, em comparação a pessoas mais jovens (Medeiros, Toledo & Sousa, 2020).

De acordo com Pinto (2018) em sua pesquisa realizada com 58 idosos, na qual foi investigada a resiliência, depressão, dor crônica e qualidade de vida em idosos. Observou-se no decorrer do estudo que os idosos que sofriam de depressão e tinham o agravante de sofrerem de dor crônica, tinham prejuízos na resolução de problemas quando se viam diante de algumas circunstâncias. Quando precisavam lidar com algum tipo de questão estressante, que exigisse deles alguma solução, não conseguiam traçar estratégias eficazes, e assim, foi verificado um nível de ansiedade aumentado e sua qualidade de vida diminuída nestes idosos.

A depressão tem sido considerada por alguns segmentos da sociedade como um dos grandes males do século, juntamente com as doenças cardiovasculares. A depressão é um forte agente de sofrimento psíquico, que altera as emoções e faz com que o indivíduo por ela acometido, tenha uma perda significativa de sua qualidade de vida. Isto se dá devido à perda de prazer na realização de várias atividades que antes davam prazer àquela pessoa, pelo rebaixamento do humor e o relato de um sentimento de tristeza profunda (Gil, 2005; Batistoni et al., 2013).

Farias et al., (2022) realizaram uma pesquisa com 171 idosos, com idades entre 60 e 94 anos que faziam atendimentos em Unidade de Saúde de atenção primária em Maceió, Alagoas. Foi aplicada a escala de depressão GDS-15 para verificar se havia sinais de depressão nos idosos. Foram observados sintomas depressivos nos idosos com faixa etária entre 60 e 69 anos. Os autores ressaltaram que esta população tinha um baixo padrão socioeconômico e baixa escolaridade, inferindo assim, que estes fatores contribuía para a presença de sintomas depressivos.

No período do envelhecimento estes sintomas podem sofrer uma variação, assim, a depressão vai se apresentar de forma mais heterogênea, o que vai exigir um cuidado maior quanto ao diagnóstico e às formas de tratamento, pois serão diferentes de idoso para idoso. Nos públicos de outras idades, a tristeza, que ocorre em diversos níveis, se torna um forte indicador de casos de depressão, na velhice, entretanto, esta tristeza nem sempre é relatada (Guariento et al., 2013; Batistoni et al., 2013).

No estudo de Batistoni et al., (2013) foram relatados outros sintomas somáticos como: dores fortes pelo corpo, que tiveram maior incidência nos idosos diagnosticados com depressão do que a queixa de sentimento de tristeza. Esta mudança na apresentação dos sintomas torna ainda mais difícil que se feche um diagnóstico de depressão na pessoa idosa, exigindo assim, a realização de exames mais específicos e um olhar mais aprofundado diante de cada caso.

O período do envelhecimento, já é por si só, um momento no qual algumas pessoas ficam mais reflexivas, e diante das adversidades do envelhecer, se sentem tristes e sem disposição para suas atividades de vida diária (AVD). Sendo assim, se torna difícil diagnosticar os casos de depressão em idosos, devido a estas circunstâncias. Por esta razão foram criados vários instrumentos, visando mensurar os sintomas e discernir entre o que seria uma depressão ou apenas um caso de tristeza passageira, por conta das condições impostas pelo envelhecimento (Batistoni et al., 2013).

Devido à heterogeneidade do envelhecimento e à necessidade de um diagnóstico mais preciso, tornou-se imprescindível que os profissionais de saúde tivessem um conhecimento mais aprofundado das características da depressão, e assim, propriedade para, além de diagnosticar, medicar corretamente este idoso depressivo. Para isso foram criadas várias escalas como: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton; a Escala de Depressão Abreviada de Zung; o Inventário de Beck, a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric*

Depression Scale- GDS) de Yesavage et al. (1982-1983), traduzida por Almeida e Almeida em 1999 (Tier, Santos, Pelzer & Bulhosa, 2007).

Todas estas escalas mostraram eficiência na mensuração dos sintomas de depressão e são utilizadas em pesquisas de profissionais de diversas categorias na área da saúde como: Médicos, enfermeiros, além de psicólogos, têm feito a aplicação das escalas de depressão, visando como conhecimento mais aprofundado do quadro de cada paciente, organizar estratégias que possam ser mais eficazes na diminuição dos sintomas em pacientes depressivos.

A depressão também tem sido associada aos casos de dor crônica, devido ao sentimento de impotência e tristeza que acomete o portador da enfermidade. Figueiredo, Pereira, Ferreira, Pereira e Amorim (2013), estudando idosos com dor crônica, aplicaram a escala de depressão GDS-15, e foi observado que a incapacidade funcional e a depressão são condições fortemente associadas com a dor crônica lombar.

No estudo de Lorenzini (2011) também foi aplicada a escala de depressão GDS-15, buscando compreender se havia influência da dor crônica na qualidade de vida de idosos com idades entre 60 e 69 anos e 80 e 100 anos. Os resultados mostraram que a população feminina referia a dor associada com a perda de mobilidade e a perda da força muscular do idoso. Na população com faixa etária entre 80 e 100 anos, foi observado que a influência da dor se apresentava em menor proporção, porém 98% dos participantes apresentavam algum tipo de depressão.

1.4 Aspectos emocionais em idosos com dor crônica e depressão: Teste Casa-Árvore-Pessoa-HTP.

As técnicas projetivas têm como objetivo compreender aspectos dinâmicos da personalidade, sendo que as que envolvem desenhos começaram a ser utilizadas nas décadas de 1920 e 1930 como forma de compreensão e tratamento psicológico de crianças. Nos dias atuais, tem um reconhecimento muito grande tanto para uso na prática clínica, quanto para a realização de psicodiagnóstico e são amplamente utilizados por psicólogos, pois visam a compreensão de características da personalidade. (Buck, 2009; Hammer, 1981; Pinto Junior, Cassepp-Borges & Santos, 2015; Tardivo, 2016).

Durante todo o período de desenvolvimento ocorrem mudanças significativas nos aspectos da personalidade de uma pessoa, por esta razão deve-se observar com muita atenção a faixa etária de quem está sendo avaliado. Outro aspecto que deve ser observado é que são encontradas muitas características semelhantes em desenhos de pessoas de mesma faixa etária e mesmo sexo, podendo-se inferir que estas características têm a ver com aquela determinada faixa de idade (Tardivo, 2020). No presente estudo, o teste HTP foi utilizado para comparar aspectos da personalidade de idosos com dor crônica, idosos com depressão e idosos que não apresentavam nenhum destes dois quadros.

De acordo com Loduca (2014) uma grande gama de pesquisas tem sido realizada para investigar os efeitos da dor crônica em adultos e idosos, e muitos são os instrumentos que podem ser utilizados para fornecer os diagnósticos. Observa-se que os recursos projetivos como o SAT (Marques, Tardivo, Moraes & Tosi, 2014) para a população idosa, o TAT (Murray, 2005) para populações jovens e adultos e o HTP, podem ajudar na caracterização de como a dor é percebida na vida dos participantes, podendo inclusive favorecer a criação de estratégias para facilitar a adesão ao tratamento proposto.

Segundo Silva, Rosa e Sardinha (2018) e Frick, Barry e Kamphaus (2020), o teste HTP pode ser aplicado em diversas parcelas da população e em diferentes idades, sendo utilizados com frequência nos estudos que envolvem crianças com problemas de aprendizagem. Em seu estudo de caso realizado com uma criança de 8 anos, buscando a avaliação de dificuldades de aprendizagem, a aplicação do HTP mostrou-se eficaz. Foi possível compreender a dinâmica psíquica da criança e observar que problemas de ordem emocional, que são refletidos em seus comportamentos e formas de expressar seus sentimentos, podem influenciar no processo de aprendizagem.

Na pesquisa realizada por Lima e Scortegagna (2018) foi feito um levantamento sobre instrumentos utilizados para avaliar aspectos psicológicos de idosos e foi verificado que as técnicas projetivas são muito utilizadas em pesquisas com a população idosa. Para Pozzi e Boff (2013) a aplicação do teste HTP foi de extrema importância para o psicodiagnóstico de uma idosa com síndrome de Wernicke-Korsakoff. As autoras ressaltam que as técnicas projetivas têm sido importantes no psicodiagnóstico e verificação de demências em idosos, tanto os que sofrem de enfermidades específicas, como o caso da dor crônica, quanto os que não apresentam estes sintomas.

Diante do exposto, observa-se a necessidade de se compreender qual a influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso e de que maneira os sintomas depressivos podem estar relacionados ou até mesmo potencializar os episódios de dor crônica. E compreender quais são os recursos psíquicos utilizados para elaboração da percepção de dor na vida dos participantes.

CAPÍTULO II- Objetivos e Justificativas

Esta pesquisa se justifica cientificamente, pois há a necessidade de que se conheçam os aspectos emocionais que estão envolvidos nos quadros de dor crônica e na presença de sintomas depressivos em idosos, e diante deste conhecimento, traçar estratégias de enfrentamento e a criação de futuras intervenções psicológicas que visem a melhora dos sintomas

Dessa forma, o estudo feito com idosos, faixa etária que demanda mais conhecimento científico, em função do aumento da idade da população, encontra sua justificativa. A pesquisa deverá trazer contribuições para a área do psicodiagnóstico, em especial, de idosos. O conhecimento derivado de investigações, como essa, tem ainda um valor para a clínica com idosos, pois o conhecimento mais amplo e profundo deverá fornecer subsídios para um aprimoramento da atenção psicológica que essa camada da população vem demandando.

A partir destas justificativas, podem ser apontados os objetivos:

Objetivo Geral

Esta pesquisa tem como principal objetivo compreender e analisar os aspectos emocionais, expressivos e psicológicos de idosos que sofrem de dor crônica e depressão e suas implicações psicológicas.

Objetivos Específicos:

Por meio dos instrumentos aplicados buscou-se:

- Compreender os aspectos emocionais dos idosos com dor crônica;
- Compreender os aspectos emocionais dos idosos com depressão;
- Identificar e comparar os aspectos psicológicos encontrados nos participantes dos três Grupos estudados: Grupo Dor Crônica e Grupo Depressão em relação ao Grupo Controle.

CAPÍTULO III- O Percurso Metodológico

3.1 – Tipo de Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, transversal, de campo e com análise qualitativa e quantitativa dos dados. A análise qualitativa busca estudar os fenômenos em seu ambiente natural, visando interpretar e dar sentido àquilo que realmente significa para o participante aquele fenômeno. Com o método qualitativo o pesquisador busca entender o processo que os participantes da pesquisa usam para construir seus significados a respeito de um tema e depois os descreve. Uma das características deste método é ser indutivo, subjetivo e holístico, possibilitando desenvolver teorias com relação ao setting em estudo e ao fenômeno estudado (Nedel & Silveira, 2016). Na presente pesquisa a característica qualitativa apresentasse no momento da discussão dos dados e comparação dos resultados entre os grupos (N=150).

A pesquisa quantitativa tem como base a filosofia positivista, que busca objetivar e a generalizar os dados. Para a realização da pesquisa quantitativa se faz o uso de instrumentos quantitativos, coletando os dados, traduzindo-os numericamente, fazendo o tratamento dos dados de forma estatística, permitindo uma descrição do objeto de estudo e possibilitando uma explicação sobre o fenômeno (Souza & Kerbaui, 2017).

Para Souza e Kerbaui (2017) a abordagem quanti-qualitativa ou quali-quantitativa atende a proposta de várias pesquisas, pois uma vez que a pesquisa tenha os dois elementos, qualitativos e quantitativos, os dois métodos podem ser usados juntos, trazendo riqueza de detalhes para a análise da pesquisa e uma compreensão relativa e subjetiva. No método quantitativo o fenômeno real não depende do pesquisador e no método qualitativo ocorre o dualismo sujeito-objeto, com sua ênfase ligada ao significado do fenômeno.

Um método complementa o outro, e assim, a abordagem qualitativa dá voz aos dados numéricos favorecendo a interpretação dos dados do estudo. Este método quali-quantitativo atende a proposta desta pesquisa, possibilitando o levantamento dos dados numéricos dos três grupos em estudo: Grupo Dor Crônica (n=50), Grupo Depressão (n=50) e Grupo Controle (n=50) e, posteriormente, uma análise qualitativa dos resultados comparando os grupos entre si.

3.2 - Participantes

A amostra foi selecionada por conveniência e realizada a partir de contatos em instituições, nas quais a pesquisadora já participava de atividades de acompanhamento psicológico a pessoas idosas, tais como: CIC- Centro de Integração à Cidadania, NCI- Núcleo de Convivência de Idosos, Faculdade da Terceira Idade ligada à Faculdade de Farmácia da Universidade de São Paulo, Clínica Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Foi composta por 150 participantes que atenderam aos critérios de inclusão. Foram criados assim, três grupos:

3.2.1. Grupo 1= GDC Grupo Dor Crônica: composto por 50 participantes que possuíam diagnóstico médico de dor crônica; de ambos os sexos, com idade a partir de 60 anos, ter diagnóstico médico de dor, de no mínimo seis meses, que segundo a literatura, configura o quadro de dor crônica e apresentar ou não, sintomas depressivos (Lacerda, Godoy, Cobianchi & Bachion, 2005).

3.2.2. Grupo 2= GD Grupo Depressão: composto por 50 participantes que foram identificados com algum aspecto depressivo por sua pontuação na escala de depressão GDS15 com escore a partir de 6; e de ambos os sexos, com idade a partir de 60 anos, não possuir diagnóstico de dor crônica e pontuar a partir de 6 na escala de depressão GDS-15, que segundo Almeida e Almeida (1999), indica depressão Leve ou Moderada.

3.2.3. Grupo 3= GC: Grupo Controle: composto por 50 participantes de ambos os sexos, com idade a partir de 60 anos, que não apresentassem diagnóstico de dor crônica e tivessem pontuação na escala de depressão GDS-15 igual ou menor que 5, que segundo Almeida e Almeida (1999), configura que não há aspectos de depressão nas pessoas que obtêm esta pontuação.

A escolha pela formação destes três grupos se deu, para que fosse possível verificar, por meio da análise da técnica projetiva “Desenho da Casa-Árvore-Pessoa- HTP”, se havia uma diferença significativa nos aspectos psicológicos e nas vivências emocionais entre idosos que sofressem depressão, em relação aos idosos que sofressem com dor crônica em comparação aos idosos que alegavam não passar por nenhum destes sintomas. Para analisar a produção de desenhos, seguiu-se as recomendações da pesquisa maior: “O desenho da Casa-Árvore-Pessoa no contexto brasileiro: estudos de fidedignidade e avaliação”, conforme Parecer Consubstanciado (Anexo 1), (Tardivo et al., 2022, no prelo) Perguntar se o

participante sofria de dor crônica e a aplicação da escala de depressão GDS-15, foram imprescindíveis para fazer a divisão dos três grupos. Na leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice 1), estas questões já eram levantadas, e, conforme a resposta do participante, este era separado para determinado grupo.

Foram seguidos os seguintes critérios de inclusão: Os participantes deveriam ter disponibilidade para participar de um encontro de avaliação de aproximadamente uma hora e trinta minutos de duração, e atender às seguintes características necessárias para compor os grupos, conforme descrito acima. E foram os seguintes Critérios de Exclusão: não participaram pessoas que tivessem algum comprometimento na fala, que impossibilitassem responder aos instrumentos de avaliação que demandassem resposta oral; que tivessem algum tipo de comprometimento na visão, que pudessem dificultar a aplicação e a realização de desenhos solicitados no Teste Casa-Árvore-Pessoa-HTP.

3.3 – Instrumentos

3.3.1 Questionário Sociodemográfico (Apêndice 2). Para a coleta de dados, visando a caracterização dos participantes, foram realizadas perguntas referentes à escolaridade; estado civil; rendimento familiar mensal e qual a fonte de renda; quem é o principal responsável financeiro em sua residência; a configuração do grupo familiar, qual a atividade profissional que ainda exerce, caso ainda trabalhe, para compor a renda financeira e qual é a sua formação de cada participante.

3.3.2 -Escala de Depressão Geriátrica GDS-15 (Anexo 2). A GDS foi elaborada por Yesavage et al. (1983), e é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso. Almeida e Almeida demonstraram que as versões brasileiras da GDS-15 e GDS-10 oferecem medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-11 e DSM-5. A versão abreviada de 15 perguntas, adaptada e validada por Almeida e Almeida (1999) é a mais utilizada por profissionais da área da saúde. O ponto de corte 5/6 (não caso/caso) para a GDS-15 produziu índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com a CID-11.

Diversos estudos foram feitos por Tardivo e colaboradores sobre o tema da depressão em idosos, com o emprego da Escala GDS-15 e outros instrumentos, como o Tardivo (2008);

Tardivo et al., 2011) ; Salles e Tardivo (2018); Tardivo, Jesus, Leal, & Rezende (2009). As Escalas, de maneira geral, se mostraram de grande eficácia na avaliação dos pacientes e na descoberta do diagnóstico de depressão, possibilitando a formação de estratégias de tratamento, e assim, alcançar estabilidade nos casos, com a diminuição dos sintomas e até mesmo a cura da doença.

3.3.3.-Teste do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa - HTP

A técnica projetiva aplicada foi o HTP (Buck, 2009; Tardivo et al., 2022a, no prelo) que busca apreender a visão subjetiva que o desenhista tem de si e do ambiente. Para Buck (2009), esses itens são familiares a todos; são facilmente aceitos por todas as idades; estimulam verbalizações francas e livres mais do que quaisquer outros; e são elementos de maior significação pessoal (Hammer, 1991; Buck, 2009). A folha é apresentada na horizontal para a Casa e na vertical para a Árvore e as Pessoas; o participante pode virar a folha, se quiser (Chaves, Tardivo, Rosa, Ferreira & Pinto Junior, 2022).

Essa técnica consiste em que o participante faça os desenhos acromáticos de uma casa, uma árvore e uma pessoa, posteriormente, uma pessoa do sexo oposto à primeira desenhada, utilizando lápis preto número dois e folhas de sulfite, sendo possível, caso solicitado pelo participante, fazer uso de uma borracha. Após a produção dos desenhos solicitados, é realizada uma análise dos aspectos adaptativos, expressivos e projetivos destes desenhos, visando compreender aspectos psicodinâmicos do desenhista.

O HTP pode ser utilizado em todas as faixas etárias da população, a partir de 6 anos e até a fase do envelhecimento, desde que os idosos possuam capacidade cognitiva e habilidades para a execução dos desenhos. A realização do teste possibilita com que a pessoa, por meio da produção de desenhos, projete elementos de sua personalidade, mostre como reage diante de situações do ambiente e nas relações interpessoais, revelando conflitos inconscientes na relação terapêutica (Villemor-Amaral, 2006; Rosa, Tardivo, Silva, Pinto Junior & Avoglia, 2020).

Devido sua eficácia para analisar aspectos da personalidade, as técnicas projetivas expressadas em produções gráficas têm um uso muito efetivo. Tardivo et al., (2022a, no prelo) realizou um estudo visando validar, padronizar e confirmar a fidedignidade do Teste do

desenho da Casa-Árvore-Pessoa (HTP). Para esta pesquisa houve a participação de 1.347 pessoas, com idades entre 6 anos e 90 anos, que comprovou as qualidades psicométricas do Teste e sua aplicação em populações diferentes.

3.4 – Procedimentos

3.4.1 – Fase da Aplicação

Após o convite aos participantes e a explicação da pesquisa, eles assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1), que foi rubricado e assinado em duas vias. Após a realização desta leitura, a primeira via ficou com cada participante e a segunda via ficou com a pesquisadora.

Inicialmente foi aplicado o Questionário Sociodemográfico (Apêndice 2) para que fosse feita uma caracterização dos participantes, e, assim, poder traçar um perfil desta população (apresentado no próximo capítulo). Em seguida foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica GDS-15 (Anexo 2). Com a análise dos resultados desta escala, pretendeu-se compreender se a presença de aspectos depressivos poderia influenciar na percepção de dor ou se a dor crônica poderia intensificar os sintomas da depressão, fazendo com que a adesão ao tratamento medicamentoso que estavam realizando, fosse comprometida, pois os pacientes do Grupo Dor Crônica tomam anti-inflamatórios e analgésicos para controlar ou minimizar a dor. No momento da seleção dos grupos, foi perguntado a cada participante se sofria de algum tipo de dor crônica, e quando a resposta era positiva, este participante já era integrado aos membros do Grupo Dor Crônica, até que se completasse o grupo (n=50).

Em seguida foi feita a aplicação do HTP. A primeira etapa deste projeto está vinculada a um projeto maior intitulado “O desenho da Casa-Árvore-Pessoa no contexto brasileiro: estudos de fidedignidade e avaliação”, do qual a mesma autora faz parte. Todas as fases de coleta de dados daquele projeto foram iniciadas no final de junho de 2017 até outubro de 2019 (Tardivo, et al, 2022a no prelo). O método utilizado para aplicação e avaliação dos desenhos do teste HTP seguiu todos os critérios pré-estabelecidos nas DIRETRIZES GERAIS PARA A AVALIAÇÃO DO HTP (Anexo 3), dados os quais, foram lançados em planilhas de Excel. Embora a presente pesquisa tenha utilizado os critérios de análise do Teste HTP propostos na pesquisa maior “O desenho da Casa-Árvore-Pessoa no contexto brasileiro: estudos de fidedignidade e avaliação” (Tardivo et al., 2022, no prelo), os resultados referentes aos

desenhos dos participantes desta pesquisa não foram apresentados na pesquisa maior: fazendo parte apenas deste Estudo.

3.4.1.1. Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada respeitando todos os critérios éticos e buscando contribuir para que a sociedade e a comunidade científica possam usufruir dos achados, e assim, possibilitar um desenvolvimento biopsicossocial. Inicialmente o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de São Paulo (USP), obtendo autorização com parecer de número 1.844.372 e CAAE: 60486016.7.0000.5561, de acordo com o requerido na Resolução 466/12 de 11 e 12 de dezembro de 2012 (Anexo 1). A aplicação dos instrumentos da pesquisa se deu em um encontro, que teve duração de uma hora e meia, no qual foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice 1), que foi rubricado e assinado em duas vias. A primeira via ficou com cada participante e a segunda via ficou com a pesquisadora.

3.4.2 – Fase da avaliação Análise de Dados

Para cada instrumento utilizado buscou-se a compreensão dos significados envolvendo a percepção de dor crônica e sintomas depressivos nos participantes dos grupos e a comparação deles com os participantes do Grupo Controle que não apresentavam estes sintomas. O teste projetivo Casa-Árvore-Pessoa- HTP foi analisado conforme os parâmetros estabelecidos e propostos no Estudo “O desenho da casa-árvore-pessoa no contexto brasileiro: estudos de fidedignidade e validação”, com o objetivo de compreender a dinâmica psíquica dos participantes (Tardivo et al., 2022a, no prelo).

Foi realizado um levantamento e analisados os aspectos Adaptativos, Expressivos e Projetivos dos desenhos de cada grupo. As características de cada desenho foram lançadas em uma planilha de Excel de acordo com as “Diretrizes Gerias para a Avaliação do HTP” (Anexo 3) e foi atribuído o seguinte score: 1 para a presença daquela característica do desenho e 0 para a ausência daquela característica do desenho. Assim, os resultados foram apresentados em forma de dados numéricos possibilitando a elaboração de Tabelas para que fosse possível a avaliação e comparação da pontuação entre os Grupos: Grupo Dor Crônica; Grupo Depressão e Grupo Controle. Na presente pesquisa, seguindo a proposta do estudo “O desenho da casa-árvore-pessoa no contexto brasileiro: estudos de fidedignidade e validação”, não foi realizada

a fase do inquérito relacionado às associações que a pessoa faz sobre as características de cada desenho, que foi sugerido por Buck (2009) e realizada em estudos anteriores.

Foi realizada uma análise quantitativa dos dados para comparar a diferença entre os percentuais dos três grupos: Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle, os dados foram analisados e apresentados através de frequências e percentuais. Foi utilizado o *teste Exato de Fisher*, apresentando o p-value[1] pelo qual concluiu-se que existe diferença significativa entre os grupos quando o p-value for menor que 0,05.

Foi utilizado o Teste de Fisher ao invés do Teste Qui-quadrado devido a esse último não poder ser aplicado em algumas situações (violação das hipóteses de uso). Para as medidas contínuas foi utilizada uma *Análise de Variância par 1 fator fixo (ANOVA)* para comparar as médias dos resultados. Para levantamento dos dados da Escala Geriátrica de Depressão - GDS15, as análises foram realizadas com o uso do software estatístico *Statistical Package for the Social Science- SPSS* versão 21 e os níveis de significância considerados neste estudo foram de 5%.

Capítulo IV- Apresentação e Discussão dos Resultados

4. Apresentação e Discussão dos Resultados

Para facilitar a compreensão dos resultados encontrados na pesquisa, os dados serão apresentados em tópicos de acordo com a seguinte ordem: Caracterização dos Participantes da Pesquisa; Dados Sociodemográficos; Dados da Escala Geriátrica de Depressão GDS-15; Análise dos Dados do Teste HTP - Aspectos Adaptativos, Aspectos Expressivos e Aspectos Projetivos e Considerações Finais.

4.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa

O Estudo foi realizado com a participação de 150 idosos de ambos os sexos, com idades entre 60 e 92 anos. Estes participantes foram separados em três grupos: Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle.

Para melhor compreensão das características sociodemográficas serão apresentados na Tabela 1.1 de acordo com o sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, renda financeira e idade. Na distribuição da amostra serão apresentadas as médias, desvios-padrão para as medidas quantitativas e as frequências para as medidas de atributo.

Tabela 1.1 – Frequências/Percentuais e Média \pm Desvio Padrão das características sociodemográficas (Gráfico 1.1 – Apêndice 3)

Medida	Nível	Grupo			p-value
		Dor crônica	Depressão	Controle	
Sexo	Feminino	41 (82,0%)	40 (80,0%)	42 (84,0%)	0,8733*
	Masculino	9 (18,0%)	10 (20,0%)	8 (16,0%)	
Escolaridade	Fundamental incompleto	15 (30,0%)	25 (50,0%)	15 (30,0%)	0,0283*
	Fundamental completo	7 (14,0%)	12 (24,0%)	14 (28,0%)	
	Médio incompleto	4 (8,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
	Médio completo	10 (20,0%)	10 (20,0%)	8 (16,0%)	
	Superior incompleto	3 (6,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
	Superior completo	11 (22,0%)	3 (6,0%)	11 (22,0%)	
Estado civil	Solteiro	7 (14,0%)	9 (18,0%)	7 (14,0%)	0,4615
	Casado	16 (32,0%)	20 (40,0%)	26 (52,0%)	
	Divorciado	4 (8,0%)	4 (8,0%)	4 (8,0%)	
	Viúvo	23 (46,0%)	17 (34,0%)	13 (26,0%)	
Ocupação	Aposentado	27 (54,0%)	26 (52,0%)	23 (46,0%)	0,1281
	Autônomo	8 (16,0%)	8 (16,0%)	13 (26,0%)	

	Pensionista	13 (26,0%)	10 (20,0%)	5 (10,0%)	
	Prendas domésticas	2 (4,0%)	6 (12,0%)	9 (18,0%)	
Renda	1 Salário-Mínimo	14 (28,0%)	15 (30,0%)	11 (22,0%)	0,3461
	2 Salários-Mínimos	20 (40,0%)	27 (54,0%)	25 (50,0%)	
	Acima de 2 Salários-Mínimos	16 (32,0%)	8 (16,0%)	14 (28,0%)	
Idade		71,1 ± 7,7	69,0 ± 7,3	67,9 ± 7,4	0,0957

Fonte: Autora

As informações dos participantes foram obtidas mediante a aplicação de um questionário sociodemográfico. Foi realizada uma comparação estatística entre os dados sociodemográficos dos três grupos: Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle e para melhor compreensão dos dados, foram sintetizados os principais resultados:

Quanto ao sexo dos participantes pôde-se observar uma concentração bem maior do número de mulheres nos três grupo, mas com pouca diferença entre eles, variando de 80% e 84%, sendo a diferença não significativa ($p\text{-value} = 0.8733$). Esta característica em relação ao maior número de participantes do sexo feminino, tem se confirmado em várias pesquisas realizadas com a população idosa e foi encontrada nas pesquisas de Salles (2018) com média de 82%, Pinto (2018) com 73,4% e Vitorino e Tardivo (2019) com média de 85% de mulheres participando de suas pesquisas.

No estudo de Pinto (2018) que analisou a resiliência, qualidade de vida e depressão em idosos com dor crônica, também houve uma maioria de participantes do sexo feminino correspondente a 79,6%. Em Estudo realizado por Marigliano e Gil (2018) foi ressaltada a prevalência de um maior número de mulheres participantes em pesquisas e que a maior longevidade desta população pode se dar, pois culturalmente há uma maior preocupação por parte das mulheres quanto aos cuidados com a saúde.

Isto se reflete na realização de consultas regulares, exames e tratamentos preventivos, podendo proporcionar uma maior qualidade de vida e, por conseguinte, maior longevidade (Rosa & Valente, 2016). Salles e Tardivo (2018) ressaltam que a feminização da velhice é um fenômeno que acontece mundialmente e vem sendo estudada no Brasil desde a década de 1940, onde as mulheres compunham 4,7% da população idosa e em 2010 já somavam 6% desta população. Em levantamento realizado pelo IBGE (2020), foi verificado que a média de vida do brasileiro é de 76,6 anos, sendo que a expectativa de vida para os homens é de 73,1 anos e para as mulheres 80,1 anos.

De acordo com o estudo realizado na Austrália por Xirocostas, Everingham e Moles (2020) foi descoberta uma nova hipótese para que as mulheres vivam mais, não só entre humanos, mas também no mundo animal: o duplo X. Segundo a pesquisa quando um cromossomo é duplicado, ele garante maior longevidade, no caso dos homens que possuem cromossomos um X e um Y morreriam mais cedo e as mulheres que possuem dois cromossomos X viveriam anos a mais. Este fator, aliado a um maior autocuidado maior, pode ser a explicação do porquê as mulheres vivam mais.

Com relação ao grau de escolaridade: observou-se certa diferença entre as proporções nos três grupos. No Grupo Depressão houve uma concentração maior de participantes com o Ensino Fundamental Incompleto (50,0%) comparando aos demais. Nos Grupos Dor Crônica e Grupo Controle os resultados foram iguais entre si com 30% de idosos que tinham cursado o Ensino Fundamental Incompleto. Analisando os três grupos: Grupo dor Crônica e Grupo Controle e Grupo Depressão e Grupo Controle, verificou-se que houve diferença significativa entre os grupos ($p\text{-value} = 0.0237$).

No estudo de Salles e Tardivo (2018) que comparou dois grupos de idosos: um grupo que morava na comunidade e outro grupo de idosos que moravam em um lar geriátrico. Foi observado que os idosos residentes na comunidade apresentavam um nível de escolaridade mais baixo, com cerca de 77,8% dos idosos tendo cursado apenas o Ensino Fundamental Incompleto. Por outro lado, com relação aos idosos do lar geriátrico, apenas 8,3% correspondiam a este nível escolar, sendo que 58,3% dos idosos tinham mais de 11 anos de estudo e os idosos da comunidade representaram 61,1% de viúvos e dos idosos do lar de idosos verificou-se 66,7% de viúvos.

De acordo com Santos (2019) em seu estudo que analisa como são percebidas as vivências do tempo pelos idosos, as dificuldades socioeconômicas impediram que muitos deles conseguissem se dedicar aos estudos em sua mocidade e no decorrer da idade adulta. Por esta razão, muitos tiveram que abandonar os estudos para ajudar suas famílias. Com isso pode-se inferir que devido a fatores econômicos e socioculturais, uma grande proporção de idosos não teve a oportunidade para retomar seus estudos e por isso tem uma baixa faixa de escolaridade.

Quanto ao estado civil dos participantes foram observadas certas diferenças entre os grupos, com o grupo Dor Crônica mais concentrado em Viúvos (46,0%) e os grupos Depressão com 40,0% e Grupo Controle 52,0%. em Casados. Apesar das diferenças observadas, elas não

foram significativas ($p\text{-value} = 0.4636$). Esta característica também foi encontrada no estudo de Pinto (2018), pois quanto ao estado civil, 42,6% dos idosos eram viúvos.

Com relação à Ocupação dos participantes, verificaram-se poucas diferenças entre os grupos com maior concentração em Aposentados nos três grupos, com 54,0% no Grupo Dor Crônica, 52,0% no Grupo Depressão e 46,0% no Grupo Controle. Sendo as diferenças não significativas ($p\text{-value} = 0.1202$). No estudo de Salles e Tardivo (2018) com idosos longevos foram diferenciados os tipos de aposentadoria: tempo de serviço, invalidez, aposentadoria por idade e pensionista. Assim, 66,7% dos idosos residentes no lar geriátrico eram aposentados por tempo de serviço e entre os idosos da comunidade 38,9% eram aposentados por idade.

Quanto à renda financeira dos participantes da pesquisa, foram observadas poucas diferenças entre os grupos com maior concentração em 2 salários-mínimos nos três grupos. As diferenças não foram significativas ($p\text{-value} = 0.3284$). Na pesquisa realizada por Vitorino e Tardivo (2019) a renda financeira dos idosos em sua maioria foi de 2 salários-mínimos, já no estudo de Salles e Tardivo (2018) houve uma diferença muito grande na comparação de renda. Os idosos da comunidade tinham renda média de 2.513,00 e os idosos do Lar de idosos tinham renda mensal de 11.245,00. Este fator da renda mensal tem ligação direta com a condição de esses idosos poderem custear sua estadia na instituição, uma vez que, de maneira geral, o custo da mensalidade de uma boa instituição tem um valor considerado alto.

Foi encontrada uma variação muito semelhante quanto à idade dos participantes dos três grupos. No grupo Dor Crônica os participantes tinham idades entre 60 até 90 anos, no Grupo Depressão as idades variavam de 60 a 87 anos e no Grupo Controle os participantes tinham idades entre 60 e 92 anos. A média entre eles não foi muito diferente com a menor no Grupo Controle (67.9 anos) e a maior no Grupo Dor crônica (71.1 anos), sendo que a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.0957$).

No estudo de Pinto (2018) as idades também variaram de 60 a 94 anos. Este fator foi de extrema relevância, uma vez que sua pesquisa investigava os níveis de fatores depressivos em idosos com dor crônica e depressão, o quanto serem resilientes poderia ajudá-los a lidar com estes sintomas e melhorar sua qualidade de vida.

4.2 Análise dos dados da Escala Geriátrica de Depressão - GDS-15

De acordo com Almeida e Almeida (1999) se torna necessário identificar e compreender a proporção dos sintomas de depressão na população idosa, esta informação possibilita ao profissional de saúde maiores recursos para a elaboração de tratamentos para o idoso que sofre com depressão. Buscando esta compreensão, aqui são apresentados os resultados da Escala Geriátrica de Depressão GDS-15 entre os grupos em estudo.

Na Tabela 2.1 são apresentadas as frequências e percentuais e as médias e desvios padrão para os escores da escala GDS-15 de forma geral:

Tabela 2.1 – Frequências/Percentuais e Média \pm Desvio Padrão para GDS-15 (Gráfico 2.1 Apêndice 3)

GDS		Grupo			p-value
		Dor crônica	Depressão	Controle	
Nível	Normal	29 (58,0%)	0 (0,0%)	50 (100,0%)	<0,0001*
	Leve/Moderada	17 (34,0%)	39 (78,0%)	0 (0,0%)	
	Severa	4 (8,0%)	11 (22,0%)	0 (0,0%)	
Escore		4,9 \pm 3,1	8,3 \pm 2,1	2,4 \pm 1,5	0,0957

Fonte: Autora

Segundo os resultados apresentados nos escores totais da escala de depressão GDS-15 dos três grupos, houve diferenças significativas entre os grupos (p-value < 0,0001). Para o Grupo Controle os resultados da pontuação de todos os participantes foram iguais ou menores que 5, sendo considerados como normais. O Grupo Depressão os resultados corresponderam a 78.0% de depressão Leve/Moderada e 22.0% de depressão Severa. O Grupo de participantes com Dor crônica teve 58,0% de resultado Normal, 34% de resultado correspondente a Leve/Moderada e 8% de participantes com depressão severa.

No estudo de Salles e Tardivo (2018) foi aplicada a escala de depressão GDS-15 nos idosos longevos e foi observado que a média de pontos positivos para de depressão corresponderam a 4,8 nos idosos que residiam na comunidade e 3,5 para os idosos que residiam no lar geriátrico. Diante dos resultados observou-se que não houve diferença significativa entre os grupos de idosos e não houve pontuação que denotasse sintomas de depressão nos dois grupos.

No estudo de Farias et al., (2022) foi observado que os idosos mais jovens com faixa etária entre 60 e 69 anos apresentaram maior incidência de sintomas de depressão. Outra característica ressaltada pelos autores foi que os participantes que tinham um poder

socioeconômico inferior e baixa escolaridade foram os que apresentaram os sintomas depressivos mais potencializados. Este fator destaca, como verificado na literatura, que as más condições de vida têm forte influência na presença de sintomas depressivos.

Analisando os escores da escala de depressão GDS-15, observou-se diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-value} < 0,0001$), com a média do Grupo Controle sendo a menor (2.4) seguido do Grupo Dor crônica (4.9) e do Grupo Depressão com 8.3.

Na Tabela 2.2 são apresentados os resultados obtidos para cada questão da escala de depressão GDS-15:

Tabela 2.2 – Frequências/Percentuais para as questões da escala de depressão GDS-15 (Gráfico 2.2 Apêndice 3)

Questão	Grupo			p-value
	Dor crônica	Depressão	Controle	
Q.01	7 (14,0%)	20 (40,0%)	1 (2,0%)	<,0001
Q.02	30 (60,0%)	42 (84,0%)	16 (32,0%)	<,0001
Q.03	18 (36,0%)	28 (56,0%)	5 (10,0%)	<,0001
Q.04	20 (40,0%)	34 (68,0%)	5 (10,0%)	<,0001
Q.05	11 (22,0%)	21 (42,0%)	0 (0,0%)	<,0001
Q.06	28 (56,0%)	39 (78,0%)	19 (38,0%)	0,0002
Q.07	10 (20,0%)	27 (54,0%)	2 (4,0%)	<,0001
Q.08	19 (38,0%)	33 (66,0%)	2 (4,0%)	<,0001
Q.09	21 (42,0%)	32 (64,0%)	11 (22,0%)	0,0001
Q.10	19 (38,0%)	31 (62,0%)	17 (34,0%)	0,0099
Q.11	1 (2,0%)	12 (24,0%)	1 (2,0%)	0,0001
Q.12	6 (12,0%)	12 (24,0%)	1 (2,0%)	0,0026
Q.13	19 (38,0%)	37 (74,0%)	17 (34,0%)	<,0001
Q.14	6 (12,0%)	5 (10,0%)	0 (0,0%)	0,0431
Q.15	32 (64,0%)	42 (84,0%)	21 (42,0%)	<,0001

Fonte: Autora

Com relação a cada questão da escala GDS-15, de acordo com os resultados foi verificada uma diferença significativa entre os grupos ($p\text{-values} < 0,05$). De modo geral, o percentual de positivos foi bem expressivo, sendo maior no Grupo Depressão, seguido do Grupo Dor Crônica e depois do Grupo Controle. Foi observada uma exceção com relação à questão 14 “acha que sua situação tem solução?”, onde o Grupo Dor Crônica ficou com um percentual maior, ressaltando que a questão 14 foi a questão com menor quantidade de positivos se comparando ao resultado geral.

Ao comparar os grupos entre si, observou-se que na questão 2 “diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?” houve uma grande proporção de respostas positivas por parte

dos três grupos, sendo o Grupo Dor Crônica com 60%, Grupo Depressão com 84% e Grupo Controle com 32%. Para Figueiredo et al., (2013) fatores como dor crônica e depressão provocam um grau elevado de incapacidade funcional, fazendo que o idoso tenha que diminuir suas atividades de maneira geral, pois não se sentem capazes de dar conta de suas demandas. Os autores ressaltam que se o quadro clínico for superestimado, os idosos podem ter alterações cognitivo-comportamentais que agravarão ainda mais a incapacitação funcional.

No estudo de Apóstolo et al., (2014) com a participação de 889 idosos com média de idade 78,2 anos, da universidade de Coimbra em Portugal, foi avaliada a escala GDS-15 e suas duas versões, GDS-10 e GDS-5. Os autores fizeram a validação destes instrumentos para o português europeu, buscando verificar se são eficazes no rastreamento dos sintomas de depressão em idosos residentes em Coimbra. Com os resultados da pesquisa, segundo os autores, as versões da escala foram aprovadas para realizar o rastreamento e a mensuração de sintomas depressivos. Nesta pesquisa foi observada uma exceção com relação a questão 7 “sente-se feliz a maior parte do tempo?” que obteve poucos resultados positivos em relação às outras questões.

De acordo com Lorenzini (2011) quando o idoso sofre com dor crônica e depressão tem uma significativa diminuição de sua qualidade de vida, podendo, inclusive, desenvolver incapacidade funcional e se tornarem isolados socialmente. Na presente pesquisa não houve um instrumento específico que mensurasse a qualidade de vida dos idosos, mas observou-se que muitos dos participantes apresentavam queixas de dificuldade de locomoção e o relato de terem suas atividades de vida diária prejudicadas por conta da dor e da depressão.

Observando a preocupação que os idosos tinham quanto a incapacidade funcional, ao responderem à questão 6 “teme que algo ruim possa lhe acontecer?”, houve uma grande quantidade de respostas positivas nos três grupos, O Grupo Dor Crônica com 56%, O Grupo Depressão com 78% e o Grupo Controle com 38%. Ao comentarem sobre a questão foi relatado por vários participantes que temiam sofrer alguma queda que os levasse a uma incapacitação muito grande, ou sofrerem algum tipo de patologia que os levassem a ficar acamados.

4.3 Análise dos dados do Teste Casa-Árvore-Pessoa – HTP

O teste de desenho Casa-Árvore-Pessoa- HTP, foi analisada segundo a proposta de interpretação do Estudo “**O desenho da casa-árvore-pessoa no contexto brasileiro: estudos**

de fidedignidade e validação” (Tardivo et al., 2022a, no prelo). Os dados estão apresentados em tabelas que mostram os resultados encontrados na produção de cada desenho: Casa; Árvore; Pessoa. São analisados os aspectos Adaptativos, Expressivos e Projetivos de cada desenho com relação a cada grupo e foi realizada uma síntese da comparação dos resultados dos grupos entre si: Grupo Dor Crônica com Grupo Controle e Grupo Depressão com Grupo Controle.

4.3.1 Aspectos Adaptativos

Os aspectos adaptativos vão apontar se a produção dos desenhos está de acordo com o esperado com respeito à evolução do grafismo. Pela perspectiva adaptativa é possível observar se a qualidade do desenho está dentro do esperado para a idade, para grupo no qual a pessoa está inserida, como também, observar se a produção do desenho está dentro do que foi solicitado para o participante.

Na Tabela 3.1 são apresentados os percentuais entre os grupos e, também, os p-values dos testes.

Tabela 3.1 – Comparação Aspectos Adaptativos (Gráfico 3.1 Apêndice 3)

Figura	Medida	Característica	Grupo			p-value	
			Dor crônica	Depressão	Controle	DC x C	D x C
Casa	Qualidade da Produção	Convencional	37 (74,0%)	34 (68,0%)	30 (60,0%)	0,132 8	0,532 3
		Original	12 (24,0%)	16 (32,0%)	20 (40,0%)		
		Fantasia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Evolução Gráfica	Aquém do esperado	17 (34,0%)	26 (52,0%)	25 (50,0%)	0,031 5*	0,084 7
		Esperado	25 (50,0%)	19 (38,0%)	12 (24,0%)		
		Além do esperado	8 (16,0%)	5 (10,0%)	13 (26,0%)		
Árvore	Qualidade da Produção	Convencional	25 (50,0%)	31 (62,0%)	35 (70,0%)	0,099 0	0,395 2
		Original	23 (46,0%)	19 (38,0%)	14 (28,0%)		
		Fantasia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Evolução Gráfica	Aquém do esperado	22 (44,0%)	34 (68,0%)	25 (50,0%)	0,896 9	0,224 0
		Esperado	25 (50,0%)	15 (30,0%)	22 (44,0%)		

		Além do esperado	3 (6,0%)	1 (2,0%)	3 (6,0%)		
Pessoa	Qualidade da	Convencional	39 (78,0%)	37 (74,0%)	36 (72,0%)	0,597	0,564
	Produção	Original	9 (18,0%)	10 (20,0%)	13 (26,0%)	2	8
		Fantasia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Bizarra	2 (4,0%)	3 (6,0%)	1 (2,0%)		
	Evolução Gráfica	Aquém do esperado	25 (50,0%)	31 (62,0%)	36 (72,0%)	0,083	0,422
		Esperado	19 (38,0%)	17 (34,0%)	11 (22,0%)	8	8
		Além do esperado	6 (12,0%)	2 (4,0%)	3 (6,0%)		

Fonte: Autora

Aspectos Adaptativos do desenho da Casa

De acordo com os resultados observados na Qualidade de Produção do desenho da Casa, com relação aos aspectos adaptativos, pôde-se fazer uma comparação entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle e verificar que não houve diferença significativa com p-value 0.1328. Ao comparar o Grupo Depressão com o Grupo Controle, também não diferença significativa com p-value 0.5323.

Na Qualidade de Produção do desenho da Casa houve somente um caso de produção Bizarra no Grupo Dor Crônica, que ocorre quando o desenho que foi realizado pelo participante não tem relação com o que foi solicitado. Esta característica pode ocorrer quando o participante não consegue entender o que foi solicitado, podendo denotar alguma limitação cognitiva ou conflito, quando o participante por defesas do ego, não consegue ter contato com o tema.

Com relação à Evolução Gráfica do desenho da Casa, observou-se um percentual maior de desenhos de acordo com o Esperado no Grupo Dor crônica, sendo a diferença dele com o Grupo Controle significativa (p-value = 0.0315). Para o Grupo Depressão não houve diferença significativa com o Grupo Controle (p-value = 0.0847).

No Estudo realizado por Tardivo et al., (2022b, no prelo) com 32 idosos com depressão e 41 idosos sem depressão, formando o Grupo Controle, houve uma proporção muito grande de desenhos da Casa “Aquém do esperado” representando 62% no grupo de idosos com depressão. Esta característica também foi observada na presente pesquisa, pois no Grupo Depressão foi verificada que 52% das produções estavam aquém de esperado, revelando uma produção mais empobrecida na qualidade dos desenhos apresentados.

Segundo Tardivo et al., (2022a, no prelo) a característica de desenhos aquém do esperado é frequentemente encontrada na produção de crianças muito pequenas, tendo uma evolução na qualidade no decorrer do amadurecimento e voltando a declinar na fase do envelhecimento. Isto pode se dar devido às condições de saúde dos idosos, sua história de vida e o grau de senilidade, pois quanto mais a idade se avança mais acentuadas se tornam essas dificuldades.

Aspectos Adaptativos do desenho da Árvore

Com relação à Qualidade da Produção do desenho da Árvore não houve diferença significativa entre cada grupo e o Grupo Controle com p-values para o Grupo Dor Crônica e Grupo Controle p-value=0.0990 e Grupo Depressão e Grupo Controle p-value= 0.3952). Na Evolução Gráfica do desenho da Árvore também não houve diferença significativa entre cada grupo, com p-values: Grupo Dor Crônica e Grupo Controle p-value =0.8969 e Grupo Depressão e Grupo Controle p-value= 0.2240.

Foi verificada nos desenhos da árvore uma produção mais dentro do convencional com 50% para o Grupo Dor Crônica, 68% para o Grupo Depressão e 50% para o Grupo Controle. Esta característica pode indicar que o indivíduo tem capacidade de adaptação, conseguindo entender o mundo de forma semelhante às outras pessoas. Os idosos dos três grupos, na produção da árvore, assim como na produção da casa, apresentaram os desenhos aquém do esperado com 44% para o Grupo dor Crônica, 68% para o grupo Depressão e 50% para o Grupo Controle. Na pesquisa de Tardivo et al., (2022b, no prelo) também foi verificada esta característica, podendo denotar, devido a idade dos participantes, uma perda no desenvolvimento motor, uma resistência na realização da tarefa, não desejando se expor, trazendo assim, os aspectos mais essenciais daquele desenho.

Aspectos Adaptativos do desenho da Pessoa

Na Qualidade da Produção do desenho da Pessoa não houve diferença significativa entre cada grupo e o Grupo Controle com p-values para o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle com p-value =0.5972 e para o Grupo Depressão e o Grupo Controle p-value= 0.5648. Com relação à Evolução Gráfica do desenho da pessoa não houve diferença significativa entre cada grupo e o Grupo Controle com p-values para o Grupo Dor Crônica e Grupo Controle com p-value=0.0838 e para o Grupo Depressão e o Grupo Controle p-value= 0.4228).

Com relação à qualidade da produção dos desenhos da Pessoa houve um maior número de produções convencionais com 78% para o Grupo Dor Crônica, 74% para o Grupo Depressão e 72% para o Grupo Controle. Este aspecto denota que os participantes da pesquisa conseguiram chegar a um consenso social na realização deste desenho (Tardivo, 2022a, no prelo). Porém, no desenho da pessoa encontrou-se a produção de desenhos com características bizarras nos três grupos com 4% para o Grupo Dor Crônica, 6% para o Grupo Depressão e 2% para o Grupo Controle. Desenhos com características bizarras são determinadas quando o desenho não tem relação direta com o que foi solicitado, mostrando que alguns participantes não entenderam as instruções dadas pela examinador, no momento do teste, ou tinham limitações de seus recursos intelectuais (Tardivo et al., 2022a, no prelo).

4.3.2 Aspectos Expressivos

Os aspectos expressivos mostram as características próprias da pessoa que está fazendo os desenhos solicitados no HTP. Para uma melhor avaliação, devem ser observados os comportamentos dos examinandos, sua postura corporal, seus comportamentos não verbais. Estes aspectos revelam as atitudes do indivíduo quanto à energia investida na realização da atividade e como se comporta com relação ao ambiente. Também a postura tomada diante das solicitações dos desenhos, qual o tempo de latência até começar a realizar a atividade. Verificando assim, como o examinando reage aos comandos, como lida com seus impulsos e como lança mão de suas potencialidades cognitivas para realizar os desenhos solicitados e agir diante das circunstâncias da vida (Hammer, 1991).

Desenho da Casa

Na Tabela 4.1 são apresentados os percentuais entre os grupos e os p-values dos testes para a figura da Casa. Observando estes resultados pode-se notar que:

Tabela 4.1 – Comparação Aspectos Expressivos Casa (Gráfico 4.1 Apêndice 3)

Medida	Característica	Grupo			p-values	
		Dor crônica	Depressão	Controle	DC x C	D x C
Posição Folha	Apropriada	29 (58,0%)	16 (32,0%)	23 (46,0%)	0,3170	0,2184
	Modificada	21 (42,0%)	34 (68,0%)	27 (54,0%)		
Tamanho	Muito pequeno	19 (38,0%)	18 (36,0%)	6 (12,0%)	0,0012*	0,0039*
	Pequeno	16 (32,0%)	18 (36,0%)	12 (24,0%)		
	Médio	11 (22,0%)	9 (18,0%)	19 (38,0%)		

	Grande	1 (2,0%)	3 (6,0%)	10 (20,0%)		
	Muito grande	3 (6,0%)	2 (4,0%)	3 (6,0%)		
Localização	Q1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,0317*	0,3607
	Q2	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Q3	3 (6,0%)	2 (4,0%)	1 (2,0%)		
	Q4	21 (42,0%)	19 (38,0%)	10 (20,0%)		
	Centro	10 (20,0%)	10 (20,0%)	11 (22,0%)		
	Metade direita	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Metade esquerda	7 (14,0%)	8 (16,0%)	11 (22,0%)		
	Metade inferior	1 (2,0%)	3 (6,0%)	7 (14,0%)		
	Metade superior	5 (10,0%)	8 (16,0%)	10 (20,0%)		
	Em diagonal	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Pressão da linha	Muito leve	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0,0137*	0,5169
	Leve	4 (8,0%)	5 (10,0%)	3 (6,0%)		
	Média	29 (58,0%)	20 (40,0%)	16 (32,0%)		
	Forte	12 (24,0%)	20 (40,0%)	27 (54,0%)		
	Muito forte	5 (10,0%)	5 (10,0%)	3 (6,0%)		
Sombreado Uso	Ausente	46 (92,0%)	48 (96,0%)	48 (96,0%)	0,6777	1,0000
	Presente	4 (8,0%)	2 (4,0%)	2 (4,0%)		
Sombreado Qualidade	Leve	1 (25,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	0,4000	1,0000
	Intenso	3 (75,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Flexível	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Traçado	Contínuo	49 (100,0%)	43 (87,8%)	50 (100,0%)	1,0000	0,0125*
	Curtos	0 (0,0%)	2 (4,1%)	0 (0,0%)		
	Reforçado	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
	Ziguezague	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
	Trêmulo	0 (0,0%)	2 (4,1%)	0 (0,0%)		
	Sujo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Interrompido	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Linhas	Retas	3 (5,9%)	2 (3,9%)	1 (2,0%)	0,6173	1,0000
	Curvas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Equilíbrio	47 (92,2%)	48 (94,1%)	49 (98,0%)		
Detalhes	Bizarros	2 (4,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0,2691	0,6710
	Complexo	32 (64,0%)	24 (48,0%)	28 (56,0%)		
	Incomum	11 (22,0%)	19 (38,0%)	18 (36,0%)		
	Muitos	5 (10,0%)	6 (12,0%)	4 (8,0%)		
Organização	Adequada	43 (86,0%)	45 (90,0%)	48 (96,0%)	0,1595	0,4360
	Inadequada	7 (14,0%)	5 (10,0%)	2 (4,0%)		
Simetria	Ausente	47 (94,0%)	41 (82,0%)	46 (92,0%)	1,0000	0,2336
	Presente	3 (6,0%)	9 (18,0%)	4 (8,0%)		
Inclinação	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Linha do solo	Ausente	27 (54,0%)	41 (82,0%)	27 (54,0%)	1,0000	0,0049*
	Presente	23 (46,0%)	9 (18,0%)	23 (46,0%)		
Apoiado na margem	Ausente	50 (100,0%)	49 (98,0%)	46 (92,0%)	0,1175	0,3622
	Presente	0 (0,0%)	1 (2,0%)	4 (8,0%)		

Movimento	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Tridimensionalidade	Ausente	48 (96,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	0,4949	1,0000
	Presente	2 (4,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Transparência	Ausente	15 (30,0%)	40 (80,0%)	49 (98,0%)	<,0001*	0,0078*
	Presente	35 (70,0%)	10 (20,0%)	1 (2,0%)		
Rasura	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		

Fonte: Autora

Aspectos Expressivos do desenho da Casa

Analisando os aspectos expressivos do desenho da Casa e comparando os resultados encontrados no Grupo Dor Crônica e no Grupo Controle, pôde-se encontrar as seguintes características: quanto à posição do desenho na folha, não houve diferença significativa de nenhum dos dois grupos: Grupo Dor Crônica e Grupo Depressão com o Grupo Controle. Para a posição apropriada os resultados foram: 58% para o Grupo Dor Crônica, 32% para o Grupo Depressão e 46% para o Grupo Controle. Quanto aos desenhos realizados em posição modificada pôde-se verificar 42% no Grupo Dor Crônica, 68% no Grupo Depressão e 54% no Grupo Controle.

No momento da aplicação do teste há uma forma específica de apresentação das folhas de sulfite aos participantes. A folha da casa é apresentada na horizontal e as folhas da árvore e pessoa são apresentadas na vertical. (Buck, 2003). A folha representa o ambiente que é imposto ao participante e assim, é observada de qual maneira ele vai lidar com esta configuração. (Hammer, 1991). Quando o participante não faz a rotação as folhas para outra posição, é considerada a posição apropriada, mostrando que o participante está aceitando os limites que estão sendo propostos e vai se adaptar à proposta do teste. Quando o participante altera a posição de uma das folhas pode denotar criatividade e curiosidade na realização das atividades impostas pelo ambiente, mas quando ele faz a rotação de várias folhas, pode representar uma oposição às tarefas impostas pelo ambiente, impulsos agressivos, resistência à autoridade e negativismo (Buck, 2009; Tardivo et al., 2022a, no prelo).

Em relação ao tamanho do desenho, houve diferença significativa entre o Grupo Controle, em comparação ao Grupo Dor Crônica e o Grupo Depressão. Notou-se que o Grupo Controle apresentou um percentual maior dos tamanhos maiores com 64% (Médio e Grande,

principalmente) em relação tanto ao Grupo Dor crônica com 30% quanto ao Grupo Depressão com 28%. Segundo Hammer (1991) os desenhos de tamanho médio estão dentro do esperado não tendo o que interpretar, mas os desenhos grandes e muito grandes podem significar uma maneira de disfarçar uma baixa autoestima, mostrando uma falta de inibição e sentimentos de expansão. No estudo de Tardivo et al., (2022b, no prelo) com idosos com depressão foi encontrada maior produção de desenhos pequenos, mostrando naqueles participantes uma tendência ao retraimento e a presença de sentimentos de inadequação e inferioridade que podem ser suscitados pelas dificuldades enfrentadas tanto pelas limitações da idade e os sintomas de depressão.

Quanto à Localização do desenho na folha: não foi observada uma diferença significativa entre o Grupo Depressão e o Grupo Controle. Para o Grupo Dor Crônica houve diferença significativa e notou-se um percentual maior de desenhos localizados na área Q4 da folha e percentuais menores na metade esquerda, inferior e superior que no Grupo Controle. De acordo com o estudo de Tardivo et al., (2022a, no prelo) os desenhos localizados no quarto quadrante (Q4), canto superior esquerdo da folha, podem denotar nostalgia, passividade, desejo de continuar envolvido com os próprios pensamentos. Para Pachá (2017) e Halbwachs, (2008) traduzido por Khoury, esta nostalgia pode estar muito presente no imaginário do idoso, que cansados do presente que estão vivenciando, voltam-se para as recordações do passado, encontrando nas memórias um vigor que já não possuem mais.

Analisando as características da Pressão da Linha empregada nos desenhos não foi verificada diferença significativa entre o Grupo Depressão e o Grupo Controle. Para o Grupo Dor Crônica houve diferença significativa e foi observado um percentual maior de desenhos com pressão Média e menor com pressão Forte, do que a pressão da linha encontrada nos desenhos do Grupo Controle. A pressão da linha pode mostrar a intensidade da energia que a pessoa investe em suas atividades cotidianas, nas relações com o ambiente e nas trocas com as outras pessoas (Hammer, 1991). No Grupo Dor Crônica 58% dos participantes empregaram uma pressão média na execução dos desenhos, enquanto o Grupo Controle com 54% de pressão forte.

Em relação ao uso e à qualidade do Sombreado não houve diferença significativa de nenhum dos dois grupos com o Controle. Quando os desenhos apresentam sombreado, estes devem ser analisados de acordo com a forma como estes sombreados são apresentados. Se for

um sombreado muito forte pode denotar ansiedade, se for um sombreado suave que valoriza algumas partes do desenho pode mostrar sensibilidade e inteligência (Kolck, 1984).

No traçado observado nos desenhos não houve diferença significativa entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle, mas para o Grupo Depressão houve diferença significativa e foi verificado um percentual menor na produção de desenhos com Traçado Contínuo que no Grupo Controle. De acordo com Hammer (1991) e Kolck (1984) o traçado contínuo pode indicar uma conduta controlada, tendo uma associação com pessoas rápidas e decididas que conseguem manter um foco em suas atividades.

Quanto às Linhas em relação ao tema, mostrando se a presença de linhas retas e curvas estão de acordo com a produção gráfica daquele desenho, os Detalhes dos desenhos, que vão mostrar se os desenhos têm os elementos essenciais correspondentes àquela produção, a Organização, a Simetria e a Inclinação não houve diferença significativa no Grupo Dor Crônica, no Grupo Depressão com o Grupo Controle. Os resultados mostram que houve equilíbrio em 92,2% no Grupo Dor Crônica, 94,1% no Grupo Depressão e 98% no Grupo Controle. As linhas retas mostram equilíbrio na produção do desenho e nas estratégias para lidar com o ambiente e observadas em participantes com menos indícios de depressão (Kolck, 1984).

Na Linha do solo desenhada na folha, geralmente dando suporte às figuras, não houve diferença significativa entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle. Para o Grupo Depressão houve diferença significativa e foi observado um percentual menor de Linha de solo presente que no Grupo Controle. Para Kolck (1984) a apresentação de linha de solo no desenho além de representar sentimento de raiva é considerada uma importante conquista, pois reflete contato com a realidade concreta, autonomia e estabilidade.

Quanto à característica Apoiado na margem do papel, Movimento, Tridimensionalidade e Rasura, não houve diferença significativa de nenhum dos dois grupos com o Controle. Com relação à Transparência, que ocorre quando os desenhos mostram a parte interna de sua estrutura, como os móveis de uma casa, vísceras de um corpo humano, foi observada uma diferença significativa para os dois grupos. Para o Grupo Dor Crônica observou-se um percentual de Transparência Presente muito maior que no Grupo Controle e para o Grupo Depressão verificou-se um percentual maior de Transparência Presente que no Grupo Controle. Segundo Kolck (1984) quando há a presença de transparências há problemas quanto a crítica e

o contato com a realidade, e para que se faça uma boa análise deste aspecto tem que levar em consideração o tamanho da falha. A presença de transparência nos desenhos tem relação com problemas orgânicos – o que tem relação com as condições destes grupos clínicos.

Síntese dos resultados Aspectos Expressivos do desenho da Casa

Na análise entre os resultados das comparações entre os Grupos: Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle foi observado que as diferenças entre eles não apresentaram um valor significativo. Nos Grupos Dor Crônica e Grupo Depressão foi observado que os participantes, de maneira geral, aceitam os limites que estão sendo propostos pelo ambiente e adaptação à proposta do teste. O Grupo de Dor Crônica e o Grupo Depressão apresentaram percentuais dentro da média, mas o Grupo Controle apresentou um percentual maior de desenhos grandes.

Entre o Grupo Depressão e o Grupo Controle foi encontrada uma diferença significativa, pois o posicionamento dos desenhos se concentrou no quarto quadrante. Esta característica pode inferir que os idosos têm o desejo de continuar envolvidos em seus pensamentos, voltados para fatos do passado, vivenciando uma nostalgia e uma passividade, que podem ser próprios desta fase do envelhecimento. No estudo de Tardivo et al., (2022b, no prelo) esta característica foi observada, pois uma grande parte dos desenhos apresentados pelo grupo de idosos tinham seu posicionamento na região do quarto quadrante.

Na análise do Traçado Contínuo comparando os percentuais do Grupo Dor Crônica e Grupo controle foi observado que os participantes apresentaram estabilidade nas interrelações com o ambiente. Avaliando este aspecto na comparação entre o Grupo Depressão e o Grupo Controle verificou-se traços de uma conduta controlada e a capacidade de manter o foco diante de uma tarefa (Hammer, 1991).

Aspectos expressivos do Desenho da Árvore

A análise dos aspectos expressivos do desenho da Árvore, vai seguir a mesma dinâmica da análise do desenho da casa. Portanto, na Tabela 4.2 são apresentados os percentuais entre os grupos e os p-values dos testes para a figura da Árvore. Observando estes resultados pode-se notar que:

Tabela 4.2 – Comparação Aspectos Expressivos Árvore (Gráfico 4.2 Apêndice 3)

Medida	Característica	Grupo			p-values	
		Dor crônica	Depressão	Controle	DC x C	D x C
Posição Folha	Apropriada	37 (74,0%)	42 (84,0%)	38 (76,0%)	1,0000	0,4539
	Modificada	13 (26,0%)	8 (16,0%)	12 (24,0%)		
Tamanho	Muito pequeno	7 (14,0%)	12 (24,0%)	4 (8,0%)	0,5614	0,0035*
	Pequeno	8 (16,0%)	16 (32,0%)	6 (12,0%)		
	Médio	20 (40,0%)	12 (24,0%)	17 (34,0%)		
	Grande	11 (22,0%)	5 (10,0%)	16 (32,0%)		
	Muito grande	4 (8,0%)	5 (10,0%)	7 (14,0%)		
Localização	Q1	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0,8967	0,6090
	Q2	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Q3	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
	Q4	7 (14,0%)	9 (18,0%)	4 (8,0%)		
	Centro	19 (38,0%)	14 (28,0%)	19 (38,0%)		
	Metade direita	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1 (2,0%)		
	Metade esquerda	8 (16,0%)	10 (20,0%)	9 (18,0%)		
	Metade inferior	3 (6,0%)	5 (10,0%)	4 (8,0%)		
	Metade superior	11 (22,0%)	9 (18,0%)	13 (26,0%)		
	Em diagonal	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Pressão da linha	Muito leve	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0,2922	0,6599
	Leve	6 (12,0%)	3 (6,0%)	6 (12,0%)		
	Média	23 (46,0%)	20 (40,0%)	14 (28,0%)		
	Forte	16 (32,0%)	20 (40,0%)	24 (48,0%)		
	Muito forte	5 (10,0%)	6 (12,0%)	5 (10,0%)		
Sombreado Uso	Ausente	49 (98,0%)	47 (94,0%)	47 (94,0%)	0,6173	1,0000
	Presente	1 (2,0%)	3 (6,0%)	3 (6,0%)		
Sombreado Qualidade	Leve	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	1,0000	1,0000
	Intenso	1 (100,0%)	2 (66,7%)	2 (66,7%)		
	Flexível	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)		
Traçado	Contínuo	44 (97,8%)	45 (90,0%)	49 (98,0%)	0,0563	0,2360
	Curtos	1 (2,2%)	3 (6,0%)	1 (2,0%)		
	Reforçado	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
	Ziguezague	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Trêmulo	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
	Sujo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Interrompido	5 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Linhas	Retas	3 (5,5%)	2 (4,0%)		

	Curvas	3 (5,5%)	2 (4,0%)	1 (2,0%)		
	Equilíbrio	44 (80,0%)	46 (92,0%)	47 (94,0%)		
Detalhes	Bizarros	3 (6,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0,1178	0,3005
	Complexo	21 (42,0%)	8 (16,0%)	12 (24,0%)		
	Incomum	23 (46,0%)	41 (82,0%)	34 (68,0%)		
	Muitos	3 (6,0%)	1 (2,0%)	3 (6,0%)		
	Adequada	46 (92,0%)	50 (100,0%)	48 (96,0%)	0,6777	0,4949
Organização	Inadequada	4 (8,0%)	0 (0,0%)	2 (4,0%)		
Simetria	Ausente	15 (30,0%)	23 (46,0%)	45 (90,0%)	<,0001*	<,0001*
	Presente	35 (70,0%)	27 (54,0%)	5 (10,0%)		
Inclinação	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Linha do solo	Ausente	20 (40,0%)	34 (68,0%)	17 (34,0%)	0,6790	0,0013*
	Presente	30 (60,0%)	16 (32,0%)	33 (66,0%)		
Apoiado na margem	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	47 (94,0%)	0,2424	0,2424
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (6,0%)		
Movimento	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Tridimensionalidade	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Transparência	Ausente	49 (98,0%)	50 (100,0%)	49 (98,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	1 (2,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)		
Rasura	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		

Fonte: Autora

Aspectos Expressivos do desenho da Árvore

Ao analisar os aspectos expressivos do desenho da Árvore e comparar os resultados encontrados nos grupos, Grupo Dor Crônica e no Grupo Controle, pôde-se encontrar as seguintes características: quanto à posição do desenho na folha, não houve diferença significativa de nenhum dos grupos: Grupo Dor Crônica e Grupo Depressão com o Grupo Controle. Os resultados encontrados para Posição Apropriada foram de 74% para o Grupo Dor Crônica, 84% para o grupo Depressão e 76% para o Grupo Controle, mostrando que, de maneira geral, os participantes aceitaram realizar a tarefa da maneira que foi proposta (Hammer, 1991).

Quando ao Tamanho do desenho, não foi observada nenhuma diferença significativa entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle. Para o Grupo Depressão houve diferença significativa e notou-se um percentual maior na produção de desenho Muito Pequeno com 24% e Pequeno com 32%, do que comparado ao Grupo Controle com desenho Muito Pequeno com 8% e Pequeno com 12%. No estudo de validação e fidedignidade do Teste da Casa-Árvore-Pessoa-HTP (Tardivo, et al., 2022b, no prelo) com idosos com depressão estas características de produção de desenhos pequenos também foram observadas. Trazendo a reflexão de que os sintomas de depressão podem influenciar na maneira como a pessoa se vê diante do ambiente, com sentimentos de inferioridade, sentindo-se “pequena” e inadequação ao ambiente.

Em relação aos aspectos avaliativos: Localização do desenho na folha, Pressão da Linha, o uso e qualidade do Sombreado na produção dos desenhos, não houve diferença significativa de nenhum dos dois grupos com o Grupo Controle. No Traçado dos desenhos não houve diferença significativa de nenhum dos dois grupos com o Grupo Controle. Destacando-se, porém, que o $p\text{-value} = 0,05563$ para o Grupo Dor Crônica com porcentagem de 97,8% ficou bem próximo da significância, indicando uma tendência de diferença (Tardivo et al., 2022a, no prelo).

Analisando as Linhas em relação ao tema, os Detalhes dos desenhos, a Organização dos desenhos, a Inclinação dos desenhos na folha, questões de desenho Apoiado na margem do papel, Movimento, Tridimensionalidade, Transparência e Rasura, não houve diferença significativa do Grupo Dor Crônica, o Grupo Depressão com relação ao Grupo Controle.

Quanto à Simetria dos desenhos, que leva em consideração o cuidado que o participante tem em desenhar os dois lados do desenho com características o mais parecidas possíveis, foi verificada uma diferença significativa para os dois grupos em relação ao Grupo Controle. Para o Grupo Dor Crônica e o Grupo Depressão, notou-se um percentual de Simetria Presente muito maior que no Grupo Controle. Segundo Kolck (1984), este aspecto denota apego a esquemas fixos, estratégias que já funcionaram em outros momentos e que são utilizadas novamente, a necessidade que a pessoa tem de sentir equilíbrio e segurança internos. Pode também estar relacionado a características de rigidez e obstinação.

Com relação à Linha do solo, que representa o nível de contato com a realidade concreta que a pessoa apresenta, não foi observada uma diferença significativa entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle. Para o Grupo Depressão houve diferença significativa e verificou-se um percentual menor de Linha de Solo Presente que no Grupo Controle, assim, pode-se

inferir que o Grupo Depressão apresentou uma necessidade maior de segurança, de “sentir os pés no chão”, denotando uma falta de segurança. (Hammer, 1991).

Síntese dos resultados dos Aspectos Expressivos do desenho da Árvore

Ao analisar os aspectos expressivos do desenho da Árvore e fazendo comparações dos resultados apresentados entre os Grupos: Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle foi observado em alguns dos quesitos que as diferenças entre eles não apresentaram um valor significativo. Com relação à Posição do desenho na folha resultado Adequado teve uma porcentagem muito grande em todos os grupos. Nos Grupos Dor Crônica com 74%, no Grupo Depressão com 84% e no Grupo Controle com 76%, mostrando que os participantes estavam engajados na tarefa, capacidade de aceitação dos limites impostos pelo ambiente e capacidade de adaptação (Buck, 2009).

No Grupo Depressão com 32% em comparação ao Grupo Controle com 12%, por conta da produção de desenhos pequenos, foram observadas características de inadequação, tendência ao retraimento, denotando timidez e sentimentos de inferioridade (Hammer, 1991). Este aspecto pode ser relacionado ao quadro de depressão vivenciado pelos participantes que também foi observado no estudo com idosos com depressão realizado por Tardivo et al., (2022b, no prelo).

No Grupo Dor Crônica e no Grupo Depressão, com relação à Simetria dos desenhos, foram verificadas características de rigidez e obstinação e a necessidade dos participantes de segurança e equilíbrio. Na análise da presença de Linha de Solo nos desenhos do Grupo Depressão em relação ao Grupo Controle confirma esta necessidade de segurança, pois houve uma diferença significativa com 32% de presença para o Grupo Depressão e 66% para o Grupo Controle (Hammer, 1991).

Desenho da Pessoa

A análise dos aspectos expressivos do desenho da Pessoa, vai seguir a mesma dinâmica da análise do desenho da Casa e da Árvore. Portanto, na Tabela 4.3 são apresentados os percentuais entre os grupos e os p-values dos testes para a figura da Pessoa. Observando estes resultados pode-se notar que:

Tabela 4.3 – Comparação Aspectos Expressivos Pessoa (Gráfico 4.3 Apêndice 3)

Medida	Característica	Grupo			p-values	
		Dor crônica	Depressão	Controle	DC x C	D x C
Posição Folha	Apropriada	42 (84,0%)	46 (92,0%)	40 (80,0%)	0,7953	0,1478
	Modificada	8 (16,0%)	4 (8,0%)	10 (20,0%)		
Tamanho	Muito pequeno	8 (16,0%)	10 (20,0%)	8 (16,0%)	1,0000	0,4960
	Pequeno	16 (32,0%)	21 (42,0%)	17 (34,0%)		
	Médio	17 (34,0%)	12 (24,0%)	16 (32,0%)		
	Grande	8 (16,0%)	4 (8,0%)	8 (16,0%)		
	Muito grande	1 (2,0%)	3 (6,0%)	1 (2,0%)		
Localização	Q1	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0,6662	0,2718
	Q2	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Q3	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)		
	Q4	6 (12,0%)	8 (16,0%)	4 (8,0%)		
	Centro	23 (46,0%)	20 (40,0%)	18 (36,0%)		
	Metade direita	1 (2,0%)	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
	Metade esquerda	7 (14,0%)	8 (16,0%)	11 (22,0%)		
	Metade inferior	5 (10,0%)	2 (4,0%)	7 (14,0%)		
	Metade superior	7 (14,0%)	9 (18,0%)	9 (18,0%)		
	Em diagonal	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Pressão da linha	Muito leve	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0,8259	0,6632
	Leve	4 (8,0%)	3 (6,0%)	2 (4,0%)		
	Média	19 (38,0%)	17 (34,0%)	22 (44,0%)		
	Forte	19 (38,0%)	18 (36,0%)	19 (38,0%)		
	Muito forte	8 (16,0%)	11 (22,0%)	7 (14,0%)		
Sombreado Uso	Ausente	44 (88,0%)	48 (96,0%)	49 (98,0%)	0,1117	1,0000
	Presente	6 (12,0%)	2 (4,0%)	1 (2,0%)		
Sombreado Qualidade	Leve	1 (16,7%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	1,0000	0,3333
	Intenso	3 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)		
	Flexível	2 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Traçado	Contínuo	31 (72,1%)	38 (77,6%)	41 (85,4%)	0,0749	0,7750
	Curtos	9 (20,9%)	10 (20,4%)	6 (12,5%)		
	Reforçado	1 (2,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Ziguezague	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Trêmulo	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1 (2,1%)		
	Sujo	2 (4,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Interrompido	7 (12,3%)	1 (2,0%)	2 (3,8%)		
Linhas	Retas	5 (8,8%)	5 (9,8%)	6 (11,5%)	0,7596	1,0000
	Curvas	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1 (1,9%)		
	Equilíbrio	45 (78,9%)	44 (86,3%)	43 (82,7%)		
Detalhes	Bizarros	1 (2,0%)	2 (4,0%)	0 (0,0%)	0,0160*	0,3107
	Complexo	24 (48,0%)	17 (34,0%)	12 (24,0%)		
	Incomum	22 (44,0%)	30 (60,0%)	36 (72,0%)		
	Muitos	3 (6,0%)	1 (2,0%)	2 (4,0%)		
Organização	Adequada	47 (94,0%)	47 (94,0%)	50 (100,0%)	0,2424	0,2424
	Inadequada	3 (6,0%)	3 (6,0%)	0 (0,0%)		
Simetria	Ausente	17 (34,0%)	19 (38,0%)	31 (62,0%)	0,0089	0,0273

	Presente	33 (66,0%)	31 (62,0%)	19 (38,0%)		
Inclinação	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Linha do solo	Ausente	30 (60,0%)	44 (88,0%)	45 (90,0%)	0,0010*	1,0000
	Presente	20 (40,0%)	6 (12,0%)	5 (10,0%)		
Apoiado na margem	Ausente	48 (96,0%)	49 (98,0%)	43 (86,0%)	0,1595	0,0594
	Presente	2 (4,0%)	1 (2,0%)	7 (14,0%)		
Movimento	Ausente	45 (90,0%)	49 (98,0%)	50 (100,0%)	0,0563	1,0000
	Presente	5 (10,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Tridimensionalidade	Ausente	49 (98,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Transparência	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Rasura	Ausente	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
	Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		

Fonte: Autora

Fazendo a análise dos aspectos expressivos do desenho da Pessoa e comparando os resultados apresentados no Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle, pode-se verificar as seguintes características encontradas: Posição do desenho na Folha, Tamanho do desenho, Localização do desenho, Pressão da linha empregada no desenho, uso e qualidade do Sombreado, Traçado, Linhas em relação ao tema, não houve diferença significativa de nenhum dos grupos, Grupo Dor Crônica e Grupo Depressão com ao Grupo Controle.

Em relação aos Detalhes dos desenhos, que correspondem à características a mais que são acrescentadas aos desenhos, não houve diferença significativa entre o Grupo Depressão e o Grupo Controle, mas para o Grupo Dor Crônica houve diferença significativa e notou-se um percentual maior de Detalhe Complexo. Para o Grupo Dor Crônica com 34% de Detalhe Incomum que no Grupo Controle com 72%. Os Detalhes do desenho vão mostrar a importância que o participante está dando para a realização da tarefa naquele momento, o exagero de detalhes ou a pobreza deles, vão revelar o quanto a pessoa está se dedicando na interação com o ambiente. Segundo Hammer (1991), quando os detalhes são muito empobrecidos pode significar baixo investimento de energia por parte do examinando e a ausência de Detalhes essenciais pode denotar sentimento de vazio, isolamento e depressão.

Nos aspectos de Organização do desenho, Inclinação, Tridimensionalidade, Transparência e Rasura, não houve diferença significativa de nenhum dos grupos, Grupo Dor

Crônica e Grupo Depressão com relação ao Grupo Controle. A Organização bem elaborada dos desenhos mostra capacidade de controle emocional diante das solicitações do ambiente, enquanto a Inclinação do desenho na folha pode mostrar insegurança. Nesta pesquisa a organização dos desenhos foi adequada para os três grupos, não apresentou Inclinação, Transparência e Rasura teve apenas um caso de Tridimensionalidade no Grupo Dor Crônica.

Com relação à Simetria dos desenhos, foi observada uma diferença significativa para os dois grupos. No Grupo Dor Crônica com 66% e no Grupo Depressão com 62%, notou-se um percentual de Presente maior que no Grupo Controle com 38%. A preocupação com a Simetria é interpretada por Kolck (1984) como uma necessidade que a pessoa sente de estar segura e em equilíbrio com suas relações com o ambiente. Esta necessidade de suporte e de “sentir os pés no chão” (Hammer, 1991) pode ser confirmada nas falas dos participantes que temem o desamparo na velhice, relatado em outro momento da presente pesquisa.

Quanto à Linha do solo na produção dos desenhos, não se verificou diferença significativa entre o Grupo Depressão e o Grupo Controle. Para o Grupo Dor Crônica com 40% de presença de Linha de Solo, houve diferença significativa e foi observado um percentual menor de Presente que no Grupo Controle com 10%. A presença de Linha de solo mostra a necessidade de suporte e de “sentir os pés no chão” (Hammer, 1991). Esta característica pode ser confirmada nas falas dos participantes que temem o desamparo na velhice, relatado em outro momento da presente pesquisa.

Com relação ao desenho Apoiado na margem do papel, não houve diferença significativa entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle. Para o Grupo Depressão com 2% houve diferença significativa e notamos um percentual menor de Presente que no Grupo Controle com 14%. Realizar o desenho apoiado na margem do papel pode ser interpretado como tendência a impulsividade, demonstrar sentimentos de raiva nas relações interpessoais e com o ambiente, podendo ser interpretada como um aspecto de regressão e dependência de forte apoio provindo do ambiente (Kolck, 1984).

Síntese dos resultados Aspectos Expressivos do desenho da Pessoa

Ao analisar os aspectos expressivos do desenho da Pessoa e fazendo comparações dos resultados apresentados entre os Grupos: Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle foi observado em alguns aspectos que as diferenças entre eles não apresentaram um valor significativo. Foi observado no desenho da pessoa que muitos dos aspectos de análise não

apresentaram diferença significativa, mostrando que as características entre o Grupo Dor Crônica, o Grupo Depressão e o Grupo Controle são bem semelhantes.

Na comparação entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Depressão, em relação aos Detalhes dos desenhos, foi observado que no Grupo Controle houve mais riqueza de detalhes mostrando empenho em realizar a tarefa, enquanto no Grupo Dor Crônica foi verificado um investimento menor de energia na execução da tarefa. Aspectos como a interação com o ambiente e sentimento de vazio e isolamento, também podem ser interpretados neste item de avaliação do teste (Hammer 1991).

Nos aspectos de Organização do desenho, mostrou boa capacidade de controle emocional nos três grupos. Houve, diante dos resultados, a necessidade de sentir-se seguro e em equilíbrio nas relações com o ambiente, necessidade de sentir-se amparado, assim como, tendências a impulsividade, regressão e dependência de apoio por parte do ambiente (Hammer, 1991). Estas características, comprovando a tendência por necessidade de segurança, foram encontradas em três itens de avaliação: Simetria, Linha do Solo e desenho Apoiado na margem do papel, denotam esta necessidade dos participantes de se sentirem seguros.

No Grupo Dor Crônica foi encontrada a característica de Movimento no desenho da pessoa, denotando vitalidade e criatividade (Hammer, 1991). Este aspecto se mostra de extrema necessidade para que o idoso possa traçar estratégias para lidar com os fatores estressantes da vida que são agravados em decorrência da idade.

4.3.3 Aspectos Projetivos

De acordo com Hammer (1991), o ser humano tende a se identificar com os elementos que ele vê no mundo de maneira antropomórfica. Quando o participante desenha, no teste HTP, uma casa, uma árvore e uma pessoa tende a projetar nestes desenhos características que são suas, representando nestes desenhos aspectos seus. Usando de significados simbólicos da psicanálise, os aspectos projetivos vão se referir ao tema solicitado no desenho o conteúdo que será apresentado nele. Analisando a produção de desenho que foi realizada, conseguimos identificar as necessidades e as qualidades da pessoa que foram projetadas e representadas no desenho.

Desenho da Casa

Na Tabela 5.1 com relação à comparação dos Aspectos Projetivos, são apresentados os percentuais entre os grupos Grupo Dor Crônica e o Grupo Depressão com o Grupo Controle e os p-values dos testes para a figura da Casa:

Tabela 5.1 – Comparação Aspectos Projetivos – Casa (Gráfico 5.1 Apêndice 3)

Item	Medida	Característica	Grupo			p-value	
			Dor crônica	Depressão	Controle	DC x C	D x C
Telhado	Telhado Tamanho	Ausente	3 (6,0%)	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0,0031*	0,0423*
		Pequeno	10 (20,0%)	7 (14,0%)	6 (12,0%)		
		Médio	25 (50,0%)	24 (48,0%)	12 (24,0%)		
		Grande	10 (20,0%)	11 (22,0%)	24 (48,0%)		
		Unidimensional	2 (4,0%)	7 (14,0%)	7 (14,0%)		
	Telhado Qualidade	Vazio	14 (29,8%)	28 (57,1%)	22 (44,9%)	0,1712	0,2249
		Organizado	32 (68,1%)	20 (40,8%)	27 (55,1%)		
		Confuso	1 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Obsessivo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Reforçado	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Paredes	Paredes Qualidade	Ausente	3 (6,0%)	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0,2907	0,8892
		Frágil	3 (6,0%)	8 (16,0%)	6 (12,0%)		
		Adequada	43 (86,0%)	36 (72,0%)	39 (78,0%)		
		Reforçada	1 (2,0%)	5 (10,0%)	4 (8,0%)		
	Indicação de superfície	Não	50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Portas	Porta Tamanho	Pequena	25 (45,7%)	26 (51,0%)	21 (35,6%)	0,4677	0,2887
		Adequada	14 (30,4%)	9 (18,4%)	13 (28,9%)		
		Grande	11 (23,9%)	15 (30,6%)	16 (35,6%)		
	Porta Quantidade	Ausente	4 (8,0%)	1 (2,0%)	5 (10,0%)	1,0000	0,3191
		Adequada	45 (90,0%)	47 (94,0%)	44 (88,0%)		
		Muitas	1 (2,0%)	2 (4,0%)	1 (2,0%)		
	Porta Qualidade	Indiferenciada	2 (4,3%)	3 (6,1%)	4 (8,9%)	0,1293	0,7017
		Adequada	2 (4,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Ênfase	14 (30,4%)	15 (30,6%)	16 (35,6%)		
Aberta		3 (6,5%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)			
Vazada		22 (47,8%)	24 (49,0%)	17 (37,8%)			
Acima do solo		3 (6,5%)	6 (12,2%)	8 (17,8%)			
Janelas	Janela Tamanho	Pequena	22 (48,9%)	25 (55,6%)	23 (51,1%)	0,9145	0,9555
		Adequada	18 (40,0%)	14 (31,1%)	16 (35,6%)		
		Grade	5 (11,1%)	6 (13,3%)	6 (13,3%)		
	Janela Quantidade	Ausente	37 (74,0%)	42 (84,0%)	37 (74,0%)	1,0000	0,3033

		Adequada	5 (10,0%)	5 (10,0%)	5 (10,0%)					
		Muitas	8 (16,0%)	3 (6,0%)	8 (16,0%)					
Janela Qualidade		Aberta	1 (2,2%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	0,8623	0,0070*			
		Fechada	10 (22,2%)	2 (4,4%)	13 (28,9%)					
		Protegida	10 (22,2%)	11 (24,4%)	11 (24,4%)					
		Ênfase	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)					
		Nua	24 (53,3%)	31 (68,9%)	20 (44,4%)					
		Reforçada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)					
Janela Variável		Não	50 (100,0%)	50 (100,0%)	(100,0%)	1,0000	1,0000			
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)					
Fumaça	Fumaça Presença	Ausente	49 (98,0%)	44 (88,0%)	48 (96,0%)	1,0000	0,2687			
		Presente	1 (2,0%)	6 (12,0%)	2 (4,0%)					
	Fumaça Qualidade	Leve	1 (100,0%)	2 (33,3%)	2 (100,0%)					
		Pesada	0 (0,0%)	4 (66,7%)	0 (0,0%)	1,0000	0,4286			
Fumaça Direcionada		Não	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,3333	1,0000			
		Sim	0 (0,0%)	6 (100,0%)	2 (100,0%)					
Chaminé	Chaminé Presença	Ausente	49 (98,0%)	44 (88,0%)	47 (94,0%)	0,6173	0,4870			
		Presente	1 (2,0%)	6 (12,0%)	3 (6,0%)					
	Chaminé Tamanho	Pequena	0 (0,0%)	2 (33,3%)	3 (100,0%)					
		Adequada	1 (100,0%)	4 (66,7%)	0 (0,0%)	0,2500	0,1667			
		Grade	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)					
Chaminé Qualidade		Instável	1 (100,0%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	1,0000	1,0000			
		Estável	0 (0,0%)	4 (66,7%)	2 (66,7%)					
Perspectiva	Visão de pássaro	Não	50 (100,0%)	50 (100,0%)	49 (98,0%)	1,0000	1,0000			
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)					
	Visão de lagarta		Não	50 (100,0%)	50 (100,0%)			(100,0%)	1,0000	1,0000
			Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)			0 (0,0%)		
	Distante		Não	50 (100,0%)	50 (100,0%)			(100,0%)	1,0000	1,0000
			Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)			0 (0,0%)		
	Fachada		Não	40 (80,0%)	30 (60,0%)			32 (64,0%)	0,1182	0,8369
			Sim	10 (20,0%)	20 (40,0%)			18 (36,0%)		
	Bifrontal		Não	15 (30,0%)	23 (46,0%)			21 (42,0%)	0,2976	0,8405
			Sim	35 (70,0%)	27 (54,0%)			29 (58,0%)		
	Vista dos fundos		Não	50 (100,0%)	50 (100,0%)			(100,0%)	1,0000	1,0000
			Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)			0 (0,0%)		
	Interno		Não	50 (100,0%)	49 (98,0%)			(100,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)					
PB		Não	50 (100,0%)	50 (100,0%)	(100,0%)	1,0000	1,0000			
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)					
PA		Não	50 (100,0%)	50 (100,0%)	(100,0%)	1,0000	1,0000			
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)					

	Confusa	Não	46 (92,0%)	49 (98,0%)	48 (96,0%)	0,6777	1,0000
		Sim	4 (8,0%)	1 (2,0%)	2 (4,0%)		
Caminho	Caminho Presença	Ausente Presente	39 (78,0%) 11 (22,0%)	32 (64,0%) 18 (36,0%)	38 (76,0%) 12 (24,0%)	1,0000	0,2752
	Suave	Não	5 (45,5%)	7 (38,9%)	3 (25,0%)	0,4003	0,6942
		Sim	6 (54,5%)	11 (61,1%)	9 (75,0%)		
	Sinuoso	Não	9 (81,8%)	13 (72,2%)	10 (83,3%)	1,0000	0,6693
		Sim	2 (18,2%)	5 (27,8%)	2 (16,7%)		
	Afunilado	Não	11 (100,0%)	18 (100,0%)	11 (91,7%)	1,0000	0,4000
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)		
	Descontínuo	Não	11 (100,0%)	18 (100,0%)	12 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Reforçado	Não	8 (72,7%)	16 (88,9%)	12 (100,0%)	0,0932	0,5034
		Sim	3 (27,3%)	2 (11,1%)	0 (0,0%)		
Acessórios da Casa	Varanda	Ausente Presente	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	46 (92,0%) 4 (8,0%)	0,1175	0,1175
	Degraus	Ausente Presente	47 (94,0%) 3 (6,0%)	39 (78,0%) 11 (22,0%)	42 (84,0%) 8 (16,0%)	0,1997	0,6111
	Campainha	Ausente Presente	49 (98,0%) 1 (2,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	1,0000	1,0000
	Olho mágico	Ausente Presente	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	1,0000	1,0000
	Número	Ausente Presente	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	45 (90,0%) 5 (10,0%)	0,0563*	0,0563*
	Capacho	Ausente Presente	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	1,0000	1,0000
	Placas	Ausente Presente	49 (98,0%) 1 (2,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	1,0000	1,0000
	Cerca	Ausente Presente	47 (94,0%) 3 (6,0%)	47 (94,0%) 3 (6,0%)	44 (88,0%) 6 (12,0%)	0,4870	0,4870
	Grades	Ausente Presente	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	1,0000	1,0000
	Portão	Ausente Presente	48 (96,0%) 2 (4,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	49 (98,0%) 1 (2,0%)	1,0000	1,0000
	Outro	Ausente Presente	47 (94,0%) 3 (6,0%)	50 (100,0%) 0 (0,0%)	49 (98,0%) 1 (2,0%)	0,6173	1,0000
Outros	Sol	Ausente Presente	29 (58,0%) 21 (42,0%)	47 (94,0%) 3 (6,0%)	47 (94,0%) 3 (6,0%)	<,0001*	1,0000
	Nuvens	Ausente	44 (88,0%)	48 (96,0%)	49 (98,0%)	0,1117	1,0000

	Presente	6 (12,0%)	2 (4,0%)	1 (2,0%)		
Outros	Ausente	18 (36,0%)	27 (54,0%)	21 (42,0%)	0,6820	0,3170
	Presente	32 (64,0%)	23 (46,0%)	29 (58,0%)		

Fonte: Autora

Segundo Hammer (1991) ao realizar o desenho da casa a pessoa inconscientemente faz associações de como a pessoa interage com seu ambiente familiar e em suas relações sociais, pois representa suas raízes e como se apresenta para o mundo. A análise dos aspectos projetivos da casa vai possibilitar avaliar a integridade do ego, o contato com a realidade, a percepção que a pessoa tem do ambiente e como é sua interação social.

Analisando os aspectos Projetivos do desenho da Casa e comparando os resultados encontrados no Grupo Dor Crônica, no Grupo Depressão e no Grupo Controle, serão apresentados os comentários somente para as características que obtiveram diferença significativa entre os grupos. Pôde-se encontrar as seguintes características: quanto ao aspecto avaliativo “Tamanho do Telhado Grande”, houve diferença significativa no Grupo Dor Crônica com 20%, no Grupo Depressão com 22% em relação ao Grupo Controle com 48%. Quanto ao Tamanho do Telhado Médio foi observado que o Grupo Dor Crônica obteve 50% e o Grupo Depressão obteve 48%.

Para Hammer (1991) a análise do desenho da Casa representa características pessoais, como a pessoa interage nas relações interpessoais, sua percepção do ambiente, a casa traz o autorretrato, a maneira como a pessoa se apresenta para o mundo. Dentro desta perspectiva, o Telhado corresponde à área da fantasia, também relacionada à formação das ideias. Quando a proporção do telhado é grande em relação ao restante da casa, pode indicar que a pessoa busca satisfazer seus desejos por meio da fantasia. No caso do Grupo Controle, pode-se inferir que diante das dificuldades inerentes do período do envelhecimento, fantasiar pode tornar as circunstâncias da vida mais fáceis de serem encaradas.

Em relação às Janelas a característica que se destacou na análise foi a Qualidade, que corresponde a janela fechada, aberta, protegida, nua, reforçada e com ênfase. Neste aspecto houve diferença significativa entre o Grupo Controle com 28,9% e o Grupo Depressão com 4,4%, com esse apresentando um percentual de Janela Fechada maior que o Grupo Controle. As janelas, assim como as portas, representam a abertura da pessoa para o mundo. Ao analisar a Qualidade da janela pode-se compreender de que maneira a pessoa se coloca na relação com o outro. A janela fechada mostra uma resistência dos participantes do Grupo Depressão em se

abrir para o contato com outras pessoas e uma atitude defensiva, que pode ser justificada em decorrência da apatia que é um dos sintomas da depressão, ao contrário do Grupo Controle que mostra estar disposto a esta interação (Hammer, 1991).

Quanto aos Acessórios da casa, que podem corresponder a Varanda, degraus, números, portão, entre outros, o aspecto que apresentou uma diferença significativa foi a presença de Números nos desenhos das casas do Grupo Controle, com um percentual ligeiramente maior de ter número nas casas que os demais. Quanto ao Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle não houve diferença significativa, mas o $p\text{-value}=0,0563$ ficou próximo da significância para os dois.

Com relação a “Outros” aspectos apresentados nos desenhos, que podem corresponder ao sol, nuvens ou desenhos diversos, o “Sol” apresentou diferença significativa do Grupo Controle com o Grupo Dor Crônica, com esse apresentando um percentual maior de “Sol Presente” do que o Grupo Controle. A presença do sol nos desenhos pode representar a relação com figuras de autoridade, nos desenhos produzidos por crianças pode se referir ao nível de controle exercido e a percepção que as crianças têm das figuras materna e paterna (Hammer, 1991).

Síntese dos resultados dos Aspectos Projetivos do desenho da Casa

Na análise dos Aspectos Projetivos do desenho da Casa fazendo uma comparação entre o Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle, de maneira geral, não foram encontradas muitas diferenças significativas, mostrando que embora os três grupos tenham características diferentes, em muitos momentos seu funcionamento é bem semelhante. Dentro da perspectiva de que a casa representa o autorretrato da pessoa, os idosos do Grupo Controle buscam, por meio da fantasia, realizar e satisfazer seus desejos. Levando em consideração as dificuldades do envelhecer, pode-se inferir que o uso da fantasia pode ajudar os idosos a lidar com suas demandas de vida.

Os participantes do Grupo Depressão mostram uma atitude defensiva quanto a se abrir para o mundo e para as relações interpessoais, podendo ser esta uma característica do quadro de depressão, enquanto os participantes do Grupo Controle se mostram mais abertos a essas interações. O Grupo Dor Crônica mostrou a necessidade de se sentir seguro e apresentou alguma espécie de conflito que pode estar relacionado a condição de saúde que fica agravada por conta da dor crônica.

Desenho da Árvore

Na Tabela 5.2 com relação à comparação dos Aspectos Projetivos, são apresentados os percentuais entre os grupos: Grupo Dor Crônica e o Grupo Depressão com o Grupo Controle e os p-values dos testes para a figura da Árvore:

Tabela 5.2 – Comparação Aspectos Projetivos – Árvore (Gráfico 5.2 Apêndice 3)

Item	Medida	Característica	Grupo			p-value	
			Dor crônica	Depressão	Controle	DC x C	D x C
Impressão Geral	Harmoniosa	Não	17 (34,0%)	21 (42,0%)	9 (18,0%)	0,1095	0,0156*
		Sim	33 (66,0%)	29 (58,0%)	41 (82,0%)		
	Confusa	Não	37 (74,0%)	33 (66,0%)	42 (84,0%)	0,3262	0,0634
		Sim	13 (26,0%)	<u>17 (34,0%)</u>	8 (16,0%)		
Instável	Não		50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Estável	Não		50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Forte	Não		49 (98,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Fraca	Não		50 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Rígida	Não		47 (94,0%)	47 (94,0%)	49 (98,0%)	0,6173	0,6173
		Sim	3 (6,0%)	3 (6,0%)	1 (2,0%)		
Característica gerais	Adequada	Primitiva	36 (72,0%)	30 (60,0%)	38 (76,0%)	0,8200	0,1328
		Cindida	13 (26,0%)	20 (40,0%)	12 (24,0%)		
		Depressiva	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Cortada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
			0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Espécie	Comum	Coqueiro	40 (80,0%)	28 (56,0%)	35 (70,0%)	0,1294	0,3773
		Natal	0 (0,0%)	4 (8,0%)	4 (8,0%)		
		Chorão	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Bananeira	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Bananeira	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
		Araucária	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Outra	9 (18,0%)	<u>17 (34,0%)</u>	11 (22,0%)		
Tronco	Tronco: Qualidade	Adequado	30 (60,0%)	36 (72,0%)	37 (74,0%)	0,0423*	0,0556*
		Frágil	12 (24,0%)	7 (14,0%)	12 (24,0%)		
		Reforçado	8 (16,0%)	7 (14,0%)	1 (2,0%)		
		Cortado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
			0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Tronco: Largura	Adequada	11 (22,0%)	13 (26,0%)	18 (36,0%)	0,3854	0,4129

		Largo	17 (34,0%)	15 (30,0%)	17 (34,0%)		
		Estreito	13 (26,0%)	16 (32,0%)	9 (18,0%)		
		Unidimensional	9 (18,0%)	<u>6 (12,0%)</u>	6 (12,0%)		
Tronco: Conformação		Adequada	23 (46,0%)	20 (40,0%)	19 (38,0%)	0,7637	0,8595
		Rígida	20 (40,0%)	22 (44,0%)	19 (38,0%)		
		Sinuosa	1 (2,0%)	1 (2,0%)	3 (6,0%)		
		Estrangulada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Alargamento	4 (8,0%)	5 (10,0%)	6 (12,0%)		
		Afunilamento	2 (4,0%)	2 (4,0%)	3 (6,0%)		
Tronco: comprimento		Adequado	8 (16,0%)	7 (14,0%)	7 (14,0%)	0,0562*	0,2877
		Longo	28 (56,0%)	32 (64,0%)	38 (76,0%)		
		Curto	14 (28,0%)	<u>11 (22,0%)</u>	5 (10,0%)		
Tronco: intersecção		Aberto	27 (54,0%)	18 (36,0%)	28 (56,0%)	1,0000	0,0704
		Fechado	23 (46,0%)	32 (64,0%)	22 (44,0%)		
		Bifurcado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Tronco: Superfície		Nada digno de nota	31 (62,0%)	34 (68,0%)	40 (80,0%)	0,1123	0,0668
		Casca	17 (34,0%)	16 (32,0%)	8 (16,0%)		
		Buraco	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Cicatriz	2 (4,0%)	0 (0,0%)	2 (4,0%)		
Casca		Ausente	33 (66,0%)	34 (68,0%)	42 (84,0%)	0,0634	0,1000
		Presente	17 (34,0%)	<u>16 (32,0%)</u>	8 (16,0%)		
Raízes	Raízes	Ausente	27 (54,0%)	25 (50,0%)	29 (58,0%)	0,8405	0,5475
		Presente	23 (46,0%)	<u>25 (50,0%)</u>	21 (42,0%)		
Raízes: Característica		Espalhadas	1 (4,3%)	2 (8,0%)	1 (4,8%)	0,0891	0,1728
		Garra	2 (8,7%)	1 (4,0%)	0 (0,0%)		
		Aéreas	3 (13,0%)	4 (16,0%)	9 (42,9%)		
		Transparência	15 (65,2%)	18 (72,0%)	11 (52,4%)		
		Pequena	1 (4,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Espelhada	1 (4,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Copa	Copa	Ausente	2 (4,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1,0000	1,0000
		Presente	48 (96,0%)	50 (100,0%)	49 (98,0%)		
Copa: Tamanho		Proporcional	14 (29,2%)	9 (18,0%)	4 (8,2%)	0,0092*	0,1855
		Grande	23 (47,9%)	29 (58,0%)	37 (75,5%)		
		Pequena	11 (22,9%)	<u>12 (24,0%)</u>	8 (16,3%)		
Copa: Superfície		Vazia	5 (10,4%)	6 (12,0%)	3 (6,1%)	0,0024*	0,1346
		Com Elementos	40 (83,3%)	37 (74,0%)	32 (65,3%)		
		Sombreado	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
		Obsessiva	2 (4,2%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)		
		Camadas	1 (2,1%)	<u>6 (12,0%)</u>	13 (26,5%)		
Linha da Copa		Fluida	17 (35,4%)	22 (44,0%)	32 (65,3%)	0,0044	0,0561
		Inflexível	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Irregular	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Reforçada	0 (0,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
		Pontiaguda	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		

		Controlada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Obsessiva	0 (0,0%)	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
		Descontínua	31 (64,6%)	25 (50,0%)	17 (34,7%)		
Galhos	Galhos	Ausente	15 (30,0%)	19 (38,0%)	23 (46,0%)	0,1488	0,5436
		Presente	35 (70,0%)	31 (62,0%)	27 (54,0%)		
	Galhos: organização	Organizado	29 (82,9%)	23 (74,2%)	26 (96,3%)	0,3122	0,0288*
		Confuso	4 (11,4%)	8 (25,8%)	1 (3,7%)		
		Ampla	2 (5,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Restrita	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Galhos: Conformação	Unidimensional	25 (71,4%)	25 (80,6%)	17 (63,0%)	0,5413	0,2756
		Cortados	3 (8,6%)	2 (6,5%)	3 (11,1%)		
		Abertos	3 (8,6%)	2 (6,5%)	4 (14,8%)		
		Estreitando	1 (2,9%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)		
		Pontiagudo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)		
		Fálico	2 (5,7%)	1 (3,2%)	0 (0,0%)		
		Pontas encobertas	1 (2,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Saem do tronco	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Podado	0 (0,0%)	1 (3,2%)	0 (0,0%)		
	Galhos: Direção	Para Cima	34 (97,1%)	23 (74,2%)	23 (85,2%)	0,2322	0,4980
		Para Baixo	0 (0,0%)	2 (6,5%)	2 (7,4%)		
		Para Fora	0 (0,0%)	1 (3,2%)	1 (3,7%)		
		Para Dentro	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Confuso	1 (2,9%)	5 (16,1%)	1 (3,7%)		
Folhas	Folhas	Ausente	23 (46,0%)	20 (40,0%)	27 (54,0%)	0,5487	0,2292
		Presente	27 (54,0%)	30 (60,0%)	23 (46,0%)		
	Folha: Galhos	Não	9 (33,3%)	12 (40,0%)	8 (34,8%)	1,0000	0,7794
		Sim	18 (66,7%)	18 (60,0%)	15 (65,2%)		
	Folhas: Copa	Não	20 (74,1%)	21 (70,0%)	16 (69,6%)	0,7610	1,0000
		Sim	7 (25,9%)	9 (30,0%)	7 (30,4%)		
	Folhas: Caindo	Não	25 (92,6%)	29 (96,7%)	22 (95,7%)	1,0000	1,0000
		Sim	2 (7,4%)	1 (3,3%)	1 (4,3%)		
Frutos	Frutos	Ausente	31 (62,0%)	37 (74,0%)	39 (78,0%)	0,1259	0,8153
		Presente	19 (38,0%)	13 (26,0%)	11 (22,0%)		
	Frutos: Na Copa	Não	2 (10,5%)	0 (0,0%)	2 (18,2%)	0,6111	0,1993
		Sim	17 (89,5%)	13 (100,0%)	9 (81,8%)		
	Frutos: Caindo	Não	18 (94,7%)	13 (100,0%)	11 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	1 (5,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Frutos: Numerosos	Não	18 (94,7%)	13 (100,0%)	9 (81,8%)	0,5367	0,1993
		Sim	1 (5,3%)	0 (0,0%)	2 (18,2%)		
Outros elementos	Flores	Não	42 (84,0%)	43 (86,0%)	46 (92,0%)	0,3567	0,5246
		Sim	8 (16,0%)	7 (14,0%)	4 (8,0%)		
	Animais	Não	49 (98,0%)	50 (100,0%)	49 (98,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	1 (2,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)		

			50 (100,0%)				
	Ninho	Não	49 (98,0%)		48 (96,0%)	1,0000	0,4949
		Sim	1 (2,0%)	0 (0,0%)	2 (4,0%)		
Ambiente	Sol	Não	32 (64,0%)	48 (96,0%)	48 (96,0%)	<,0001	1,0000
		Sim	18 (36,0%)	2 (4,0%)	2 (4,0%)		
	Nuvem	Não	49 (98,0%)	49 (98,0%)	49 (98,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	1 (2,0%)	1 (2,0%)	1 (2,0%)		
Outros	Não	15 (30,0%)	22 (44,0%)	12 (24,0%)	0,6529	0,0567	
	Sim	35 (70,0%)	28 (56,0%)	38 (76,0%)			

Fonte: Autora

De acordo com Hammer (1991) o desenho da árvore possibilita que a pessoa projete aspectos primitivos de sua personalidade e seu *self*. Ao desenhar a árvore a pessoa não faz uso de tantas manobras defensivas do ego, pois não associa a árvore com sua pessoa e pode representar sentimentos que perturbam e angustiam sem se dar conta disto. Segundo Hammer (1984) metaforicamente a árvore pode ser associada às fases da vida de uma pessoa, representando seu nascimento, crescimento, reprodução e morte, levando em consideração a capacidade de recuperação da árvore diante de situações adversas, como do ser humano diante dos fatores estressantes da vida.

Analisando os aspectos Projetivos do desenho da Árvore e comparando os resultados encontrados no Grupo Dor Crônica, no Grupo Depressão e no Grupo Controle, serão apresentados os comentários somente para as características que obtiveram diferença significativa entre os grupos. Pôde-se encontrar as seguintes características: quanto à Impressão Geral, o item de avaliação “Harmoniosa”, que corresponde ao desenho da árvore apresentando partes básicas da árvore como tronco e copa, por exemplo. Este aspecto apresentou diferença significativa do Grupo Controle com 82% em relação com o Grupo Depressão com 58%, onde observa-se nesse último um percentual menor do que o do Grupo Controle. Para Kolck (1984) a harmonia na produção dos desenhos indica os indivíduos mais saudáveis e integrados, neste caso o Grupo Controle, que se apresenta mais saudável produziu desenhos mais harmoniosos, confirmando esta afirmação.

Com relação ao Tronco, a Qualidade do desenho que corresponde a adequado, frágil, reforçado e cortado, nesta produção foi observada uma diferença significativa do Grupo Controle 2% com relação ao Grupo Dor Crônica com 16% e para o Grupo Controle com 2% em relação ao Grupo Depressão com 14%, o p-value=0,0556 ficou muito próximo à nota de corte. Para ambos foi verificado um percentual maior de desenho do “Tronco Reforçado” do

que no Grupo Controle. Os traçados reforçados podem representar impulsividade e o desejo de expressar sentimento de raiva, expressá-la de forma verbal (Hammer, 1991; Buck, 2009).

Quanto ao “Comprimento do Tronco”, não houve diferença significativa, mas a comparação do Grupo Dor Crônica com 28% com o Grupo Controle com 10% apresentou $p\text{-value}=0,0562$ próximo do valor de corte, com um percentual maior de “Tronco Curto” no Grupo Dor Crônica. No estudo de Tardivo et al., (2022b, no prelo) com idosos com depressão esta característica também foi encontrada, confirmando sintomas da doença e no caso dos idosos com dor crônica, pode representar a tristeza de não conseguir realizar suas atividades em virtude da dor que sentem constantemente.

Analisando as características do desenho da árvore para o item de avaliação “Tamanho da Copa”, houve diferença significativa do Grupo Controle com 8,2% e o Grupo Dor Crônica com 18% de “Tamanho da Copa Proporcional” que o Grupo Controle. A copa da árvore é associada à fantasia, ao campo das ideias e ao pensamento, em comparação ao Grupo Dor Crônica e ao Grupo Controle a copa em tamanho proporcional ao tronco, mostra que há um equilíbrio na imersão à fantasia e controle na busca de satisfação (Hammer, 1991).

Dentro dos itens de análise dos desenhos, com relação a “Superfície da Copa”, houve diferença significativa do Grupo Controle com 65,3% e o Grupo Dor Crônica com 83,3% com esse último com um percentual maior de “Com Elementos” que o Grupo Controle. A presença de elementos na copa da árvore pode indicar alguma espécie de conflito ou revelar alguma necessidade que o grupo ou o indivíduo pode ter (Hammer, 1991). Diante dos Grupos Depressão e Grupo Dor Crônica pode-se inferir que realmente haja algum conflito entre as solicitações do ambiente e a capacidade de resolver as demandas.

Com relação à Linha da Copa, houve diferença significativa do Grupo Controle com 34,7% e o Grupo Dor Crônica com 64,6%. Para o Grupo Controle com 34,7% comparado ao Grupo Depressão com 50%, o $p\text{-value}=0,0561$ ficou muito próximo à nota de corte. Para ambos foi verificado um percentual maior de “Linha da Copa Descontínua” do que no Grupo Controle. Segundo Hammer (1991) a linha da copa representa a capacidade que o indivíduo tem para lidar com os relacionamentos, no caso do Grupo Dor Crônica e o Grupo Depressão a presença de linhas descontínuas mostram falhas na capacidade de adaptação e espontaneidade.

Quanto à apresentação da “Organização dos Galhos”, houve diferença significativa do Grupo Controle com 3,7% em relação ao Grupo Depressão com 25,8%, sendo que esse último

obteve um percentual maior de “ Organização de Galhos Confusa” que o Grupo Controle. De acordo com Kolck (1984) os galhos mostram que há várias maneiras de interagir com as pessoas, indicando capacidade para adaptação nas inter-relações. A organização confusa dos galhos encontrada no Grupo Depressão pode indicar falhas na interação com o outro por baixa habilidade em manter os relacionamentos.

Com relação aos aspectos do “Ambiente”, a presença do “Sol” na produção dos desenhos, houve diferença significativa do Grupo Controle com 4% com o Grupo Dor Crônica com 36%, esse último com um percentual maior de Presente que o Grupo Controle. Segundo Buck (2009) uma presença menor do Sol pode indicar que o ambiente se revela com poucas figuras afetivas. O Grupo Dor Crônica apresentou esta relação com figuras afetivas e de autoridade, talvez ligando indiretamente à necessidade de serem cuidados por alguém, assim como um dia foram cuidados por seus pais.

Analisando o item “Outros” na produção dos desenhos, não houve diferença significativa entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle, mas a comparação do Grupo Depressão com 56% com o Grupo Controle com 76% apresentou p-value=0,5246 próximo do valor de corte, com um percentual menor de Presente no Grupo Depressão. De acordo com Hammer (1991) a presença de outros elementos pode indicar conflitos e preocupações, esta característica já apareceu em outros momentos na análise, mostrando a existência de um conflito que pode estar relacionado à condição de saúde dos participantes do Grupo Controle, que embora não tenham dor crônica ou depressão, podem se ressentir das limitações próprias do envelhecimento.

Síntese dos resultados Aspectos Projetivos Árvore

Na análise dos Aspectos Projetivos do desenho da Árvore fazendo uma comparação entre o Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle, foram observadas várias características que podem contrastar entre si. O Grupo Controle, que não sofre com dor crônica e nem com sintomas de depressão se mostrou mais integrado na produção dos desenhos, denotando aspectos emocionais mais saudáveis em alguns momentos da análise e apresentou equilíbrio na satisfação de seus desejos por meio da fantasia.

O Grupo Depressão apresentou impulsividade e desejo de expressar sentimentos de raiva, mostrou dificuldade na interação com as outras pessoas e falta de habilidade para manter as relações interpessoais. O Grupo Dor Crônica mostrou maior imersão na fantasia para poder

lidar com suas demandas, demonstra falhas na capacidade de adaptação e a presença de conflitos que precisam ser tratados (Kolck, 1984).

Foi observada a existência de conflitos que podem ter relação com os quadros de dor crônica e os sintomas de depressões vivenciados pelos grupos. A dependência de cuidados por outra pessoa foi verificada na presença de Sol na produção dos desenhos, denotando a relação com figuras afetivas.

Desenho da Pessoa

Na Tabela 5.3 com relação à comparação dos Aspectos Projetivos, são apresentados os percentuais entre os grupos: Grupo Dor Crônica e o Grupo Depressão com o Grupo Controle e os p-values dos testes para a figura da Pessoa:

Tabela 5.3 – Comparação Aspectos Projetivos – Pessoa (Gráfico 5.3 Apêndice 3)

Item	Medida	Característica	Grupo			p-value					
			Dor crônica	Depressão	Controle	DC x C	D x C				
Gerais	Sexo	Feminino	35 (70,0%)	40 (80,0%)	42 (84,0%)	0,1531	0,7953				
		Masculino	15 (30,0%)	10 (20,0%)	8 (16,0%)						
		Indefinido	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)						
	Sexo do Sujeito	Mesmo	39 (78,0%)	31 (62,0%)	27 (54,0%)	0,0196*	0,5436				
		Outro	11 (22,0%)	19 (38,0%)	23 (46,0%)						
	Representação	Figurativa	43 (86,0%)	44 (88,0%)	39 (78,0%)	0,2869	0,2869				
			Palito	6 (12,0%)	6 (12,0%)			11 (22,0%)			
			Abstrata	1 (2,0%)	0 (0,0%)			0 (0,0%)			
			Perspectiva	Frente	45 (90,0%)			45 (90,0%)	47 (94,0%)	0,7150	0,7150
				Perfil	5 (10,0%)			5 (10,0%)	3 (6,0%)		
Cabeça	Cabeça	Ausente	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,0000	1,0000				
		Presente	49 (98,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)						
	Tamanho	Adequado	15 (30,6%)	17 (34,0%)	11 (22,0%)	0,5747	0,3936				
		Grande	25 (51,0%)	24 (48,0%)	27 (54,0%)						
		Pequeno	9 (18,4%)	9 (18,0%)	12 (24,0%)						
	Cabelos	Cabelos	Ausente	7 (14,0%)	4 (8,0%)	8 (16,0%)	1,0000	0,3567			
			Presente	43 (86,0%)	46 (92,0%)	42 (84,0%)					
		Nada digno de nota	Não	43 (100,0%)	46 (100,0%)	42 (100,0%)	1,0000	1,0000			
			Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)					
		Quantidade	Escassos	21 (48,8%)	20 (43,5%)	17 (40,5%)	0,8106	0,8675			

		Abundante	20 (46,5%)	25 (54,3%)	23 (54,8%)		
		Normal	2 (4,7%)	1 (2,2%)	2 (4,8%)		
	Arrumado	Penteado	27 (64,3%)	28 (62,2%)	27 (67,5%)	0,8184	0,6548
		Desarrumado	15 (35,7%)	17 (37,8%)	13 (32,5%)		
Olhos	Presença	Ausente	3 (6,0%)	6 (12,0%)	1 (2,0%)	0,6173	0,1117
		Presente	47 (94,0%)	44 (88,0%)	49 (98,0%)		
	Tamanho	Adequado	14 (29,8%)	13 (29,5%)	16 (32,7%)	0,6626	0,8985
		Grande	16 (34,0%)	17 (38,6%)	20 (40,8%)		
		Pequeno	17 (36,2%)	14 (31,8%)	13 (26,5%)		
	Caracterização	Aberto	17 (36,2%)	19 (43,2%)	24 (49,0%)	0,2724	0,8013
		Fechado	2 (4,3%)	3 (6,8%)	5 (10,2%)		
		Vazado	19 (40,4%)	12 (27,3%)	12 (24,5%)		
		Puntiforme	9 (19,1%)	10 (22,7%)	8 (16,3%)		
		Oculto	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Cílios	Presente	3 (6,0%)	2 (4,0%)	7 (14,0%)	0,3178	0,1595	
	Abundante	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)			
	Ausente	46 (92,0%)	47 (94,0%)	43 (86,0%)			
Sobrancelha	Presente	25 (50,0%)	23 (46,0%)	20 (40,0%)	0,1654	0,6535	
	Abundante	4 (8,0%)	2 (4,0%)	1 (2,0%)			
	Ausente	21 (42,0%)	25 (50,0%)	29 (58,0%)			
Pelos	Barba	Barba	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,0000	1,0000
		Bigode	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Corpo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Não	49 (98,0%)	(100,0%)	(100,0%)			
Queixo	Adequado	Adequado	3 (6,3%)	5 (10,9%)	1 (2,0%)	0,1917	0,3104
		Grande	6 (12,5%)	2 (4,3%)	3 (6,0%)		
		Pequeno	4 (8,3%)	1 (2,2%)	1 (2,0%)		
		Indiferenciado	35 (72,9%)	38 (82,6%)	45 (90,0%)		
Nariz	Presença	Ausente	6 (12,0%)	10 (20,0%)	3 (6,0%)	0,4870	0,0713
		Presente	44 (88,0%)	40 (80,0%)	47 (94,0%)		
	Tamanho	Adequado	20 (45,5%)	11 (27,5%)	15 (31,9%)	0,2770	0,9262
		Grande	17 (38,6%)	17 (42,5%)	19 (40,4%)		
		Pequeno	7 (15,9%)	12 (30,0%)	13 (27,7%)		
	Caracterização	Infantil	11 (25,0%)	13 (32,5%)	12 (25,5%)	0,6136	0,1862
		Septo	26 (59,1%)	27 (67,5%)	31 (66,0%)		
		Narinas	7 (15,9%)	0 (0,0%)	4 (8,5%)		
	Boca	Presença	Ausente	4 (8,0%)	6 (12,0%)	2 (4,0%)	0,6777
Presente			46 (92,0%)	44 (88,0%)	48 (96,0%)		
Tamanho		Adequada	23 (50,0%)	12 (27,3%)	23 (47,9%)	0,5065	0,0995
		Grande	19 (41,3%)	19 (43,2%)	17 (35,4%)		
		Pequena	4 (8,7%)	13 (29,5%)	8 (16,7%)		
Unidimensional		Não	27 (58,7%)	28 (63,6%)	23 (47,9%)	0,3103	0,1466
		Sim	19 (41,3%)	16 (36,4%)	25 (52,1%)		
Posição		Aberta	14 (51,9%)	14 (50,0%)	12 (52,2%)	1,0000	1,0000
		Fechada	13 (48,1%)	14 (50,0%)	11 (47,8%)		

	Lábios	Não	19 (70,4%)	22 (78,6%)	13 (56,5%)	0,3817	0,1314
	bidimensionais	Sim	8 (29,6%)	6 (21,4%)	10 (43,5%)		
	Lábios Carnudos	Não	27 (100,0%)	28 (100,0%)	23 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Dentes	Presença	Ausente	43 (93,5%)	42 (95,5%)	44 (91,7%)	1,0000	0,6788
		Presente	3 (6,5%)	2 (4,5%)	4 (8,3%)		
Língua	Presença	Ausente	44 (95,7%)	(100,0%)	(100,0%)	0,2368	1,0000
		Presente	2 (4,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Orelha	Presença	Ausente	32 (64,0%)	29 (58,0%)	34 (68,0%)	0,8330	0,4076
		Presente	18 (36,0%)	21 (42,0%)	16 (32,0%)		
	Tamanho	Adequado	8 (44,4%)	8 (38,1%)	8 (50,0%)	1,0000	0,7508
		Grande	8 (44,4%)	12 (57,1%)	7 (43,8%)		
		Pequeno	2 (11,1%)	1 (4,8%)	1 (6,3%)		
Pescoço	Presença	Ausente	7 (14,0%)	10 (20,0%)	8 (16,0%)	1,0000	0,7953
		Presente	43 (86,0%)	40 (80,0%)	42 (84,0%)		
	Comprimento	Adequado	10 (23,3%)	4 (10,0%)	2 (4,8%)	0,0381	0,5878
		Comprido	27 (62,8%)	26 (65,0%)	30 (71,4%)		
		Curto	6 (14,0%)	10 (25,0%)	10 (23,8%)		
	Largura	Adequado	7 (16,3%)	1 (2,5%)	2 (4,8%)	0,1912	0,9313
		Largo	16 (37,2%)	19 (47,5%)	21 (50,0%)		
		Estreito	20 (46,5%)	20 (50,0%)	19 (45,2%)		
	Integração	Integrado	29 (67,4%)	25 (62,5%)	26 (61,9%)	0,8213	1,0000
		Separado	1 (2,3%)	1 (2,5%)	1 (2,4%)		
		Cortado	13 (30,2%)	14 (35,0%)	15 (35,7%)		
Tronco	Presença	Ausente	5 (10,0%)	2 (4,0%)	5 (10,0%)	1,0000	0,4360
		Presente	45 (90,0%)	48 (96,0%)	45 (90,0%)		
	Tamanho	Adequado	11 (24,4%)	11 (22,9%)	8 (17,8%)	0,7928	0,3150
		Comprido	20 (44,4%)	16 (33,3%)	22 (48,9%)		
		Curto	14 (31,1%)	21 (43,8%)	15 (33,3%)		
	Largura	Adequado	8 (17,8%)	10 (20,8%)	8 (17,8%)	1,0000	0,9574
		Largo	29 (64,4%)	28 (58,3%)	28 (62,2%)		
		Estreito	8 (17,8%)	10 (20,8%)	9 (20,0%)		
	Ombros	Caído	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,3147	0,4861
		Curvo	12 (26,7%)	8 (16,7%)	7 (15,6%)		
		Retilíneo	24 (53,3%)	20 (41,7%)	24 (53,3%)		
		Enfatizado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Indiferenciado	9 (20,0%)	20 (41,7%)	14 (31,1%)		
Braços	Presença	Ausente	4 (8,0%)	0 (0,0%)	4 (8,0%)	1,0000	0,1175
		Presente	46 (92,0%)	50 (100,0%)	46 (92,0%)		
	Comprimento	Adequado	14 (30,4%)	15 (30,0%)	11 (23,9%)	0,7504	0,0795
		Longo	19 (41,3%)	10 (20,0%)	19 (41,3%)		
		Curto	13 (28,3%)	25 (50,0%)	16 (34,8%)		
	Posição	Colado	3 (6,5%)	4 (8,0%)	2 (4,3%)	0,0046*	0,0037*
		ângulo reto	11 (23,9%)	12 (24,0%)	1 (2,2%)		

		ângulo agudo	17 (37,0%)	27 (54,0%)	29 (63,0%)		
		Assimétrico	15 (32,6%)	7 (14,0%)	14 (30,4%)		
	Integração	Integrado	43 (93,5%)	44 (88,0%)	46 (100,0%)	0,2418	0,0272
		Separado	3 (6,5%)	6 (12,0%)	0 (0,0%)		
		Deslocado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Mãos	Presença	Visível	39 (78,0%)	37 (74,0%)	35 (70,0%)	0,4945	0,7300
		Ausente	11 (22,0%)	11 (22,0%)	14 (28,0%)		
		Costas	0 (0,0%)	2 (4,0%)	1 (2,0%)		
		Bolso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Tamanho	Adequada	10 (25,6%)	4 (10,8%)	19 (54,3%)	0,0337*	0,0002*
		Grande	15 (38,5%)	17 (45,9%)	6 (17,1%)		
		Pequena	14 (35,9%)	16 (43,2%)	10 (28,6%)		
Dedos	Presença	Ausente	2 (5,1%)	4 (10,8%)	2 (5,7%)	1,0000	0,6745
		Presente	37 (94,9%)	33 (89,2%)	33 (94,3%)		
	Tamanho	Adequado	7 (18,9%)	5 (15,2%)	7 (21,2%)	0,3809	0,7555
		Longos	15 (40,5%)	10 (30,3%)	8 (24,2%)		
		Curtos	15 (40,5%)	18 (54,5%)	18 (54,5%)		
	Representação	Adequada	4 (10,8%)	3 (9,1%)	1 (3,0%)	0,0804	0,5403
		Fechados	8 (21,6%)	12 (36,4%)	15 (45,5%)		
		Detalhada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
		Primitiva	25 (67,6%)	18 (54,5%)	17 (51,5%)		
Seios	Presença	Ausente	46 (92,0%)	44 (88,0%)	46 (92,0%)	1,0000	0,7407
		Presente	4 (8,0%)	6 (12,0%)	4 (8,0%)		
	Tamanho	Proporcional	1 (25,0%)	2 (33,3%)	2 (50,0%)	0,4857	0,6000
		Grande	2 (50,0%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)		
		Pequeno	0 (0,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)		
		Primitivo	1 (25,0%)	1 (16,7%)	2 (50,0%)		
Unhas	Presença	Ausente	49 (98,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Presente	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Tamanho	Curtas	1 (100,0%)	0 (—)	0 (—)	—	—
		Longas	0 (0,0%)	0 (—)	0 (—)		
		Presente	0 (0,0%)	0 (—)	0 (—)		
Quadris	Presença	Ausente	11 (22,0%)	9 (18,0%)	13 (26,0%)	0,1047	0,2968
		Presente	32 (64,0%)	37 (74,0%)	36 (72,0%)		
		Indiferenciado	7 (14,0%)	4 (8,0%)	1 (2,0%)		
	Proporção	Proporcional	14 (35,9%)	13 (31,7%)	15 (40,5%)	0,9486	0,2998
		Largo	20 (51,3%)	18 (43,9%)	18 (48,6%)		
		Estreito	5 (12,8%)	10 (24,4%)	4 (10,8%)		
Genitais	Presença	Ausente	48 (96,0%)	46 (92,0%)	48 (96,0%)	1,0000	0,6777
		Presente	2 (4,0%)	4 (8,0%)	2 (4,0%)		
	Representação	Indicado	2 (100,0%)	3 (75,0%)	2 (100,0%)	1,0000	1,0000
		Explicito	0 (0,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)		
Cintura	Presença	Ausente	16 (32,0%)	11 (22,0%)	21 (42,0%)	0,4076	0,0528
		Presente	34 (68,0%)	39 (78,0%)	29 (58,0%)		

	Representação	Indicada	16 (47,1%)	12 (30,8%)	6 (20,7%)	0,0601	0,6321
		Estrangulada	6 (17,6%)	7 (17,9%)	5 (17,2%)		
		Reforçada	12 (35,3%)	20 (51,3%)	18 (62,1%)		
Pernas	Presença	Ausente	9 (18,0%)	3 (6,0%)	6 (12,0%)	0,5766	0,4870
		Presente	41 (82,0%)	47 (94,0%)	44 (88,0%)		
	Comprimento	Adequado	6 (14,6%)	7 (14,9%)	12 (27,3%)	0,3767	0,3301
		Longo	15 (36,6%)	19 (40,4%)	14 (31,8%)		
		Curto	20 (48,8%)	21 (44,7%)	18 (40,9%)		
Posição	Fechada	0 (0,0%)	4 (8,5%)	2 (4,5%)	0,0004*	0,0867	
	Em Ângulo	5 (12,2%)	11 (23,4%)	20 (45,5%)			
	Aberta	36 (87,8%)	32 (68,1%)	22 (50,0%)			
	Paralela	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)			
	Em movimento	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)			
Integração	Integrado	38 (92,7%)	44 (93,6%)	42 (95,5%)	0,8013	1,0000	
	Separado	2 (4,9%)	3 (6,4%)	2 (4,5%)			
	Deslocado	1 (2,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)			
Pés	Presença	Ausente	11 (22,0%)	6 (12,0%)	10 (20,0%)	1,0000	0,4139
		Presente	39 (78,0%)	44 (88,0%)	40 (80,0%)		
	Tamanho	Adequado	9 (23,1%)	18 (40,9%)	7 (17,5%)	0,8772	0,0700
		Grande	14 (35,9%)	11 (25,0%)	15 (37,5%)		
		Pequeno	16 (41,0%)	15 (34,1%)	18 (45,0%)		
Posição	Para fora	9 (23,1%)	13 (29,5%)	13 (32,5%)	0,5202	0,6359	
	Para dentro	2 (5,1%)	1 (2,3%)	0 (0,0%)			
	Para frente	4 (10,3%)	9 (20,5%)	5 (12,5%)			
	Egípcio	24 (61,5%)	21 (47,7%)	22 (55,0%)			
Calçado	Descalço	6 (15,4%)	5 (11,4%)	4 (10,0%)	0,0005*	0,5210	
	Calçado	20 (51,3%)	11 (25,0%)	6 (15,0%)			
	Não indicado	13 (33,3%)	28 (63,6%)	30 (75,0%)			
Vestido	Nu	17 (35,4%)	18 (36,0%)	20 (42,6%)	0,5315	0,5386	
	Vestido	31 (64,6%)	32 (64,0%)	27 (57,4%)			
Ambiente	Sol	Ausente	32 (64,0%)	50 (100,0%)	49 (98,0%)	<,0001*	1,0000
		Presente	18 (36,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)		
	Nuvem	Ausente	48 (96,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)	0,4949	1,0000
		Presente	2 (4,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
	Outro	Ausente	29 (58,0%)	47 (94,0%)	46 (92,0%)	0,0001	1,0000
Presente		21 (42,0%)	3 (6,0%)	4 (8,0%)			

Fonte: Autora

De acordo com Tardivo et al., (2022a, no prelo) o desenho da Pessoa é o mais difícil de realizar, pois vai suscitar identificações no examinando, que trará características de humanidade nesta produção. Há uma dificuldade maior na execução do desenho, por conta da complexidade dos detalhes e das proporções para se retratar uma figura humana, além de trazer à tona conflitos inconscientes gerando ansiedade e fazendo com que a pessoa use de

mecanismos defensivos para lidar com eles. Na produção deste desenho serão utilizados fatores psicodinâmicos nucleares para compor o conceito de imagem corporal, de acordo com a experiência de vida da pessoa, podendo, segundo Kolck (1984), apresentar nesta produção, todas as visões que o examinando tem de si e sua relação com o ambiente.

Analisando os aspectos Projetivos do desenho da Pessoa e comparando os resultados encontrados no Grupo Dor Crônica, no Grupo Depressão e no Grupo Controle, serão apresentados os comentários somente para as características que obtiveram diferença significativa entre os grupos. Pôde-se encontrar as seguintes características:

Nos Aspectos Gerais do desenho da Pessoa, quanto ao aspecto avaliativo “Sexo do Sujeito”, houve diferença significativa entre o Grupo Controle com 54% e o Grupo Dor Crônica com 78%, com esse apresentando percentual maior de “Mesmo Sexo” que o Controle. Na realização do desenho da Pessoa, a primeira instrução é que o participante desenhe uma pessoa, não estipulando qual o sexo da figura humana que será desenhada, depois é verificado se o desenho realizado é de uma figura do mesmo sexo que o participante ou se é do sexo oposto.

Com relação à “Posição dos Braços”, houve diferença significativa para os dois grupos: Grupo Dor Crônica com 23,9%, Grupo Depressão com 24% em comparação com o Grupo Controle com 2,2%, com um percentual maior de braços em “Ângulo Reto” nos dois grupos em comparação com o Grupo Controle. Para Kolck (1984) a análise do desenho dos braços tem associação com a confiança que o indivíduo tem em confiar em sua produtividade e na capacidade de agir frente às circunstâncias da vida.

Com relação aos itens de avaliação e a “Integração dos Braços”, houve diferença significativa entre Grupo Controle com 0% e o Grupo Depressão com 12%, com esse apresentando percentual maior de “Separado” que o Grupo Controle. Segundo Kolck (1984) os braços vão representar a capacidade de ação do indivíduo de produzir, porém a característica encontrada no Grupo Depressão de braços separados, pode indicar a dificuldade em agir que a pessoa sente quando se encontra deprimida, não tendo energia para agir diante das situações impostas pelo ambiente.

Quanto ao “Tamanho das Mãos”, houve diferença significativa para ambos os grupos em relação ao Grupo Controle, sendo o Grupo Dor Crônica com 25,6% e o Grupo Depressão com 10,8% obtendo ambos um percentual menor de Adequado do que o Controle com 54,3%. De acordo com Kolck (1984) as mãos representam o contato com o ambiente e como o indivíduo lida com as relações ambientais. O tamanho adequado das mãos encontrado no Grupo

Controle pode indicar que a capacidade destes participantes em interagir nas relações interpessoais. Pelos resultados do Grupo Dor Crônica e Grupo Depressão observa-se que esta capacidade aparece diminuída em relação ao Grupo Controle.

Nos aspectos de avaliação do desenho da Pessoa, quanto a “Presença de Cintura” na produção dos desenhos, não houve diferença significativa entre os grupos Grupo Dor Crônica com 68% e o Grupo Controle com 58%, mas o Grupo Depressão com 78% apresentou $pvalue=0,0528$ próximo ao valor de corte e com um percentual maior de “Cintura Presente” do que o Grupo Controle. Segundo Buck (2009) a presença de cintura na produção dos desenhos representa a coordenação e controle dos impulsos de poder, representados na parte superior do tronco e dos impulsos sexuais, representados pela parte inferior do tronco.

Os resultados mostram que há, por parte do Grupo Dor Crônica e do Grupo Controle, uma preocupação quanto aos impulsos sexuais e os impulsos de poder, uma vez que devido ao envelhecimento a atividade sexual se torna diminuída ou inexistente, devido à ausência de cônjuge ou companheiro. Outro fator que pode gerar esta angústia é o adoecimento, que faz com que eles percam sua autonomia, perdendo assim, suas posições de poder com relação ao ambiente (Kolck, 1984; Buck, 2009).

Em relação à “Posição das Pernas”, houve diferença significativa entre o Grupo Controle com 45,5% e o Grupo Dor Crônica com 12,2%, com esse com um percentual menor de “Pernas em Ângulo” do que o Grupo Controle. As pernas são responsáveis pela locomoção do indivíduo, pela estabilidade do corpo e dizem respeito à área sexual (Buck, 2009). As pernas em ângulo indicam uma postura firme e equilibrada, que faz pensar que os participantes do Grupo Controle se sentem mais seguros nas interações sociais que os outros dois grupos, por não terem as limitações da dor crônica e da depressão.

Analisando o item “Pés com Calçado”, houve diferença significativa entre o Grupo Controle com 15% e o Grupo Dor Crônica com 51,3%, com esse com um percentual maior de Calçado que o Grupo Controle. Kolck (1984) ressalta que os pés, além de serem a base na qual o ser humano se apoia e direciona seu movimento, são pontos de contato da pessoa com o mundo. Segundo a autora os pés também representam agressividade, pois podem chutar. No Grupo Dor Crônica a presença dos pés com calçado pode indicar a necessidade de um cuidado maior em “estar no mundo”, buscando estratégias na interação com o ambiente, para que não se firam, uma vez que já estão sensibilizados por conta da dor e da perda de autonomia.

Quanto ao “Ambiente”, a presença do desenho do “Sol” mostrou diferença significativa entre o Grupo Controle com 2% e o Grupo Dor Crônica com 36%, esse com um percentual maior de “Sol Presente” que o Grupo Controle. Segundo Buck (2009) o Sol representa a forma como a pessoa se relaciona com figuras de autoridade, o Grupo Dor Crônica mostra esta preocupação neste relacionamento com essas figuras ao trazer a presença do Sol em suas produções. No envelhecimento o idoso teme a perda de seu papel social, pois diante das dores, se torna dependente do cuidado de outros, e assim, se vê cada vez mais impotente. A figura do Sol pode representar tanto o respeito que estes idosos tinham com seus pais e figuras de autoridade que passaram por suas vidas, quanto o desejo de serem respeitados por tudo que fizeram e representam na interação com sua rede de apoio: filhos, cônjuge e todos que os rodeiam.

Ainda analisando os aspectos do Ambiente, quanto ao item “Outros”, houve diferença significativa entre o Grupo Controle com 8% e o Grupo Dor Crônica com 42%, com esse com um percentual maior de “Presente” que o Grupo Controle. Para Buck (2009) os detalhes adicionais podem indicar maior envolvimento na realização da tarefa e investimento de energia na produção dos desenhos representando um empenho nas trocas com o ambiente. Diante dessa diferença estatística encontrada pode-se inferir que para o Grupo Dor Crônica há uma necessidade maior de investimentos nas trocas com o ambiente do que para o Grupo Controle.

Síntese dos resultados dos Aspectos Projetivos do desenho da Pessoa

Na análise dos Aspectos Projetivos do desenho da Pessoa fazendo uma comparação entre o Grupo Dor Crônica, Grupo Depressão e Grupo Controle, foram observadas várias características com diferenças significativas entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle. Foi observado que há no Grupo Depressão dois momentos nos quais seus resultados foram significativos em comparação com o Grupo Controle.

O primeiro momento foi com relação à característica de Braços Separados, um sentimento de incapacitação e falta de energia para lidar com algumas demandas do ambiente. O segundo momento foi quanto aos impulsos de poder e impulsos sexuais, foi observado controle por parte do Grupo Depressão e do Grupo Dor Crônica.

Com relação aos resultados da análise do desenho da Pessoa foi observado que o Grupo Dor Crônica tem capacidade para de controle quanto aos seus impulsos básicos, tem boa percepção de sua organização corporal. Foi identificada uma capacidade diminuída para

interagir nas relações interpessoais e uma preocupação com relação aos impulsos de poder, por estarem perdendo sua autonomia e a posição de poder que tinham quando eram mais jovens. Foi observada uma preocupação quanto aos impulsos sexuais, uma vez que caso não tenham parceiros, a atividade sexual fica comprometida.

A análise dos resultados mostra que o Grupo Dor Crônica busca um cuidado nas interações pessoais e com o ambiente, buscando estratégias para lidar com a agressividade, mantendo o respeito com as figuras de autoridade e tentando preservar sua posição no mundo. O grupo sente que precisa dispensar energia nas trocas com o ambiente e nas interações pessoais.

5. Discussão – Síntese

A dor crônica pode fazer com que o processo de envelhecimento seja visto como um período negativo e de sofrimento e somada a sintomas de depressão que tornam este quadro ainda mais difícil de suportar. A realização de pesquisas envolvendo o idoso que sofre com dor crônica, buscando compreender os aspectos emocionais envolvidos nesse sofrimento é de grande relevância (Gil, 2010; Marigliano & Gil, 2018).

A presente pesquisa teve como seu principal objetivo compreender e analisar as percepções quanto às vivências emocionais e aspectos psicodinâmicos de idosos com dor crônica e depressão e comparar os resultados dos instrumentos aplicados com idosos que não sofriam destes mesmos males. Foi levantada a hipótese de que o idoso que não sofria de dor crônica e depressão tinha características diferentes dos idosos que tinham esses sintomas.

Essas características para comparação partiram da comparação dos resultados encontrados no questionário sociodemográfico, quanto ao perfil de cada grupo, do resultado da escala de depressão GDS-15, com relação ao Grupo Dor Crônica e o Grupo Depressão, uma vez que o Grupo Controle não tinha nenhuma dessas patologias. Posteriormente a comparação entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle e o Grupo Depressão e o Grupo Controle foi realizada na observação dos resultados da aplicação do Teste Casa-Árvore-Pessoa-HTP, buscando compreender se havia diferença significativa nos resultados encontrados entre os grupos.

Com a análise dos resultados foi possível compreender que a hipótese inicial não se confirmou totalmente, pois, de maneira geral, foram poucas as diferenças significativas encontradas na comparação dos resultados, mostrando que mesmo sem dor crônica e depressão,

o idoso passa por momentos de angústia, perda de autonomia, sentimentos de solidão e isolamento, assim como os idosos com diagnósticos de dor crônica e depressão.

Esta pesquisa pôde contar com a participação de 150 idosos com idades entre 60 e 92 anos, de ambos os sexos e a partir dos resultados encontrados, foi possível observar que, confirmando o encontrado na literatura a respeito de trabalhos com a população idosa, a maior parte dos participantes foi do sexo feminino com 84%. Este dado traz a evidência do fenômeno da feminização da velhice, que ocorre no Brasil e no mundo, onde a vida média das mulheres brasileiras é de 76,6 anos e dos homens de 73,1 anos. Este fato pode ser confirmado devido à preocupação das mulheres com seu autocuidado, com consultas médicas regulares, a realização de exames de rotina e tratamentos preventivos que favorecem uma maior longevidade e maior qualidade de vida.

Os idosos da presente pesquisa tiveram resultados um pouco diferentes do encontrado na literatura nos aspectos da educação, com sua maioria de idosos do Grupo Dor Crônica e o Grupo Controle que haviam concluído o Ensino Médio e cursado o Ensino Superior. Dado que em outras pesquisas, mostra que grande parte dos idosos não concluíram o Ensino Fundamental, que é o caso do Grupo Depressão. Quanto ao estado civil, o Grupo Depressão e o Grupo Controle foram compostos de participantes casados, em sua maioria, e o Grupo Dor Crônica de viúvos. Diversas pesquisas com idosos demonstram que a escolaridade e estado civil são variáveis que impactam na qualidade de vida, na dor e depressão. Estudos destacam que pessoas casadas vivem mais e tem mais qualidade de vida, alguns estudos afirmam que são mais felizes (Salles & Tardivo, 2018; Vitorino & Tardivo, 2019).

Como comprovado em outros estudos a maioria dos participantes dos três grupos eram aposentados, mas houve uma diferença nos idosos desta pesquisa, pois a renda financeira média foi de dois salários-mínimos, ao tempo que em muitas pesquisas encontradas na literatura foi de um salário-mínimo. Este maior poder aquisitivo pode ser justificado pelo fator de uma boa parte dos participantes terem estudado mais, e inferir que por conta disto, tiveram melhores oportunidades no mercado de trabalho, lhes garantindo uma aposentadoria um pouco melhor em relação àqueles que não puderam se dedicar aos estudos.

Com relação aos resultados obtidos na escala de depressão geriátrica GDS-15, o Grupo Depressão apresentou 78% de depressão Leve/Moderada e 22% de depressão Severa, enquanto o Grupo Dor Crônica apresentou 58% de participantes sem depressão, 34% com depressão

Leve/Moderada e 4% com depressão Severa. Estes dados foram importantes, pois no decorrer da pesquisa foram observados nos participantes destes dois grupos alguns fatores com diferença significativa entre eles e o Grupo Controle.

Um fator que foi observado nos resultados da escala GDS-15, foi o Grupo Dor Crônica que apresentou um maior número de respostas afirmativas na questão 14 que pergunta: “Acha que sua situação tem solução?” em relação aos outros dois grupos. Os participantes do Grupo Dor Crônica traziam em suas falas a esperança de obterem uma melhora, e justificavam isto, afirmando que estavam buscando tratamentos para melhorar, inclusive, ao estar participando desta pesquisa, pois viam neste evento mais um recurso para lidar com a dor e ter um bemestar maior.

Outro fator observado foi com relação à questão 6 “Teme que algo ruim possa lhe acontecer?”. Nesta questão houve uma preocupação maior do Grupo Depressão com 78% de respostas positivas. Os participantes deste grupo relataram que tinham um medo muito grande de passar por algum tipo de situação que os levasse a ficar acamados como: sofrer um acidente vascular cerebral (AVC) ou uma queda que os deixasse incapacitados.

Os resultados do instrumento projetivo Teste Casa-Árvore-Pessoa- HTP demonstraram a importância deste teste para que se conhecesse o funcionamento psicodinâmico dos participantes dos grupos e poder a partir deles, comparar os grupos e compreender se há diferença entre o Grupo Dor Crônica e o Grupo Depressão com reação ao Grupo Controle. Ao fazer a comparação dos dados quantitativos foi possível observar que na maioria das comparações entre os grupos, não houve diferença estatisticamente significante, sendo o funcionamento dos três grupos muito semelhante em vários itens de avaliação. Lembrando que na análise estatística foram comentados, na maioria das vezes, apenas os itens nos quais foram observadas diferenças significativas.

Nos aspectos Adaptativos os resultados mostram que, de maneira geral, houve um bom controle motor, capacidade de adaptação ao solicitado pelo ambiente e um bom nível intelectual na produção do Grupo Dor Crônica e do Grupo Controle, havendo um maior número de falhas no Grupo Depressão, no desenho da casa e no Grupo Dor Crônica no desenho da Pessoa. Isto pode estar relacionado às condições de saúde dos participantes, que podem não ter entendido o que foi solicitado ou ter, por conta das limitações cognitivas inerentes ao envelhecimento, um repertório muito pobre.

Em relação aos aspectos Expressivos foi observado que nos três grupos que na maioria das características não houve diferença significativa. Os participantes do Grupo Dor Crônica e do Grupo Depressão aceitam os limites impostos pelo ambiente e estabilidade nos relacionamentos. No Grupo Depressão houve um destaque quanto aos participantes lançarem mão dos recursos da fantasia, ficando absortos em seus pensamentos e voltados para acontecimentos do passado e no Grupo Controle, na produção de desenhos grandes, denotando falta de inibição ou uma forma de disfarçar a baixa autoestima.

Quanto aos aspectos Projetivos não foram encontradas diferenças significativas nos três grupos, mas no Grupo Controle observou-se o uso da fantasia para lidar com as adversidades da vida e estarem abertos às relações sociais. O Grupo Depressão mostra uma atitude defensiva nas relações interpessoais, talvez pela falta de energia provocada pela depressão e o Grupo Dor Crônica revela a necessidade de se sentir seguro diante do ambiente, pois devido à perda de autonomia por conta das dores, temem ficar desamparados.

De acordo com os resultados apresentados na análise da escala de depressão GDS-15, os resultados do teste HTP, avaliando os dados encontrados, pode-se concluir que embora os idosos do Grupo Controle não sofram de depressão ou dor crônica, apresentaram características semelhantes aos idosos do Grupo Dor Crônica, que mesmo diante da dor, conseguem lidar com as exigências do ambiente e ter uma boa interação como as pessoas. Foi possível observar que os idosos do Grupo Depressão demonstram uma menor energia para investir nas relações ambientais, mas tem capacidade para manter o foco nas atividades e dar conta das demandas.

Com relação às vivências emocionais dos participantes dos três grupos, foi possível observar que os resultados, em sua grande maioria, não tiveram diferenças significativas. De acordo com a análise do Teste HTP, no que tange as vivências emocionais, no Grupo Dor Crônica foi observada uma tristeza pelo fato de não poderem realizar suas atividades com facilidade, devido à dor que sentem. Sentem uma necessidade de expressar estes sentimentos de raiva, até mesmo de forma verbal, o que faz com que a convivência com outros se torne mais difícil, aumentando a possibilidade de solidão. Foi observada a necessidade de cuidados especiais por parte de outras pessoas, portanto, esta dificuldade na interação social pode prejudicar a busca por esta rede de apoio.

Quanto ao Grupo Depressão com relação às vivências emocionais, pode se encontrar características muito semelhantes. Os participantes, devido a falta de energia que sentem, mostram dificuldade para dar conta das demandas impostas pelo ambiente e tem sua capacidade

de lidar com situações mais difíceis, se torna diminuída. Assim como no Grupo Dor Crônica, os participantes do Grupo Depressão revelam um respeito muito grande pelas figuras de autoridade: pai, mãe, avós, pessoas que estão acima deles na hierarquia profissional e pessoas mais velhas, de maneira geral. Talvez, por esta razão, seja tão difícil para estes idosos compreenderem o comportamento das gerações mais jovens, que muitas vezes podem representar desrespeitos aos mais velhos.

No Grupo Controle, no qual não havia diagnóstico de dor crônica e os participantes não pontuaram na Escala de Depressão GDS-15, o funcionamento era muito semelhante aos participantes dos outros grupos: Grupo Dor Crônica e Grupo Depressão. Os participantes deste grupo demonstram equilíbrio no controle e busca de satisfação, assim como um bom uso da fantasia, para lidar com as vicissitudes do envelhecimento. Embora não tenham os mesmos sofrimentos que os outros grupos, pois não se queixam de dores crônicas ou depressão, mesmo assim, podem se ressentir deste período, pois passam por muitas dificuldades e limitações advindas do envelhecer. Este grupo, porém, conseguem ter uma interação social melhor se comparado ao Grupo dor Crônica e o Grupo Depressão, fazendo com que possam ter uma rede de apoio mais atuante.

6. Considerações Finais

Os objetivos foram alcançados, uma vez que a investigação foi realizada e as comparações apresentadas. Foi possível apontar as vivências emocionais e os aspectos psicodinâmicos de idosos que sofrem com dor crônica e depressão com suas implicações psicológicas. Com respeito aos objetivos específicos, pode-se afirmar que foram realizados, uma vez que foram destacados os aspectos encontrados em idosos com dor crônica; com depressão; e controle. Ainda que as diferenças encontradas foram em menor número.

Como limitações da pesquisa foi verificado a pouca quantidade de pesquisas envolvendo a população idosa, com este foco de análise, isto é, pesquisas que tivessem utilizado o mesmo método. Este método consiste em que cada aspecto encontrado no desenho seja lançado em planilha específica e analisadas com base no Estudo “O desenho da Casa-Árvore-Pessoa no contexto brasileiro: Estudos de fidedignidade e validação”. Assim, poderia haver uma generalização dos resultados e uma maior compreensão sobre os idosos com dor crônica, com depressão e sua comparação com os idosos sem estas características.

Sugere-se que mais pesquisas com esta temática sejam realizadas, replicando a aplicação dos mesmos instrumentos e correlacionando com percepção de qualidade de vida dos idosos. Estes resultados irão proporcionar uma melhor compreensão dos aspectos psicológicos de idosos com dor crônica e depressão, visando promover um atendimento de qualidade à população idosa.

Entende-se que diante destes resultados podem ser traçadas estratégias de intervenção para atender estes idosos em suas dificuldades. Observando o que cada grupo apresentou como qualidades e estratégias para lidar com suas demandas, podem ser formuladas novas técnicas de atendimento psicológico que visem fortalecer os recursos psíquicos destes participantes e contribuir para que novos recursos sejam encontrados.

7. Referências

- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. J., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B. , & Sfetcu, R. (2014 Nov./Dez.). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Rev. Enfermagem Referência*. Vol 4(3). P.65-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14033>
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 2b, p. 421-426.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., Nicolosi, C. T., Lopes, L.O., Khoury, H. T., Eulálio, M. C., & Cabral, B. E. (2013). Sintomas depressivos e fragilidade. Em A. L.Neri (Org), *Fragilidade e qualidade de vida na velhice* (pp.283-298). Campinas. SP: Alínea.
- Buck, J.N. (2009). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. 2ª Ed. São Paulo: Vetor.
- Bushnell, M. C., Ceko, M. & Low, L.A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience* (14) 502–511. Recuperado de <http://www.nature.com/nrn/journal/v14/n7/abs/nrn3516.html>.
- Chaves, G., Tardivo, L. S. P. C., Rosa, H. R., Ferreira, L. S., & Pinto Junior. (2022) Psicodiagnóstico intervencionista en la adolescencia y Test de Apercepción Temática Infantil con Figuras Humanas: aportes a la clínica de la adolescência. *Rev. Psicol. Divers. Saúde*. Vol. 11.e4120. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2022.4120>
- Costa, S. R. D., Castro, E. A. B., & Acioli, S. (2015 Mar./Abr.). Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(2), 197-202. Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a09.pdf>
- Cunha, L.L. & Mayrink, W.C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev Dor*. São Paulo, abr-jun;12(2):120-4.
- Dellaroza, M.S.G., Pimenta, C.A.M., Duarte, Y.A. e Lebrão, M.L. (2013). Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad. Saúde Pública*, 29(2): 325-334.
- Farias, W. M., Aguiar, I. M., Martins, K. C., Santos, J. B., Maximiano-Barreto, M. A., & Fermoseli, A. F. O. (2022, Jan/Fev.). Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió – AL. *Rev. Med*. Vol.101(1). P. 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i1e-188307>

- Figueiredo, V.F., Pereira, L.S.M., Ferreira, P.H., Pereira, A.L. & Amorim, J.S.C. (2013). Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 26, n. 3, p. 549-557. doi: 10.1590/S0103-51502013000300008.
- Formiga, M.S.G. (2010). Dor crônica ou um corpo deprimido? reflexões sobre as dimensões psicológicas da dor corporal na contemporaneidade. Dissertação de Mestrado, apresentado na Universidade Católica de Pernambuco.
- Frick, P.J., Barry, C.T., Kamphaus, R.W. (2020). Projective Techniques. In: *Clinical Assessment of Child and Adolescent Personality and Behavior*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-35695-8_10
- Gil, C. A. (2005). *Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. São Paulo. Recuperado de <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/pte-27768>
- Gil, C. A. (2010). *Recordação e transicionalidade: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo. Recuperado de www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20012011.../gil_do2.pdf
- Hammer, E.F. (1981). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Rio de Janeiro, Ed. Interamericana
- Halbwachs, M. (2008/dez.). A memória nos idosos e a nostalgia do passado. Tradução de Mauro Guilherme Pinheiro Koury, RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção. v. 7, n. 21, pp. 633 a 658. Recuperado de http://www.cchla.ufpb.br/rbse/halbwachs_traducao.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística-IBGE. (2018). Projeção de população. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatistica-novoportal/sociais/opulacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>
- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística-IBGE. (2020). Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos. Recuperado de <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-deimprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - (IPEA) (2016). Políticas Públicas: acompanhamento e análise. Recuperado de https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7847/1/bps_24_2016.pdf
- Jorge, M. S. G., Zanin, C., Knob, B., & Wibelinger, L. M. (2015, Out./Dez.). Physiotherapeutic intervention on chronic lumbar pain impact in the elderly. *Revista Dor. Rev. Dor*. Vol.17(4). 302-305. São Paulo. Doi: 10.5935/1806-0013.20150062
- Kolck, O. L. (1984). *Técnicas projetivas gráficas no diagnóstico psicológico* São Paulo: EPU.

- Lacerda, P. F., Godoy, L. F., Cobiañchi I, M.G., & Bachion, M. M. (2005). Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 07 (01). 29–40. Recuperado de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Lima, E. S., & Scotegagna, S. A. (2018). Técnicas projetivas na avaliação psicológica com idosos: Revisão de estudos brasileiros (2000-2018). *Revista RBCEH*. v. 16 n. 1 (2019): Anais do II Simpósio da Rede dos Programas Interdisciplinares sobre Envelhecimento. DOI: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v16i1.9785>
- Lini, E. V., Tomicki, C., Giacomazzi, R. B., Dellani, M. P., Doring, M., & Portella, M. R. (2016, Out./Dez.). Prevalence of self-referred chronic pain and intercurrents in the health of the elderly. *Revista Dor*. Vol.17(4). 279-282. São Paulo. Doi: 10.5935/18060013.20160089
- Lobo, B. B. (2021). As faces da sensação de dor em pacientes hospitalizados, o quinto sinal vital. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para o curso de Graduação Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Recuperado de <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2330>
- Loduca, A., Muller, B.M., Amaral, R., Souza, A.C.M.S., Focosi, A.S., Sameulian, C., Yeng, L.T. e Batista, M. (2014). Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. *Revista Dor*, Vol.15(1).30-35. São Paulo. Doi. 10.5935/1806-0013.20140008.
- Lorenzini, M. (2011). *A influência da dor crônica na qualidade de vida, na mobilidade e na força muscular do idoso*. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Lynch, R. (2010). *Social Policy for Social Work, Social Care and the Caring Professions*. 1ª Ed. Edition. P. 1-24. Ed. Routledg. eBook ISBN9781315609584. Recuperado de <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315609584-25/older-peoplerory-lynch>
- Marigliano, R. X., & Gil, C. A. (2018). Cuidador formal domiciliar de idosos: aspectos psicológicos e vivências emocionais. *Rev. Mais 60: Estudos sobre envelhecimento*. Vol.29(72). P. 26-47. Recuperado de https://issuu.com/sescsp/docs/idosos_cuidadores
- Marques, A. M., Tardivo, L. S. L. P. C., Moraes, M. C. V., & Tosi, S. M. V. D. (2014). *SAT- Técnica de Apercepção para Idosos*. Adaptado a população brasileira. Livro de instruções. Vol. 1. Coleção SAT. São Paulo: Vetor.
- Medeiros, G, L. F., Toledo, M. A., & Sousa, M. N. A. (2020, Dez). Depressão em Idosos: Implicações sociais e outras intercorrências. *Id on Line Rev. Mult. Psic*. V.14(53). P. 474483. DOI: 10.14295/idonline.v14i53.2849

- Meucci, R. D., Fassa, A. G., & Faria, N. M. X. (2015). Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Revista Saúde Pública*. Vol. 49(73). 1-10. Doi: 0.1590/S00348910.2015049005874
- Murray, H. A. (2005). TAT: Teste de Apercepção Temática. Adaptação e padronização brasileira: Maria Cecília Vilhena M. Silva. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nedel, W. L., & Silveira, F. (2016, Jul./Set.). Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. Vol. 28(3). P. 256-260. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160050>
- Neri, A. L. (2013). Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Em: A. L. Neri (Org). *Fragilidade e qualidade de vida na velhice* (pp. 15-29) Campinas. SP: Alinea.
- Organização das Nações Unidas- ONU. (2020). População mundial deve chegar a 9,7 bilhões de pessoas em 2050, diz relatório da ONU. Recuperado de [https://brasil.un.org/ptbr/83427-populacao-mundial-deve-chegar-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-diz-relatoriodaonu#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20mundial%20est%C3%A1%20ficando,11%20\(9%25\)%20em%202019.](https://brasil.un.org/ptbr/83427-populacao-mundial-deve-chegar-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-diz-relatoriodaonu#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20mundial%20est%C3%A1%20ficando,11%20(9%25)%20em%202019.)
- Pachá, A. (2018). *Velhos são os outros*, São Paulo: Editora Intrínseca.
- Pinto Junior, A. A., Cassepp-Borges, V., & Santos, J. G. (2015). Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 124-131. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020062>
- Pinto, M.C.M. (2018). *Resiliência, depressão, qualidade de vida, capacidade funcional e religiosidade em idosos com dor crônica*. Tese de doutorado apresentada à Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Doi: 10.11606/T.5.2018.tde-12062018-134048
- Porto, C. C. (2005). *Semiologia médica*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1317p. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor SBED. Recuperado de http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=74.
- Rosa, H. R., & Valente, M. L. L. C. (2016). O envelhecimento feminino: algumas especificidades de gênero. *Rev. Psicologia em Foco*. Vol. 6(1). Recuperado de https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=BO94HwwAAAAJ&cstart=80&citation_for_view=BO94HwwAAAAJ:Wp0gIr-vW9MC
- Rosa, H. R., Tardivo, L. S. P. C., Silva, M. A., Pinto Junior, A. A., & Avoglia, H. R. C. (2020, Jan/Jun.). Interfaces entre a Avaliação Psicológica e a Clínica Psicanalítica. *Rev. Mudanças – Psicologia da Saúde*. Vol. 28 (1). P. 27-33. Recuperado de https://www.academia.edu/80871627/Interfaces_entre_a_avalia%C3%A7%C3%A3o_Psicol%C3%B3gica_e_a_Cl%C3%ADnica_Psicanal%C3%ADtica

- Salles, R. J., & Tardivo, L. S. L. C. (2018). Contribuições do pensamento de Winnicott para teoria e prática do psicodiagnóstico psicanalítico. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*. Vol. 37(93). 282-310. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2017000200007
- Santos, G. L. (2019). Os idosos e a vivência do tempo: implicações nos processos de Desenvolvimento. *Geraios: Rev. Int. de Psicologia*. Vol. 11(2). P. 382-400. DOI: <http://dx.doi.org/10.36298/geraios2019110213>
- Santos, F. C., Souza, P. M. R., Nogueira, S. A. C., Lorenzet, I. C., Barros, B. F., & Dardin, L. P. (2011, Jul./Set.). Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. *Revista Dor*. Vol. 12(3). 209-214. Doi: 10.1590/S1806-00132011000300003.
- Silva, J. A. (2006). *Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática*. São Paulo. Funpec Editora.
- Silva, M. A., Rosa, H. R., & Sardinha, L. S. (2018). Contribuições do H-T-P no processo avaliativo de criança com dificuldade de aprendizagem: estudo de caso. In Livro de Programas e Resumos. Goiânia: Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos. Recuperado de http://www.asbro.org.br/congresso2018/Livro_Resumos_ASBRo_FINAL.pdf
- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor-SBED, (2010). Capítulo Brasileiro da Internacional Association for the Study of Pain – IASP. Recuperado de http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=74
- Souza, K. R., & Kerbauy, M. T. M. (2017, Jan/Abr.). Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. *Rev. Educação e Filosofia*. Vol.31(61). DOI: <https://doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.01026801.v31n61a2017-p21a44>
- Tardivo, L.S.L.C., et al. (2022a). *O desenho da Casa-Árvore-Pessoa no contexto brasileiro: Estudos de fidedignidade e validação*. São Paulo: Vetor. No prelo.
- Tardivo, L.S.L.C., et al. (2022b). Idosos com depressão. In: *O desenho da Casa-ÁrvorePessoa no contexto brasileiro: Estudos de fidedignidade e validação*. São Paulo: Vetor. No prelo.
- Tardivo, L.S.P.C. (2016). A violência doméstica em crianças e adolescentes: expressão e compreensão das consequências com o uso de métodos projetivos. In: E.T.K. Okino, P.F. Castro, F.L. Osório, S.R. Pasian, S.A. Scortegagna, L.M. Cardoso, F.R. Freitas, & A.E. Villemor-Amaral (Orgs.). *Métodos projetivos e suas demandas na Psicologia contemporânea*. ASBRo. Recuperado de: http://asbro.org.br/arquivos/Metodos_projetivos_e_suas_demandas_na_Psicologia_Contemporanea_Livro_CD_VIII_Cong_ASBRo_2016.pdf

- Tardivo, L. S. L. P. C. (2008). Qualidade de vida e depressão em idosos de São Paulo: estudo de validação do teste projetivo -SAT. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 9, p. 154.
Recuperado de
https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1645008620080002&lng=pt&nrm=iss
- Tardivo, L. S. L. C., Gil, C. A., Manna, R., Miguel, A., Tosi, S. M. V. D., Silva, M. C. V. M., & Esteves, C. (2011). O estudo das relações entre os resultados de um grupo de idosos na Escala Geriátrica De Depressão e o (SAT) Sênior Apperception Test: a importância do diagnóstico. In: 42ª Reunião Anual Da Sociedade Brasileira de Psicologia E VIII Congresso Iberoamericano de Psicologia, São Paulo.
- Tardivo, L. S. L. P. C., Jesus, S. N., Leal, I., & Rezende, M. M. (2009). Velhice e depressão: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal no Simpósio Envelhecimento e sofrimento emocional: compreensão e propostas de intervenção. In: *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde - Resumos e Textos do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde Universidade do Algarve, 2009*, Faro
- Tardivo, L.S.L.C., et al. (2022a). *O desenho da Casa-Árvore-Pessoa no contexto brasileiro: Estudos de fidedignidade e validação*. São Paulo: Vetor. No prelo.
- Tardivo, L.S.L.C., et al. (2022b). Idosos com depressão. In: *O desenho da Casa-Árvore Pessoa no contexto brasileiro: Estudos de fidedignidade e validação*. São Paulo: Vetor. No prelo.
- Tier, C. G., Santos, S. S. C., Pelzer, M. T., & Bulhosa, M. S. (2007, Mai/Dez.). Escalas de avaliação da depressão em idosos. *Rev. Baiana de Enfermagem*, Salvador, Vol. 21(2/3). p. 27-36. Recuperado de
<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3922>
- Villemor-Amaral, A. E. (2006). Desafios para a cientificidade das técnicas projetivas. In: A. P. Noronha, A. A. Santos, & F. F. Sisto, *Facetas do fazer em avaliação psicológica* (pp. 163-171). São Paulo: Vetor.
- Vitorino, S. S., & Tardivo, L.S.L.C. (2019, Jul./Dez.). Intervenção psicológica grupal em dor crônica publicadas na Psycinfo em 2018. Vínculo - *Revista do NESME*, vol. 16(2). DOI: 10.32467/issn.19982-1492v16n2p1160-185
- Volich, R.M. (2010). *Psicossomática: de Hipócrates a Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Xirocostas, Z.A., Everingham, S. E., & Moles, A. T. (2022, Jul.). The sex with the reduced sex chromosome dies earlier: a comparison across the tree of life. *Biology Letters*. Vol. 16. P. 1-6.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1098/rsbl.2019.0867>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O.; Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982-1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A

Preliminary Report. J Psychiatr Res. Vol.17(1). P. 37-49. Doi:
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

ANEXOS

Anexo 1- Parecer Consubstanciado

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DESENHO DA CASA-ÁRVORE-PESSOA NO CONTEXTO BRASILEIRO: ESTUDOS DE FIDEDIGNIDADE E VALIDAÇÃO

Pesquisador: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60486016.7.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.844.372

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa busca realizar estudos de validade e de precisão do Teste do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa (HTP) com diferentes grupos etários e clínicos brasileiros, através de uma metodologia quantitativa com grupo controle e grupo de pesquisa, na qual serão utilizados diversos instrumentos de avaliação psicológica todos referendados e validados pela literatura. Farão parte deste estudo 600 pessoas entre 6 e 80 anos, desde crianças, jovens e adultos da população geral sem enfermidades físicas limitantes ou crônicas, e nem psiquiátricas (grupo controle) até crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem, adolescentes infratores em medida sócio-educativa, pré-adolescentes e adolescentes que manifestam condutas de automutilação, adultos com sintomas depressivos e/ou de ansiedade, idosos com sintomas depressivos, e adultos presidiários. Apresenta o TCLE, se mostra relevante dentro do campo da Psicologia, e toma os cuidados éticos necessários.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é relevante e claramente explicitado e busca realizar estudos de validade e de precisão do Teste do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa (HTP) com diferentes grupos etários e clínicos brasileiros.

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.tp@usp.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta claramente descrito os benefícios inerentes à pesquisa proposta, esclarece os riscos de desconforto e a necessidade de orientação ou atendimento, estando a equipe responsável por atender o participante ou encaminhar a um serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa apresenta referencial teórico pertinente, metodologia quantitativa adequada (com instrumentos validados), apresenta o TCLE adequadamente reformulado, se mostra relevante dentro do campo da Psicologia e toma os cuidados éticos necessários. Os instrumentos de pesquisa são escalas publicadas e com questões

pertinentes para o público a ser estudado, sem apresentar problemas éticos em sua formulação. O recrutamento dos participantes é descrito adequadamente e não apresenta impedimentos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória são apresentados adequadamente, permitindo a análise ética dos diversos aspectos e as reformulações foram todas de acordo com o solicitado previamente, permitindo a aprovação do projeto.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais e critério do CEP:

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Solicitamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

Continuação do Parecer: 1.844.372

concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PI_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_714423.pdf	30/11/2018 22:15:34		Aceito
Outros	autorizacaocassociacao.pdf	30/11/2018 22:15:07	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	cartaLelaaoCEPHIPUSP.pdf	30/11/2018 22:14:39	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTOparticipantesResponsaveis.doc	30/11/2018 10:35:02	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOASSENTIMENTOADOLESCENTES.doc	30/11/2018 10:34:48	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	autorizacaouniversidade.pdf	30/11/2018 10:24:43	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	autorizacaodiretoraescola5.PDF	30/11/2018 10:23:50	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	autorizacaodiretoraescola4.pdf	30/11/2018 10:23:10	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	autorizacaocoordenadorasocial.pdf	30/11/2018 10:22:21	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	autorizacaodiretoraescola3.pdf	30/11/2018 10:21:56	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Folha de Rosto	folharesto1.pdf	28/09/2018 22:17:21	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	autorizacaodiretoraescola2.pdf	24/06/2018 13:55:21	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	autorizacaodiretoraescola.pdf	24/06/2018 13:54:59	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	autorizacaojuiz.pdf	24/06/2018 13:54:30	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Outros	apoiovetor.pdf	24/06/2018 13:54:08	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaocompromissopesquisador.pdf	24/06/2018 13:52:59	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaobeneficios.pdf	24/06/2018 13:52:44	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Declaração de Instituição e	declaracaoinfraestrutura.pdf	24/06/2018 13:52:16	Lela Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 1.044.372

Infraestrutura	declaracaoinfraestrutura.pdf	24/06/2016 13:52:16	Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOHTPLEILATARDIVO280516.doc	28/05/2016 23:10:41	Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 30 de Novembro de 2016

Assinado por:
Helena Rinaldi Rosa
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. 9º sala 37
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SAO PAULO E-mail: cnpq@usp.br
Telefone: (11) 081-4182

Página 04 de 04

ANEXO 2- Escala de Depressão Geriátrica-GDS-15

Nome: _____

Instruções: Agora vou ler algumas frases sobre sentimentos e comportamentos e o Senhor (a) me dirá se durante a semana passada se sentiu assim.

- | | | |
|---|------------|--------------------------|
| 1. Satisfeito(a) com a vida? | 0. Sim () | 1. Não () |
| 2. Interrompeu muitas de suas atividades? | 1.Sim () | 0. Não () |
| 3. Acha sua vida vazia? | 1.Sim () | 0. Não () |
| 4. Aborrece-se com frequência? | 1.Sim () | 0. Não () |
| 5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? | 0.Sim () | 1. Não () |
| 6. Teme que algo ruim lhe aconteça? | 1.Sim () | 0. Não () |
| 7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? | 0.Sim () | 1. Não () |
| 8. Sente-se desamparado (a) com frequência? | 1.Sim () | 0. Não () |
| 9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | 1.Sim () | 0. Não () |
| 10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas | 0. Não () | 1. Sim () |
| 11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? | 0.Sim () | 1. Não () |
| 12. Vale a pena viver como vive agora? | 0.Sim () | 1. Não () |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia? | 0.Sim () | 1. Não () |
| 14. Acha que sua situação tem solução? | 0.Sim () | 1. Não () |
| 15. Acha que tem muita gente em situação melhor? | 1.Sim () | 1. Não ()
0. Não () |

Total: _____

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986;5:165-173.

ANEXO 3 - DIRETRIZES GERAIS PARA A AVALIAÇÃO DO HTP

Para o estudo de validação do HTP foram elaboradas planilhas com os itens apontados pelas obras de referência sobre o tema: Hammer (1978; 1997), Van Kolck (1984) e Buck (2003). A avaliação respeitou a orientação quanto à avaliação em termos de aspectos adaptativos, expressivos e projetivos assumida por esses autores. Foram avaliados itens, elencados a seguir, acompanhados dos critérios de atribuição do valor 1 (presença) ou 0 (ausência). **Itens avaliados no HTP**

ASPECTOS ADAPTATIVOS

Os aspectos adaptativos se referem à adequação do sujeito à tarefa. Para a sua avaliação são considerados a adequação do que foi produzido aos dados da realidade (adaptação temática) e a qualidade da produção em termos da evolução do grafismo (Van Kolck, 1984).

1. Adaptação temática:

CON	Convencional	O desenho é adequado ao tema solicitado e se aproxima das produções habituais.
ORI	Original	O desenho é adequado ao tema solicitado, mas diferente da produção habitual.
FAN	Fantasia	O desenho apresenta relação com o que foi solicitado, mas não existe na realidade (duendes, Papai Noel, Super-heróis etc.).
BIZ	Bizarra	O desenho não tem relação direta com o que foi solicitado.

AQ	Aquém do esperado	A produção não corresponde ao esperado em termos de evolução do grafismo.
ESP	Esperado	A produção corresponde ao esperado em termos de evolução do grafismo.
AL	Além do esperado	A produção mostra grande habilidade na expressão gráfica (indicação adequada de perspectiva, volume).

ASPECTOS EXPRESSIVOS:

1. Tamanho:

Refere-se à área que o desenho ocupa na folha de papel.

Abreviatura	Item	O desenho ocupa
MP	Muito pequeno	menos de 1/64 da folha
PEQ	Pequeno	menos de 1/8 a 1/64 da folha
MD	Médio	menos de 1/3 a 1/8 da folha
GD	Grande	de 2/3 a 1/2 da folha
MTG	Muito grande	toda a folha, ou quase toda; seus limites se aproximam das margens ou estendem-se para além delas.

2. Localização:

Refere-se ao lugar em que o desenho é situado na folha de papel. A folha é considerada em quadrantes, ou seja, áreas delimitadas ao dobrar-se a folha de papel no meio e novamente no meio. A contagem dos quadrantes tem início no canto superior direito (Q1) e progride no sentido anti-horário até o canto superior esquerdo (Q4).

Abreviatura	Item	O desenho está localizado no
-------------	------	------------------------------

Q1	Quadrante 1	quadrante superior direito da folha.
Q2	Quadrante 2	quadrante inferior direito da folha.
Q3	Quadrante 3	quadrante inferior esquerdo da folha.
Q4	Quadrante 4	quadrante superior esquerdo da folha.
C	Centro	centro da folha.
SUP	Metade superior	espaço compreendido por Q1 e Q4.
INF	Metade inferior	espaço compreendido por Q2 e Q3.
ESQ	Metade esquerda	espaço compreendido por Q3 e Q4.
DIR	Metade direita	espaço compreendido por Q1 e Q2.
DIA	Em diagonal	O desenho envolve Q1 e Q3 ou Q2 e Q4.

3. Pressão:

ML	Muito leve	O desenho é quase invisível.
LEVE	Leve	O é leve, mas o desenho é perfeitamente visível.
MD	Média	Corresponde ao traçado médio do lápis nº 2.
FT	Forte	Corresponde ao traçado do lápis nº 6B.
MTF	Muito forte	O papel é deformado pela pressão do lápis.

4. Sombreado:

4.1. Uso

AUS	Ausente	Nenhuma área com sombreamento.
PRE	Presente	Uma ou mais áreas preenchidas com sombreamento.

4.2. Qualidade

LEV	Leve	Coloração suave.
INT	Intenso	Coloração pesada.
FLEX	Flexível	Peso variável, dependendo da área (mais de uma área)
PONT	Pontual	Escurecimento de partes restritas (maçaneta, frutos, olhos)

5. Traçado:

CON	Contínuo	Os traços tendem a se manter controlados e contínuos.
CUR	Curtos	Tendência à sobreposição de pequenos traços curtos.
A-R	Avanços e recuos	O traçado avança e recua, há alguma sobreposição entre os traços.
REF	Reforçado	O sujeito reforça os traçados realizados, passando o lápis por cima do que já traçou.
ZIG	Ziguezague	Há partes do desenho com ziguezague.
TRE	Trêmulo	O traçado é trêmulo.
SUJ	Sujo	O traçado apresenta sobreposição que dá a impressão de contornos confusos, compostos por fragmentos de linha sobrepostos irregularmente.
INT	Interrompido	Os traços não têm continuidade, apresentam lacunas entre si.

6. Linhas em relação ao tema

Nesse item é necessário levar em conta o tema do desenho. De modo geral, as casas têm mais linhas retas em suas estruturas essenciais, as árvores têm mais linhas curvas, as pessoas têm os dois tipos de linha. Quando essas características forem contempladas, atribuir EQUI (equilíbrio) no desenho em questão. Caso haja uso excessivo de um tipo de linha em relação ao esperado para o tema, assinalar EXC-RET ou EXC-CUR.

EXC-RET	Retas	O desenho tem excesso de linhas retas em relação ao esperado.
EXC-CUR	Curvas	O desenho tem excesso de linhas curvas em relação ao esperado.
EQUI	Equilíbrio	O desenho é equilibrado em termos de linhas retas e curvas.

7. Detalhes

INC	Incompleto	O desenho não apresenta todos os elementos essenciais esperados.
COM	Completo	O desenho apresenta apenas os elementos essenciais esperados.
MTO	Muitos	O desenho contém os elementos essenciais e outros não essenciais ao tema. Não são considerados, aqui, elementos externos ao tema.
BIZ	Bizarros	O desenho apresenta elementos não pertinentes ao tema.

8. Organização

ADE	Adequada	O desenho é suficientemente organizado e coeso.
INA	Inadequada	O desenho é desorganizado e incoerente.

9. Outras características da produção

SIM	Simetria	Dobrando-se o desenho ao meio, observa-se cuidado em manter os mesmos elementos, com as mesmas características e a mesma posição, em ambos os lados do desenho. Há preocupação evidente em fazer um lado exatamente igual ao outro.
INC	Inclinação	O desenho é inclinado, dando impressão de instabilidade.
LS	Linha do solo	O desenho é apoiado sobre uma linha ou área sombreada.
PAP	Apoiado na margem do papel	O desenho é apoiado na margem da folha.
MOV	Movimento	O desenho é representado em movimento (caindo, rodando, em algum tipo de atividade).
TRA	Transparência	O desenho apresenta conteúdo interno visível através de plano que, na realidade, o manteria encoberto.
TRI	Tridimensionalidade	O desenho apresenta esforço em produzir uma representação tridimensional.
RAS	Rasura	Uso de borracha, presença de borraduras ou outra tentativa de correção.

ASPECTOS PROJETIVOS

I. CASA

I.1. Telhado I.1.1. Tamanho

AUS	Ausente	Não há indicação de presença de telhas ou telhado.
PEQ	Pequeno	A área do telhado é pequena em relação à superfície das paredes.
MD	Médio	O telhado é proporcional às paredes da casa.

GD	Grande	O telhado ultrapassa ou oculta parte das paredes.
UNI	Unidimensional	O telhado é representado por apenas uma linha (estilo Ethernit).

I.1.2. Qualidade

Aqui, apenas uma das categorias é atribuída, exceto no caso de REF (Reforçado), que pode acompanhar qualquer uma das demais.

VZ	Vazio	A superfície do telhado está totalmente em branco.
ORG	Organizado	Os elementos gráficos na superfície do telhado estão relativamente organizados.
CNF	Confuso	Os elementos gráficos na superfície do telhado estão desorganizados, confusos.
OBS	Obsessivo	Os elementos gráficos na superfície do telhado estão rigidamente organizados.
REF	Reforçado	O contorno do telhado é reforçado.

I.2. Paredes

I.2.1. Qualidade

AUS	Ausentes	Não há representação das paredes.
FRA	Frágeis	O traçado das paredes é bem mais leve que o do telhado.
ADE	Adequadas	O traçado das paredes tem a mesma pressão do traçado do telhado.
REF	Reforçadas	O contorno das paredes é reforçado.
SUP	Indicação de superfície	Há algum elemento gráfico na superfície das paredes.

I.3. Porta

I.3.1. Tamanho

AUS	Ausente	Não há representação de portas.
PEQ	Pequena	A porta é pequena em relação à parede em que está representada.
ADE	Adequada	A porta é proporcional à parede em que está representada.
GD	Grande	A porta é grande em relação à parede em que está representada.

I.3.2. Quantidade

ADE	Adequada	Uma ou duas portas.
MT	Muitas portas	Três ou mais portas.

I.3.3. Qualidade

ADE	Adequada	Porta claramente indicada, acessível, com pelo menos a maçaneta. É a representação mais comum.
IND	Indiferenciada	Um dos lados da porta é a linha da parede.
ACI	Acima da linha de solo	A porta está acima da linha do solo, inacessível. Não considerar se acessível por escada.
ÊNF	Ênfase na maçaneta ou fechadura	O traçado da maçaneta ou fechadura é mais forte, sombreado ou reforçado.
AB	Aberta	A porta está entreaberta.

VZ	Vazada	Apenas o contorno da porta é desenhado, sem outros detalhes.
----	--------	--

I.4. Janelas

I.4.1. Tamanho

AUS	Ausente	Não há representação das paredes.
PEQ	Pequena	A janela é pequena em relação à parede em que está representada.
ADE	Adequada	A janela é proporcional à parede em que está representada.
GD	Grande	A janela é grande em relação à parede em que está representada.

I.4.2. Quantidade

ADE	Adequada	Uma ou duas janelas.
MT	Muitas janelas	Três ou mais janelas.

I.4.3. Qualidade

AB	Aberta	Há indicação de que a janela está aberta ou entreaberta.
FEC	Fechada	Há indicação de que a janela está fechada.
PR	Protegida	Presença de persianas, cortinas, floreiras, indicação do vidro ou outro elemento acrescentado.
ÊNF	Ênfase no trinco	O trinco é exagerado, o traçado é mais forte, reforçado ou apresenta sombreado.
NUA	Nua	Apenas o contorno da janela é desenhado, sem outros detalhes.
REF	Reforçada	O contorno da janela é reforçado
VAR	Variável	Janelas em alturas variáveis ou dispostas de modo desorganizado

I.5. Fumaça

I.5.1. Presença

AUS	Ausente	Não há indicação de fumaça.
PRE	Presente	Há indicação de fumaça saindo da chaminé.

I.5.2. Qualidade

LEV	Leve	A fumaça é representada com traçado leve e fluido.
PES	Pesada	A fumaça é representada com traçado pesado ou sombreado.
DIR	Direcionada	A fumaça pende para a esquerda ou para a direita.

I.6. Chaminé

I.6.1. Presença

AUS	Ausente	Não há indicação de chaminé.
PRE	Presente	Há indicação de chaminé.

I.6.2. Tamanho

PEQ	Pequena	A chaminé é pequena em relação ao telhado.
ADE	Adequada	A chaminé é proporcional ao telhado.
GD	Grande	A chaminé é grande em relação ao telhado.

I.6.3. Qualidade

INS	Instável	A chaminé está desequilibrada no telhado.
EST	Estável	A chaminé está bem assentada no telhado.
REF	Reforçada	O contorno da chaminé está reforçado.

I.7. Perspectiva

PÁS	Visão de pássaro	A casa é vista de um ponto superior.
LAG	Visão de lagarta	A casa é vista de um ponto inferior.
DIS	Distante	A casa é representada como distante.
FAC	Fachada	A casa é vista de frente, em apenas um plano.
BIF	Bifrontal	A casa mostra a frente e uma lateral. É a representação mais comum.
FD	Vista dos fundos	A casa é vista do fundo, em apenas um plano.
INT	Interior	Parte interna da casa é desenhada.
PA	Perfil absoluto	A casa é vista de lado, em apenas um plano.
CONF	Confusa	Há uma mistura de planos. Em geral apenas o telhado é frontolateral e a parede está em perfil absoluto.

I.8. ACESSÓRIOS DA CASA

I.8.1. Caminho

I.8.1.1. Presença

PRE	Presente	Indicação de caminho até a porta.
AUS	Ausente	Sem indicação de caminho até a porta.

I.8.1.2. Caracterização

SUA	Suave	A largura é constante ou em perspectiva, com contorno levemente curvilíneo.
SIN	Sinuoso	A largura é constante, com contorno marcadamente sinuoso.
AFU	Afunilado	O caminho tende a se estreitar. Manter?
DES	Descontínuo	O caminho não chega até a porta.
REF	Reforçado	O contorno do caminho é reforçado. Manter?

I.8.2. Outros acessórios

VAR	Varanda	Indicação de varanda ou terraço.
DEG	Degraus	Degraus de escada de acesso desenhados.
CAM	Campainha	Campainha desenhada.
OM	Olho mágico	Olho mágico desenhado.
NUM	Número	Número da casa desenhado.
CAP	Capacho	Capacho a desenhado.
PLA	Placas	Placas desenhadas (Vende-se, Perigo ou outra)

CER	Cerca	Cerca de arame ou madeira desenhada.
GRA	Grades	Grades desenhadas
POR	Portão	Portão desenhado.
SOT	Sótão	Sótão claramente indicado por janela no telhado.
OUT	Outro	Outro elemento externo desenhado.

I.9. ELEMENTOS DO AMBIENTE

SOL	Sol	Sol indicado.
NUV	Nuvem	Nuvem indicada.
ARV	Árvore ao lado da casa	Uma ou mais árvores ao lado da casa. Diferenciar de PAISAGISMO.
CHU	Chuva	Chuva indicada.
EDIF	Edificações	Outras casas ou prédios desenhados.
MON	Montanhas	Uma ou mais montanhas presentes.
PAI	Paisagismo	Elementos do jardim, como grama, flores, arbustos.
PÁS	Pássaros	Indicação de pássaros.
LAZ	Lazer	Brinquedos, churrasqueira, piscina.
CEL	Elementos celestes	Lua, estrelas, cometa, meteoro, estrela cadente
TER	Indicação de terreno	Elaboração do terreno de base da casa, para além da indicação de linha do solo. Geralmente é indicado por sombreado.
OUT	Outro	Outro elemento externo representado. [anotar qual]

ASPECTOS PROJETIVOS

II. ÁRVORE

II.1. ASPECTOS GLOBAIS

II.1. 1. IMPRESSÃO GERAL

HAR	Harmoniosa	A árvore é proporcional e estável.
CON	Confusa	A árvore é confusa ou incoerente (galhos para direções diversas, frutos de diferentes tipos, frutos para fora da copa entre outros).
INS	Instável	A árvore está inclinada, desequilibrada, em equilíbrio precário.
EST	Estável	A árvore está bem assentada.
FOR	Forte	A árvore é robusta, íntegra.
FRA	Fraca	A árvore é frágil.
RIG	Rígida	A árvore é rígida.

II.1.2. TIPO GERAL

ADE	Adequada	Representação convencional, com pelo menos tronco bidimensional e copa.
PRI	Primitiva	Representação pobre, por exemplo, como fechadura ou pirulito.
MOR	Morta	A árvore claramente está seca e sem vida.

CIN	Cindida	O tronco se assemelha a duas linhas que não “fecham” ou está dividido em duas partes.
DEP	Depressiva	A árvore tem suas folhas para baixo ou a copa em saco ou está de alguma forma danificada.
COR	Cortada, destruída	Apenas o tronco cortado ou severamente danificado é desenhado.

II.1.3. TIPO DE ÁRVORE

COM	Comum	Árvore comum, frutífera.
COQ	Coqueiro	A árvore é um coqueiro ou palmeira.
NAT	Natal	A árvore é uma Árvore de Natal (estilizada ou com enfeites).
CHO	Chorão	A árvore é um chorão, salgueiro.
BAN	Bananeira	A árvore é uma bananeira.
PIN	Pinheiro	A árvore é uma conífera.
ARA	Araucária	A árvore é uma araucária.
OUT	Outro	Outro tipo de árvore.

II.2. ELEMENTOS DA ÁRVORE

II.2.1. TRONCO

II.2.1.1. QUALIDADE

Aqui, apenas uma das categorias é atribuída, exceto no caso de REF (Reforçado), que pode acompanhar qualquer uma das demais.

ADE	Adequado	O tronco é proporcional à copa e capaz de sustentá-la.
FRA	Frágil	O tronco parece pequeno ou fino em relação à copa e incapaz de sustentá-la.
REF	reforçado	As linhas de contorno do tronco estão reforçadas.
COR	Cortado	O tronco está cortado ou de alguma forma comprometido.

II.2.1.2. LARGURA

ADE	Adequada	Largura proporcional à copa.
LAR	Largo	Tronco muito largo em relação à copa.
EST	Estreito	Tronco muito estreito em relação à copa.
UNI	Unidimensional	Tronco representado por apenas uma linha.

II.2.1.3. CONFORMAÇÃO

ADE	Adequada	Tronco desenhado com linhas fluidas. A base é mais larga, há um leve estreitamento na altura média, seguido de um discreto alargamento.
RÍG	Rígida	Tronco desenhado com linhas paralelas.
SIN	Sinuosa	Tronco sinuoso, excessivamente curvilíneo.
EST	Estrangulada	Tronco com estrangulamento.
ALA	Tendência ao alargamento	Tronco se alarga da base para o topo.
AFU	Tendência ao afunilamento	Tronco se estreita da base para o topo.

II.2.1.4. COMPRIMENTO

ADE	Adequado	Tronco de altura proporcional à copa.
LON	Longo	Tronco muito longo em relação à copa.
CUR	Curto	Tronco muito curto em relação à copa.

II.2.1.5. INTERSEÇÃO COM COPA

ABE	Aberto	Não há delimitação entre tronco e copa.
FEC	Fechado	Um traço fecha o tronco na interseção com a copa.
BIF	Bifurcado	O tronco se bifurca na interseção com a copa.

II.2.1.6. SUPERFÍCIE DO TRONCO

NDN	Nada digno de nota	Nenhum elemento gráfico na superfície do tronco.
CAS	Indicação da casca	Elementos gráficos indicam textura.
OCO	Buraco	Presença de buraco no tronco. Geralmente apenas o contorno é desenhado. Animais dentro da árvore sugerem oco.
CIC	Cicatriz	Presença de cicatriz ou nó no tronco. Geralmente indicado pelo desenho de espiral.

II.2.2. RAÍZES

II.2.2.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de raízes.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de raízes.

II.2.2.2. Características

ESP	Espalhadas	Raízes se estendem para os lados, sobre o solo.
GAR	Garra	Raízes penetram no solo, com extremidades pontiagudas.
AER	Aéreas	Raízes penetram no solo, sem representação das extremidades.
TRA	Transparência	Raízes subterrâneas visíveis através do solo.
ENF	Enfatizadas	Raízes reforçadas ou muito grandes em relação ao tamanho da árvore.
PEQ	Pequenas	Raízes muito pequenas em relação ao tamanho da árvore.
ESPL	Espelhadas	Raízes espelham a copa.

II.2.3. COPA

II.2.3.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de copa.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de copa, ramos ou folhas.

II.2.3.2. Tamanho

PRO	Proporcional	Área da copa proporcional ao tronco.
GDE	Grande	Área da copa muito grande em relação ao tronco.
PEQ	Pequena	Área da copa muito pequena em relação ao tronco.

II.2.3.3. Superfície

VAZ	Vazia	Não há elemento gráfico na superfície da copa.
-----	-------	--

ELE	Com elementos	A superfície em si não é trabalhada, mas contém elementos como frutos, flores, galhos.
SOM	Sombreado	Sombreado na superfície da copa.
OBS	Obsessiva	Superfície da copa com características obsessivas.
CAM	Camadas	Superfície da copa em camadas.

II.2.3.4. Linha da copa

FLU	Fluida	Linha da copa curvilínea e leve, desenhada com facilidade.
INF	Inflexível	Linha da copa em forma de cúpula.
IRR	Irregular	Linha da copa em ziguezague pequeno.
REF	Reforçada	Linha da copa reforçada.
PON	Pontiaguda	Linha da copa em ziguezague grande.
CTR	Controlada	Linha da copa curvilínea e sem fluidez.
OBS	Obsessiva	Linha da copa curvilínea e rigidamente controlada.
DES	Descontínua	Linha da copa desenhada com lacunas.

II.2.4. GALHOS

II.2.4.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de galhos.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de galhos.

II.2.4.2. Organização

ORG	Organizados	Estrutura de galhos organizada, coerente.
CNF	Confusos	Estrutura de galhos confusa.
AMP	Ampla	Estrutura de galhos rica.
RES	Restrita	Estrutura de galhos pobre.

II.2.4.3. Conformação

UNI	Unidimensionais	Galhos representados de modo unidimensional.
COR	Cortados, quebrados	Galhos com extremidades fechadas por uma linha.
ABE	Abertos	Galhos com extremidades abertas.
EST	Estreitando-se	Galhos se estreitam em direção às extremidades.
PON	Pontiagudos	Galhos com extremidades pontiagudas.
FAL	Fálcos	Galhos com aparência fálca.
ENC	Pontas encobertas	Galhos com extremidades encobertas por ramos.
TRO	Saem do tronco (fora da copa)	Galhos saem do tronco, abaixo da linha da copa.

II.2.4.4. Direção predominante

PCI	Para cima	Os galhos se voltam principalmente para cima.
PBA	Para baixo	Os galhos se voltam principalmente para baixo.
PFO	Para fora	Os galhos se voltam principalmente para fora.
PDE	Para dentro	Os galhos se voltam principalmente para dentro.

CON	Confusos	Os galhos se voltam para direções distintas.
SOL	Soltos	Os galhos não estão integrados, não é possível identificar uma direção.

II.2.5. Folhas

II.2.5.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de folhas.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de folhas.

II.2.5.2. Localização

GAL	Nos galhos	Folhas localizadas nos galhos.
COP	Na copa	Folhas soltas na copa.
CAI	Caindo	Folhas caindo ou caídas no chão.

II.2.6. Frutos

II.2.6.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de frutos.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de frutos.

II.2.6.2. Localização

COP	Na copa	Frutos localizados na copa.
CAI	Caindo	Frutos caindo ou caídos no chão.
NUM	Numerosos	Frutos em grande número, dando aspecto carregado à copa.

II.2.7. Outros elementos na árvore

FLO	Flores	Indicação de flores.
ANI	Animais	Indicação de animais.
NIN	Ninho	Indicação de ninho.

II.3. ELEMENTOS DO AMBIENTE

SOL	Sol	Sol indicado.
NUV	Nuvem	Nuvem indicada.
ARV	Árvore	Uma ou mais árvores adicionais desenhadas.
CHU	Chuva	Chuva indicada.
MON	Montanhas	Uma ou mais montanhas presentes.
PAI	Paisagismo	Indicação de grama, flores, arbustos.
PÁS	Pássaros	Indicação de pássaros.
BRI	Brinquedos	Balanço ou outro.
CEL	Elementos celestes	Lua, estrelas, cometa, meteoro, estrela cadente
TER	Indicação de terreno	Indicação da superfície do solo, terra, terreno. Geralmente é indicado por sombreado.
OUT	Outro	Outro elemento externo representado. [anotar qual]

III. FIGURA HUMANA

Ao analisar os diferentes aspectos da figura humana, é importante considerar que tendemos a desenhar maiores as partes do corpo que são mais significativas. Assim, cabeça, olhos e boca tendem a ser proporcionalmente maiores nos desenhos do que são na realidade. Queixo e testa, por serem inexpressivos, costumam ser pouco significativos na maioria dos desenhos. Assim, a margem de tolerância é bastante ampla. Cabeças, olhos e boca devem ser claramente exagerados para ser considerados como “grandes”.

Como orientação geral seguem as proporções reais da figura humana. A harmonia geral em relação ao desenho sempre deve ser considerada.

Cabeça

Real = 1/7 da altura total do corpo

Aceitável 1/7 a 1/5

Grande = 1/4 ou mais

Pequena = 1/7 ou menos

Comparar com o tamanho do tronco ajuda a tomar as decisões.

Olhos

Real = traçando uma linha na altura dos olhos, deve haver espaço para 5 olhos (um no meio dos olhos e um de cada lado). Aceitável 4 ou 5.

Grande = 3 ou menos

Pequeno = mais de 5

Boca

Costuma exceder um pouco a largura do nariz, mas tendemos a fazer maior. Considerar se está em harmonia. Bocas pequenas ou grandes são atribuídas quando isso está muito evidente.

Queixo e testa

Nos rostos de frente costumam não ter importância nenhuma. Basta que o sujeito deixe um espaço acima dos olhos e abaixo da boca

III.1. Sequência [ver como fica no estudo do HTP]

1ª	Primeira	Primeira figura a ser desenhada
2ª	Segunda	Segunda figura a ser desenhada

III.2. Gênero

FEM	Feminino	Pessoa do sexo feminino (mulher, menina).
MAS	Masculino	Pessoa do sexo masculino (homem, menino).
HIB	Híbrido	Pessoa com elementos de ambos os sexos.
IND	Indefinido	Não é possível definir o sexo da figura.

III.3. Gênero do sujeito

MM	Mesmo	Sujeito desenha pessoa do mesmo sexo.
OUT	Outro	Sujeito desenha pessoa do sexo oposto.

III.4. Tipo de representação

FIG	Figurativa	O desenho apresenta elementos figurativos e bidimensionais.
PAL	Palito	Desenho composto de traços unidimensionais (exceto cabeça).
ABS	Abstrata	Representação abstrata da figura humana.

III.5. Perspectiva

FRE	Frente	A pessoa é desenhada de frente para o observador.
PER	Perfil	A pessoa é desenhada toda de perfil.
COS	Costas	A pessoa é desenhada de costas para o observador.
PEF	Perfil frente	A pessoa é desenhada em com cabeça e pés de perfil, tronco e braços de frente.
CON	Confusa	Erros sérios de perspectiva (cabeça de perfil, dois olhos de frente)

III.6. Cabeça III.6.1.

Presença

PRE	Presentes	Qualquer indicação de cabeça.
AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de cabeça.

III.6.2. Tamanho

ADE	Adequado	A cabeça é proporcional em relação à figura como um todo. (menos de 1/5 até 1/7 do desenho inteiro)
GDE	Grande	A cabeça é muito grande em relação à figura como um todo. (mais de 1/4 do desenho inteiro)
PEQ	Pequeno	A cabeça é muito pequena em relação à figura como um todo (menos de 1/7 do desenho inteiro).

III.7. Cabelos

III.7.1. Presença

PRE	Presentes	Qualquer indicação de cabelos.
AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de cabelos.

III.7.2. Caracterização

NDN	Nada digno de nota	(convencional)
ESC	Escassos	Poucos cabelos esparsos.
ABU	Abundantes	Evidente cabeleira.
PEN	Penteados	Estilo de penteado definido.
DES	Desarrumados	Representados de modo desorganizado.

III.8. Olhos

III.8.1. Presença

PRE	Presentes	Qualquer indicação de olhos.
AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de olhos.

III.8.2. Tamanho

ADE	Adequados	Entre 1/3 e 1/5 da largura do rosto na região.
GDE	Grandes	Superior a 1/3 da largura do rosto na região.
PEQ	Pequenos	Inferior a 1/5 da largura do rosto na região.

III.8.3. Caracterização

ABE	Abertos	Olhos abertos, com pupila.
FEC	Fechados	Olhos fechados,
VAZ	Vazados	Olhos sem pupila.
PUN	Puntiformes	Olhos representados por um ponto.
OCU	Ocultos	Olhos encobertos (óculos, capacete ou outro).

III.8.4. Cílios

PRE	Presentes	Qualquer indicação de cílios.
ABU	Abundantes	Espessos, longos, acentuados
AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de cílios.

III.8.5. Sobrancelhas

PRE	Presentes	Qualquer indicação de
ABU	Abundantes	Espessas, longas, acentuadas
AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de

III.9. Pelos

BAR	Barba	Pelos na face indicando barba.
BIG	Bigode	Pelos na face indicando bigode.
COR	Corpo	Pelos em outras partes do corpo (peito, axilas, pernas, púbis)

III.10. Queixo

O queixo costuma ser bastante irrelevante para a maioria das pessoas, indicado apenas por um espaço entre o lábio inferior e o limite inferior da cabeça. Desse modo, quase sempre se enquadra na categoria IND (Indiferenciado). A consideração do queixo é mais importante quando há intenção explícita de representá-lo (nas figuras de perfil ou em figuras de frente com indicação clara de queixo quadrado, covinha etc.)

MED	Adequado	Proporcional ao tamanho da cabeça (em figuras de perfil).
GDE	Grande	Grande em relação ao tamanho da cabeça, em figuras de perfil, ou claramente indicado em figuras de frente.
PEQ	Pequeno	Pequeno em relação ao tamanho da cabeça, em figuras de perfil, ou claramente indicado em figuras de frente.
IND	Indiferenciado	Apenas algum espaço entre a boca e o contorno da cabeça.

III.11. Nariz

III.11.1. Presença

PRE	Presente	Qualquer indicação de nariz.
AUS	Ausente	Nenhuma indicação de nariz.

III.11.2. Tamanho

MED	Adequado	Proporcional ao tamanho da cabeça.
-----	----------	------------------------------------

GDE	Grande	Grande em relação ao tamanho da cabeça.
PEQ	Pequeno	Pequeno em relação ao tamanho da cabeça.

III.11.3. Caracterização

INF	Representação infantil	Representado por ponto, triângulo, círculo.
SEP	Indicação do septo	Septo e base do nariz representados.
NAR	Ênfase nas narinas	Narinas sombreadas, reforçadas ou superdimensionadas.

III.12. Boca

III.12.1. Presença

PRE	Presente	Qualquer indicação de boca.
AUS	Ausente	Nenhuma indicação de boca.

III.12.2. Tamanho

MED	Adequada	Proporcional ao tamanho da cabeça.
GDE	Grande	Bem grande em relação ao tamanho da cabeça.
PEQ	Bem pequena	Pequeno em relação ao tamanho da cabeça.

III.12.3. Caracterização

UNI	Unidimensional	Representada por um traço.
ABE	Aberta	Em “o”, ou com dentes ou língua à mostra.
FEC	Fechada	Representada fechada. É# a representação mais comum.
LAB	Lábios bidimensionais	Lábios indicados.
CAR	Lábios carnudos	Ênfase nos lábios.

III.13. Dentes

PRE	Presentes	Qualquer indicação de dentes.
AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de dentes.

III.14. Língua

AUS	Ausente	Nenhuma indicação de língua.
PRE	Presente	Qualquer indicação de língua.

III.15. Orelhas

III.15.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de orelha.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de orelha.

III.15.2. Tamanho

MED	Adequada	Proporcional ao tamanho da cabeça.
GDE	Grande	Grandes em relação ao tamanho da cabeça.
PEQ	Pequena	Pequenas em relação ao tamanho da cabeça.

III.16. Pescoço

III.16.1. Presença

AUS	Ausente	Nenhuma indicação de pescoço.
PRE	Presente	Qualquer indicação de pescoço.

III.16.2. Comprimento

MED	Adequado	Proporcional ao tamanho da cabeça e do corpo.
COM	Comprido	Grande em relação ao tamanho da cabeça e do corpo.
CUR	Curto	Pequeno em relação ao tamanho da cabeça e do corpo.

III.16.3. Largura

MED	Adequado	Largura adequada à cabeça e ao corpo
LAR	Largo	Muito largo em relação à cabeça e ao corpo
EST	Estreito	Muito estreito em relação à cabeça e ao corpo

III.16.4. Integração

INT	Integrado	Adequadamente integrado à cabeça e ao corpo.
SEP	Separado	Separado da cabeça ou do corpo.
COR	Cortado	Separado do corpo por uma linha
ACE	Com acessórios	Presença de gravata, colar, gola rolê ou outro.

III.17. Tronco

III.17.1. Presença

AUS	Ausente	Nenhuma indicação de tronco.
PRE	Presente	Qualquer indicação de tronco.
IND	Indiferenciado	Não há representação clara do tronco, apenas uma indicação rudimentar (triângulo, por exemplo). Não atribuir dados de proporção ou largura.

III.17.2. Proporção

MED	Adequado	Proporcional ao comprimento do corpo.
COM	Comprido	Muito comprido em relação ao comprimento do corpo.
CUR	Curto	Muito curto em relação ao comprimento do corpo.

III.17.3. Largura

MED	Adequado	Proporcional à largura do corpo.
LAR	Largo	Muito largo em relação à largura do corpo.
EST	Estreito	Muito estreito em relação à largura do corpo.

III.17.4. Ombros

CAI	Caídos	Ombros inclinados para baixo.
CUR	Curvos	Ombros curvilíneos.
RET	Retilíneos	Ombros retilíneos.
ENF	Enfatizados	Ombros enfatizados (muito grandes, reforçados).
IND	Indiferenciados	Não há representação clara de ombros à parte dos braços, cabeça ou pescoço.

III.18. Braços

III.18.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de braços.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de braços.

III.18.2. Comprimento

ADE	Adequados	Proporcionais ao comprimento do corpo.
LON	Longos	Muito compridos em relação ao comprimento do corpo.
CUR	Curtos	Muito curtos em relação ao comprimento do corpo.

III.18.3. Posição

COL	Colados	Braços colados ao corpo.
RET	Ângulo reto	Braços em ângulo reto em relação ao corpo.
AGU	Ângulo agudo	Braços pendentes ou em ângulo agudo em relação ao corpo.
ASSIM	Assimétricos	Braços intencionalmente desenhados em posições diferentes.
MOV	Em movimento	Braços claramente em alguma atividade ou movimento.

III.18.4. Integração

INT	Integrados	Ambos os braços conectados ao corpo, em posição correta.
SEP	Separados	Um ou ambos os braços desconectados do corpo.
DES	Deslocados	Um ou ambos os braços conectados ao corpo em posição incorreta. Isso ocorre principalmente quando o tronco está ausente ou representado de modo rudimentar.

III.19. Mãos

III.19.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de mãos.
VIS	Visível	Pelo menos uma das mãos visível.
COS	Costas	Uma ou ambas as mãos atrás das costas.
BOL	Bolso	Uma ou ambas as mãos nos bolsos.

III.19.1. Tamanho

ADE	Adequadas	Proporcionais ao corpo.
GDE	Grandes	Muito grandes em relação ao corpo.
PEQ	Pequenas	Muito pequenas em relação ao corpo.

III.20. Dedos

III.20.1. Presença

NV	Não visíveis	Os dedos estão ocultos ou não estão presentes.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de dedos.

III.20.2. Tamanho

ADE	Adequados	Proporcionais ao tamanho das mãos.
LON	Longos	Muito grandes em relação ao tamanho das mãos.
CUR	Curtos	Muito pequenas em relação ao tamanho das mãos.

III.20.3. Representação

ADE	Adequada	Representação bidimensional, presença da palma da mão, dedos mais longos do que largos.
FEC	Fechados	Dedos fechados, mão cerrada.
DET	Detalhada	Representação minuciosa (falanges, unhas detalhadas)
PRI	Primitiva	Dedos como círculos, palitos ou pequenas protuberâncias; ausência de palma, presença de dedos apenas.

III.21. Unhas

III.22.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de unhas.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de unhas (contorno, sombreado, projeções além das pontas dos dedos).

III.22.2. Tamanho

CUR	Curtas	O limite das unhas corresponde às pontas dos dedos.
LON	Longas	As unhas se projetam para além das pontas dos dedos.
GAR	Em garra	Unhas longas que se curvam, com aspecto de garras.

III.22. Seios

III.21.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de seios.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de seios.

III.21.2. Tamanho

PRO	Proporcionais	Indicados como busto ou alargamento discreto.
GDE	Grandes	Muito enfatizados (por tamanho ou sombreado)
PEQ	Pequenos	Indicação precária (pequenos traços).
PRI	Primitivos	Representação em círculo, traço reto.

III.23. Quadris

III.23.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de quadris.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de quadris (alargamento abaixo do tórax, braguilha, nádegas)
IND	Indiferenciados	Há um espaço para os genitais abaixo da linha da cintura, sem atenção especial aos quadris. Nesse caso, não atribuir os escores de proporção

III.23.2. Proporção

PRO	Proporcionais	Quadris proporcionais ao tronco.
LAR	Largos	Quadris excessivamente largos em relação ao tronco.
EST	Estreitos	Quadris muito estreitos em relação ao tronco.

III.24. Genitais

III.24.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de genitais.
PRE	Presentes	Qualquer indicação mais explícita de genitais (braguilha, volume, “v” desenhado no cavalo da calça).

III.24.2. Representação

IND	Indicados	Indicação por braguilha, volume, sombreado.
EXP	Explícitos	Genitais claramente desenhados.

III.25. Cintura

III.25.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de cintura
PRE	Presentes	Qualquer indicação de cintura (traço, cinto, estreitamento do tórax).

III.25.2. Representação

IND	Indicada	Representação sem ênfase.
EST	Estrangulada	Estreitamento excessivo.
REF	Reforçada	Ênfase por sombreado ou linhas reforçadas.

III.26. Pernas

III.26.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de pés.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de pés.

III.26.2. Comprimento

ADE	Adequadas	Pernas proporcionais ao tamanho da figura.
LON	Longas	Pernas muito longas para o tamanho da figura.
CUR	Curtas	Pernas muito curtas para o tamanho da figura.

III.26.3. Posição

FEC	Fechadas	Pernas fechadas, uma contra a outra.
ÂNG	Em ângulo	Pernas levemente separadas, uma da outra.
ABE	Abertas	Pernas muito abertas.
PAR	Paralelas	Pernas paralelas.
MOV	Em movimento	Pernas em movimento.

III.26.4. Integração ao tronco

INT	Integrado	As pernas estão integradas aos quadris ou tronco.
SEP	Separado	As pernas estão desconectadas dos quadris ou tronco.
DES	Deslocado	As pernas estão deslocadas em relação aos quadris ou tronco.

III.27. Pés

III.27.1. Presença

AUS	Ausentes	Nenhuma indicação de pés.
PRE	Presentes	Qualquer indicação de pés.

III.27.2. Tamanho

MED	Adequados	Pés proporcionais ao tamanho da figura.
GDE	Grandes	Pés muito grandes para o tamanho da figura.
PEQ	Pequenos	Pés muito pequenos para o tamanho da figura.

III.27.3. Posição

FOR	Para fora	Pés virados para lados opostos.
DEN	Para dentro	Ambos os pés virados para dentro.
FRE	Para frente	Pés vistos de frente.
EGI	Egípcio	Pés virados para o mesmo lado.

III.27.4. Calçado

DES	Descalço	Nenhuma indicação de calçado; artelhos visíveis.
SAP	Sapato	Sapato fechado, tênis, bota.
SPT	Sapatilha	Sapatilha de bailarina.
SAN	Sandália	Calçados cobrem o pé parcialmente (calcanhar ou artelhos à mostra): sandália, chinelo.
NI	Não indicado	Representação rudimentar dos pés, sem detalhes que permitam identificar se a figura está calçada ou descalça. Pé em forma de taco ou bola.

III.28. Roupas e acessórios

NU	Nu	Não há indicação de roupa.
INT	Roupa íntima	Indicação de calcinha, sutiã, cueca.
BLU	Camisa/Blusa	O tórax está coberto por blusa, camisa, camiseta ou outro.
VES	Vestido	Indicação de vestido de comprimento médio ou curto.
SAI	Saia	Indicação de saia (qualquer comprimento).
TER	Terno	Terno completo.
CAL	Calça	Calça social.
JEA	Jeans	Calça jeans.
SHO	Short	Vestimenta que deixa os joelhos à mostra (calça curta, shorts, bermuda).
CMT	Camiseta	Camiseta de manga curta ou longa, decote V ou redondo
REG	Regata	Claramente regata

BAN	Traje de banho	Biquíni, sunga, maiô.
GAL	Traje de gala	Smoking ou fraque na figura masculina, vestido de gala na figura feminina.
TIP	Roupa típica	Traje típico: gaúcho, caipira ou outro.
FAN	Fantasia	Figura fantástica: fada, super-herói, figura mitológica.
GRA	Gravata	Indicação de gravata comum ou borboleta.
CIN	Cinto	Indicação de cinto.
LAC	Laço	Presença de laço (nos cabelos, na saia ou em outro lugar)
GOL	Gola	Indicação de gola.
CHA	Chapéu	Itens que cobrem a cabeça: chapéu, boné, turbante ou outro.
ECH	<i>Écharpe</i>	Itens que envolvem o pescoço: cachecol, <i>écharpe</i> ou outro.
BOL	Bolso	Representação de bolso no peito ou nas calças.
BRA	Braguilha	Indicação de braguilha.
JOI	Joias	Adereços como colar, pulseira, anel, relógio ou outro.

III.29. Elementos do ambiente

SOL	Sol	Sol desenhado.
NUV	Nuvem	Nuvem desenhada.
CHU	Chuva	Chuva desenhada.
ARV	Árvore	Árvores desenhada.
EDI	Edificação	Casas ou prédios desenhados
MON	Montanha	Montanha desenhada.
CEL	Celeste	Elementos celestes (lua, estrela, cometa etc.)
TER	Terreno	Alguma indicação do terreno, para além da linha do solo.
OUT	Outro	Outro elemento externo representado. [anotar qual]

APÊNDICES

APÊNDICE 1 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome do Participante:

.....

.

Documento de Identidade

Nº:.....CPF..... Data de

Nascimento:...../...../..... Idade:.....Sexo: () M () F

Endereço:.....Nº:.....Apto:.....

.

Bairro:.....Cidade:..... Estado.....

Grau de Escolaridade.....Telefone:.....

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título da Pesquisa: “Aspectos psicodinâmicos e vivências emocionais: implicações psicológicas em idosos com dor crônica e depressão”.


Prezado (a) Participante,

Você está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, de uma pesquisa acadêmica que tem a finalidade de compreender os aspectos psicológicos e vivências emocionais de idosos.

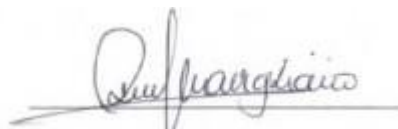
- 1. Procedimentos:** A participação no estudo vai ocorrer em uma etapa na qual será aplicado um questionário com 15 questões sobre sintomas de depressão (GDS-15), com respostas que você deverá indicar sim/não. Em seguida será aplicado uma técnica projetiva que se chama HTP, em que será pedido que você faça um desenho de uma casa, de uma árvore, de uma pessoa e de uma pessoa do sexo oposto ao primeiro desenhado, utilizando um lápis e algumas folhas de papel.
- 2. Participação voluntária e sem compromisso financeiro:** como sua participação é voluntária, participar da pesquisa não implicará em remuneração, nenhuma compensação financeira por despesas realizadas (por exemplo: gastos com locomoção) nem em qualquer ganho material como brindes aos participantes, ou seja, esta pesquisa não implica nenhum compromisso financeiro entre você e a Universidade de São Paulo.
- 3. Riscos ao participante:** o risco envolvido é mínimo. Você poderá cansar-se mentalmente ao participar do estudo, respondendo aos instrumentos para coleta de dados, ou sentir algum desconforto emocional durante a realização das perguntas, provocado pela recordação de alguma vivência pessoal ou mesmo se sentir constrangido frente a ideia de desenhar. Caso isso aconteça podemos interromper a pesquisa a qualquer momento e você será orientado sobre os cuidados necessários, podendo ser encaminhado ao serviço de atendimento na Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).
- 4. Benefícios ao participante:** Ao contribuir com a pesquisa, você terá um espaço de reflexão dedicado para compartilhar suas vivências e planos futuros. Ainda, com sua participação, ajudará a contribuir para que novos estudos científicos sejam produzidos.
- 5. Liberdade de recusa e de desistência:** você poderá negar o consentimento ou mesmo retirar-se em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal por causa disso.

6. **Garantia de acesso:** em qualquer etapa do estudo você terá acesso às pesquisadoras responsáveis, a qualquer momento que julgar necessário por telefone ou e-mail. Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá contatar a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa no telefone (11) 30911660, ou por email: copesqip@usp.br.
7. **Garantia do sigilo:** os dados coletados serão organizados e armazenados pelas pesquisadoras durante cinco anos. Após esse tempo os mesmos serão incinerados. Os resultados provenientes da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos e poderão ser apresentados em eventos, sendo que sua identidade não será revelada. Caso queira participar da pesquisa, basta preencher abaixo com seus dados e assinar.
8. O presente documento deverá ser assinado em duas vias que são iguais, sendo que uma ficará em poder dos pesquisadores e outra com você. É necessário rubricar todas as páginas.

Assinatura Participante



Dra. Leila S. L. P. C. Tardivo tardivo@usp.br



Ma. Rilza Xavier Marigliano
rilzamarigliano@hotmail.com

Obrigada!

APÊNDICE 2- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário Sociodemográfico

Para a análise da pesquisa sobre **“Dor Crônica: repercussões emocionais”** será necessário conhecer os dados abaixo relacionados. Reafirmaremos nosso compromisso de manter sigilo absoluto sobre as informações fornecidas, pois será utilizada somente para complementar a análise da pesquisa.

1. Data de nascimento do pesquisado (a) ____/____/_____, idade: _____(anos).

2. Escolaridade:

- Fundamental incompleto Fundamental completo
 Ensino médio incompleto Ensino Médio completo
 Superior incompleto Superior completo
 Especialização _____

3. Estado Civil:

- Solteiro (a) Casado (a)
 Separado (a) Viúvo (a) Outro _____

4. Rendimento familiar mensal

- Menos de 1 salário mínimo
 De 1 a 2 salários mínimos
 Acima de 2 salários mínimos

5. Fonte de renda (se for o caso, assinale mais de uma opção).

- Trabalho
 Reforma por invalidez
 Subsidio por doença (baixa médica)
 Reforma por idade (aposentadoria)
 Reforma por tempo de trabalho (aposentadoria)
 Subsidio de desemprego
 Transferência financeira dos familiares
 Pensão por viuvez
 outro

6. Quem é o principal responsável financeiro em sua residência

- somente eu
- há uma divisão das despesas
- filho (s)
- Neto (s)
- Outros

07. Grupo familiar

- Mora só
- Mora com mais pessoas

Informe quantas pessoas moram com você, **sem se incluir** _____.

08. Qual sua atividade profissional e sua formação?

_____.

Apêndice 3- Gráficos das Tabelas

Gráfico 0.1 – Percentuais e Média \pm Desvio Padrão das características sociodemográficas

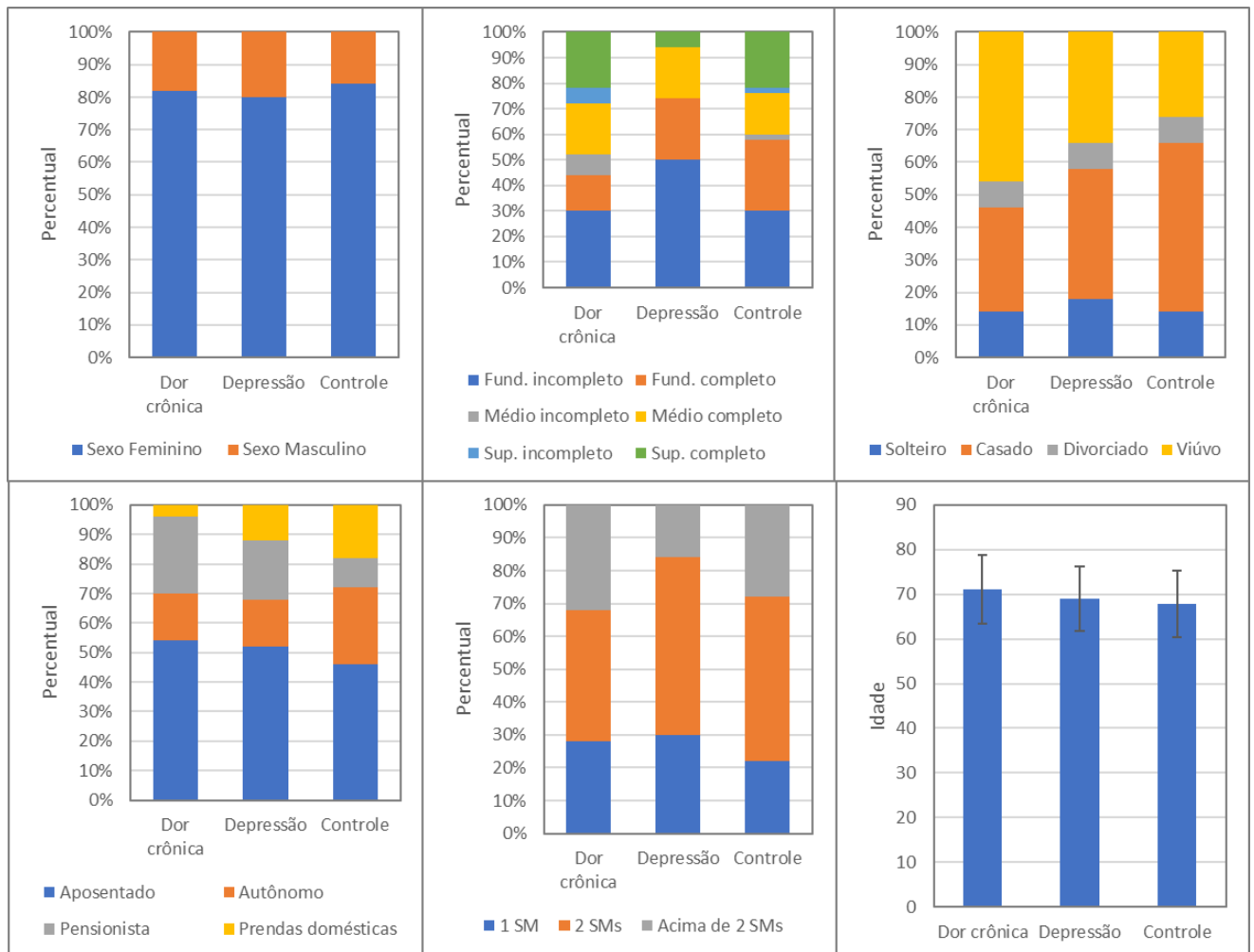


Gráfico 0.2 – Percentuais e Média ± Desvio Padrão para GDS

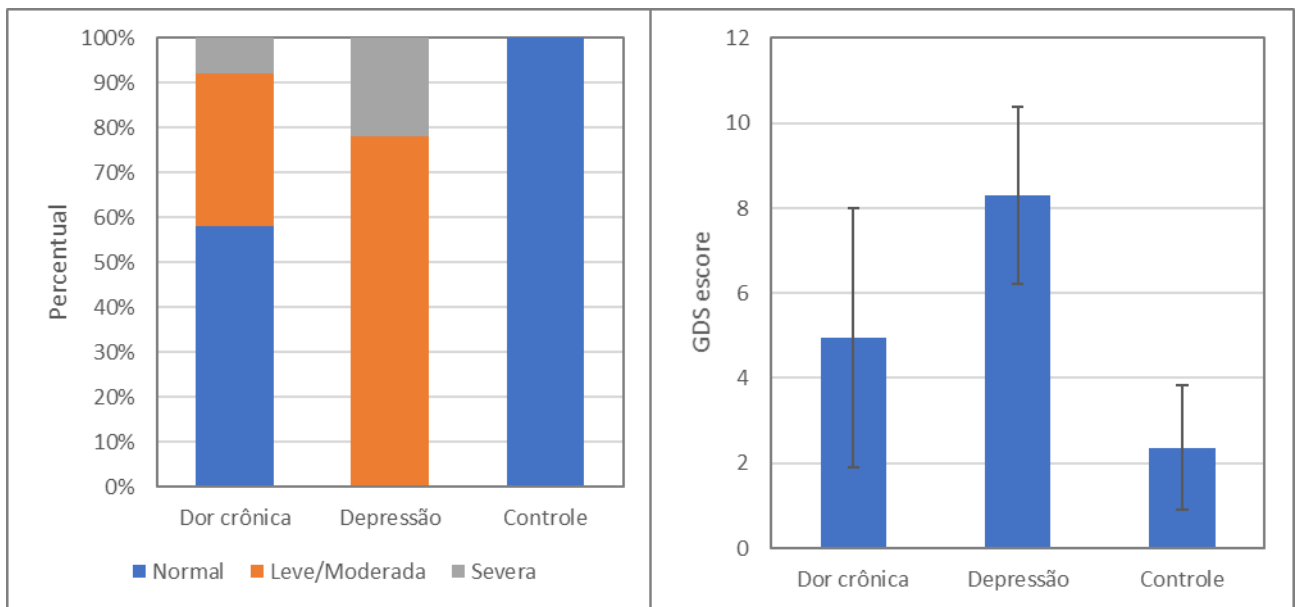


Gráfico 0.3 – Percentuais para as questões do GDS

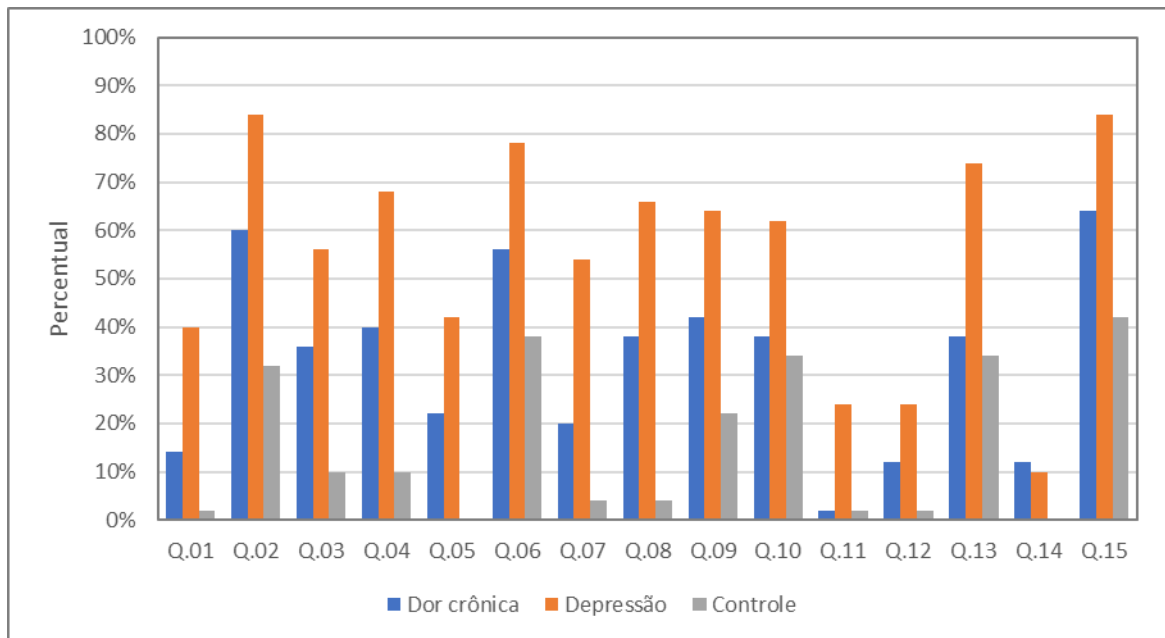


Gráfico 0.4 – Percentuais dos Aspectos Adaptativos

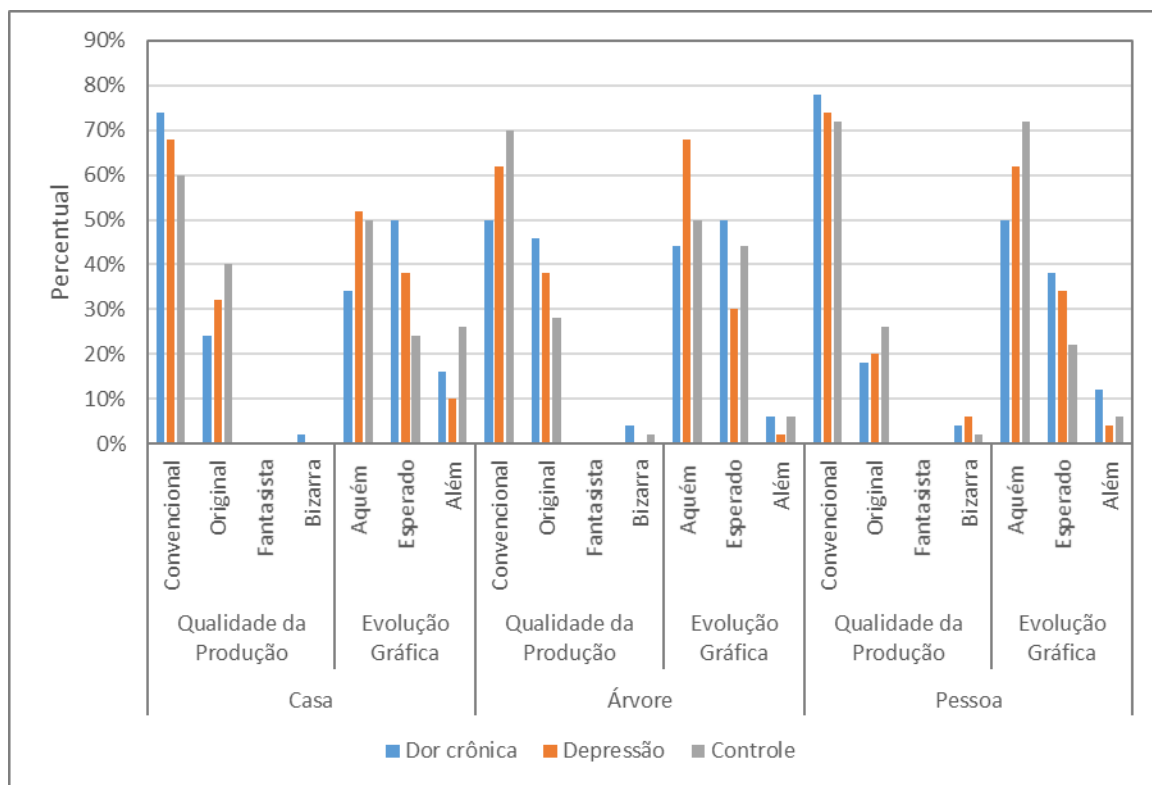


Gráfico 0.5 – Percentuais dos Aspectos Adaptativos Casa

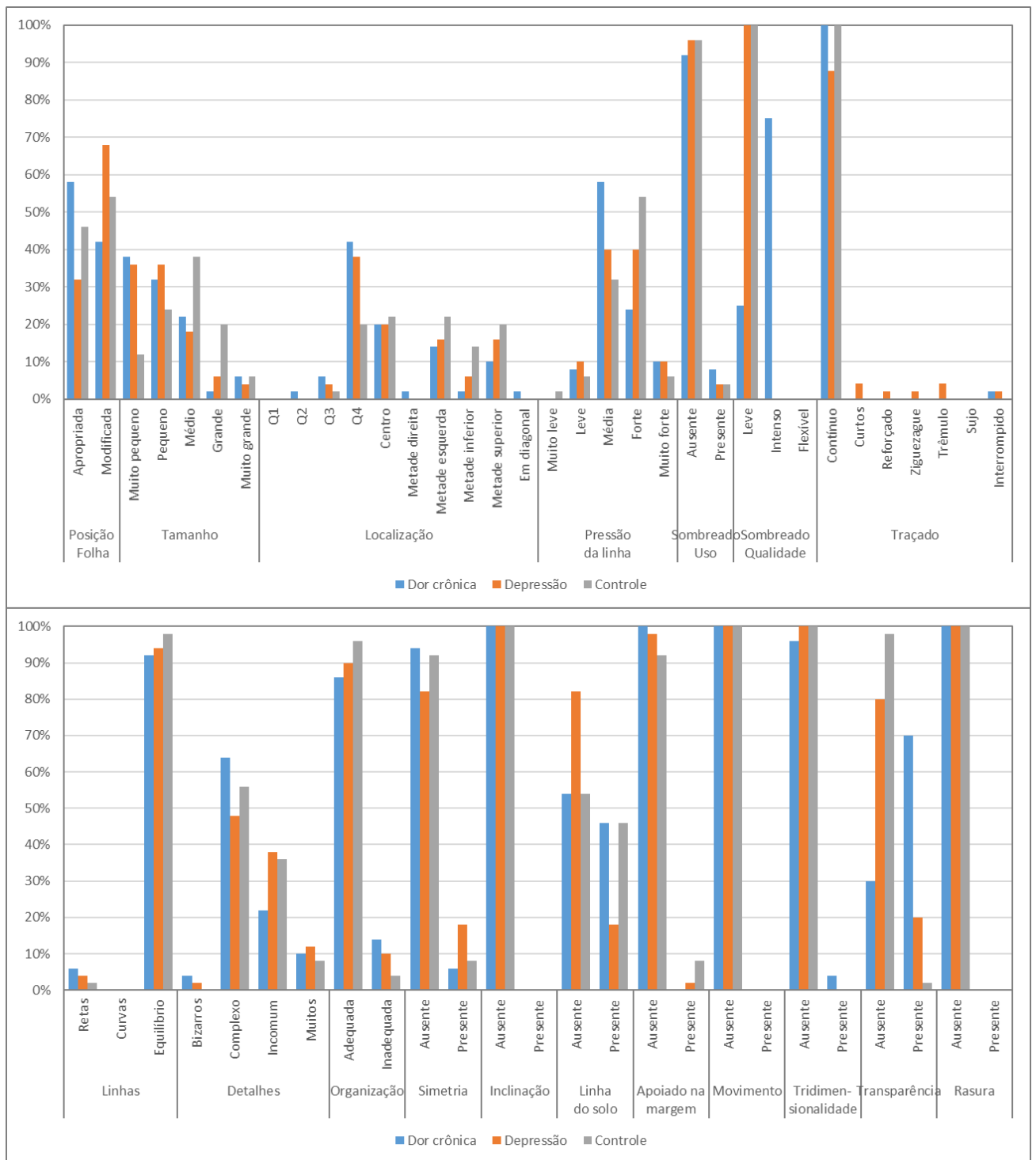


Gráfico 0.6 – Percentuais dos Aspectos Adaptativos Árvore



Gráfico 0.7 – Percentuais dos Aspectos Adaptativos Figura Humana 1



Gráfico 0.8 – Percentuais dos Aspectos Adaptativos Figura Humana 2



Gráfico 0.10 – Percentuais dos Aspectos Projetivos – Árvore

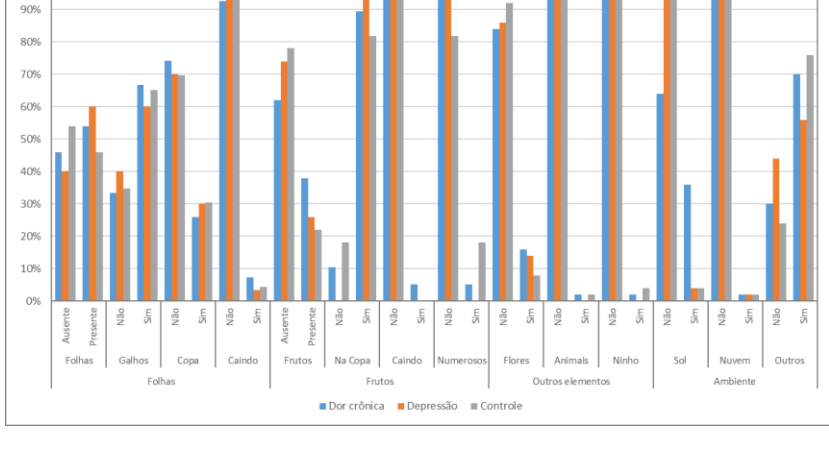
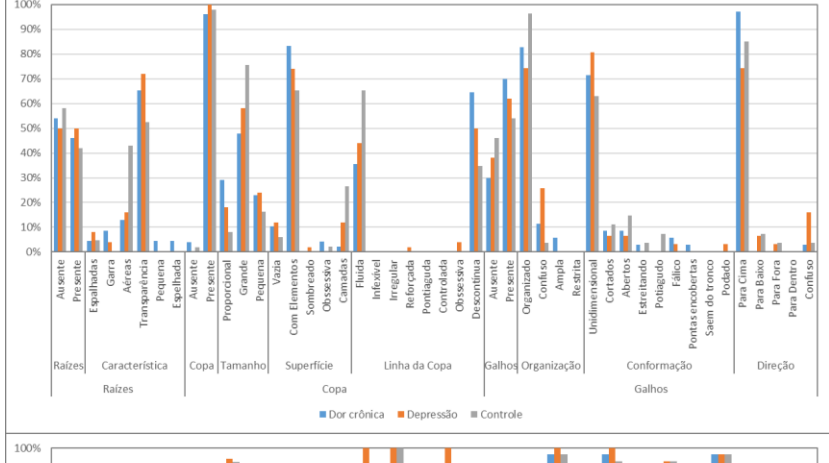
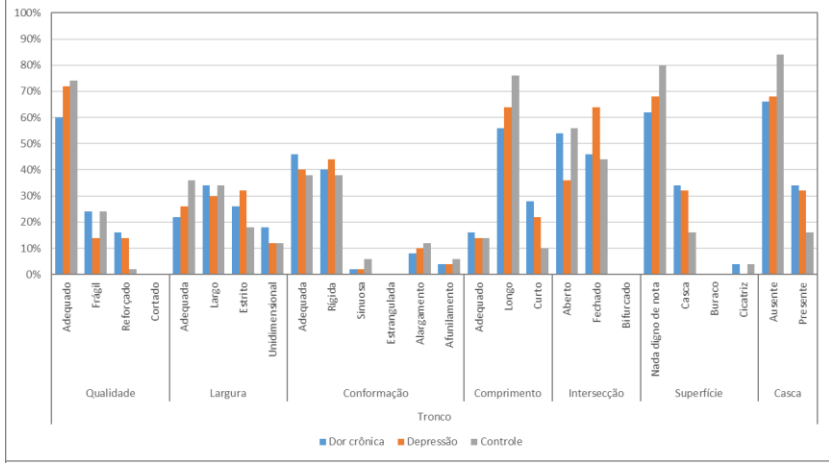
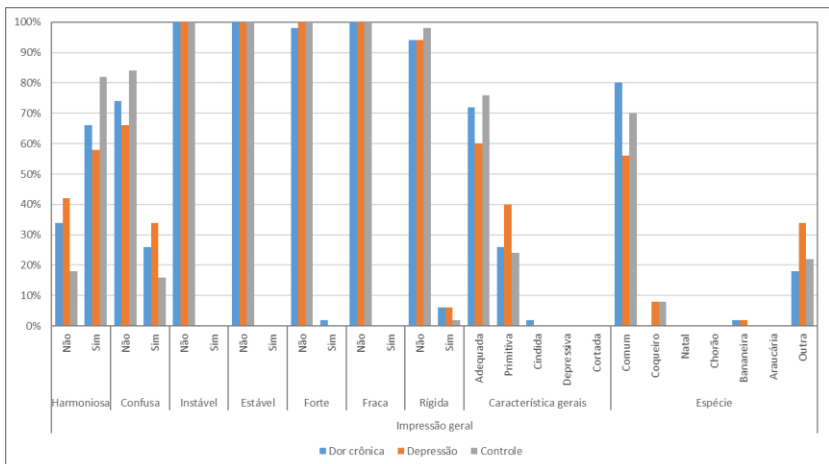


Gráfico 0.11 – Percentuais dos Aspectos Projetivos – Figura Humana

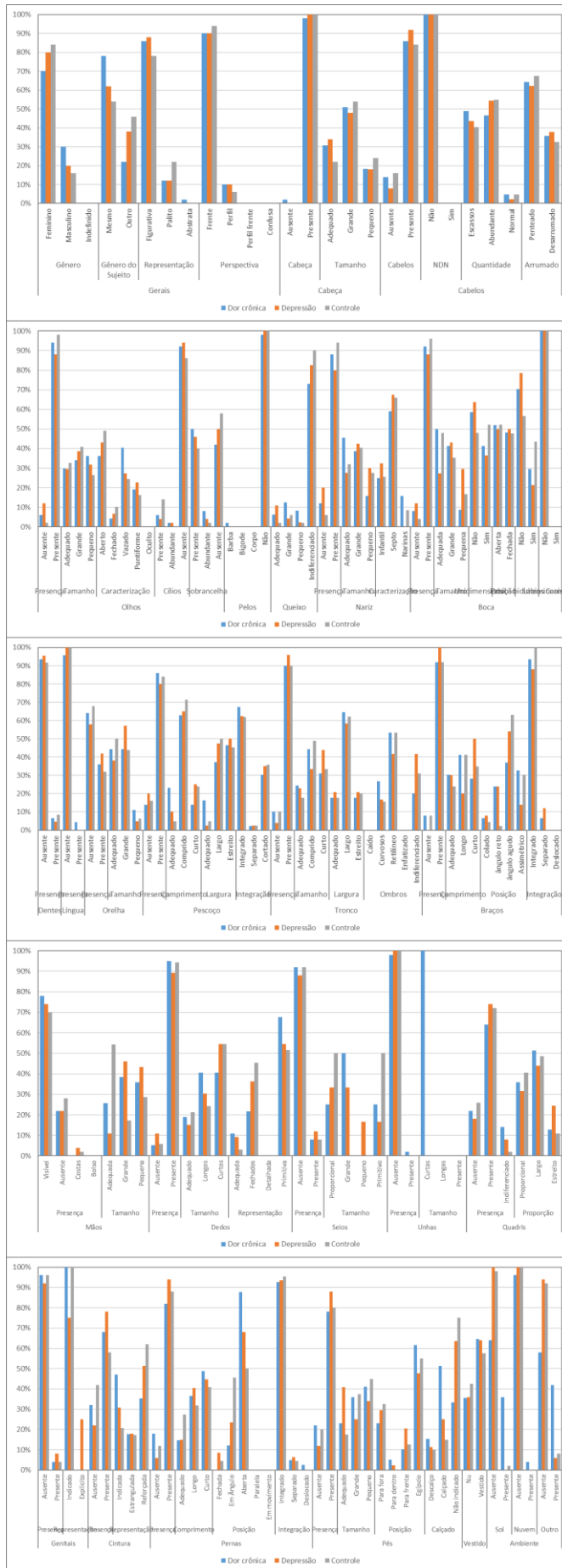


Gráfico 0.1 – Percentuais e Média ± Desvio Padrão das características sociodemográficas

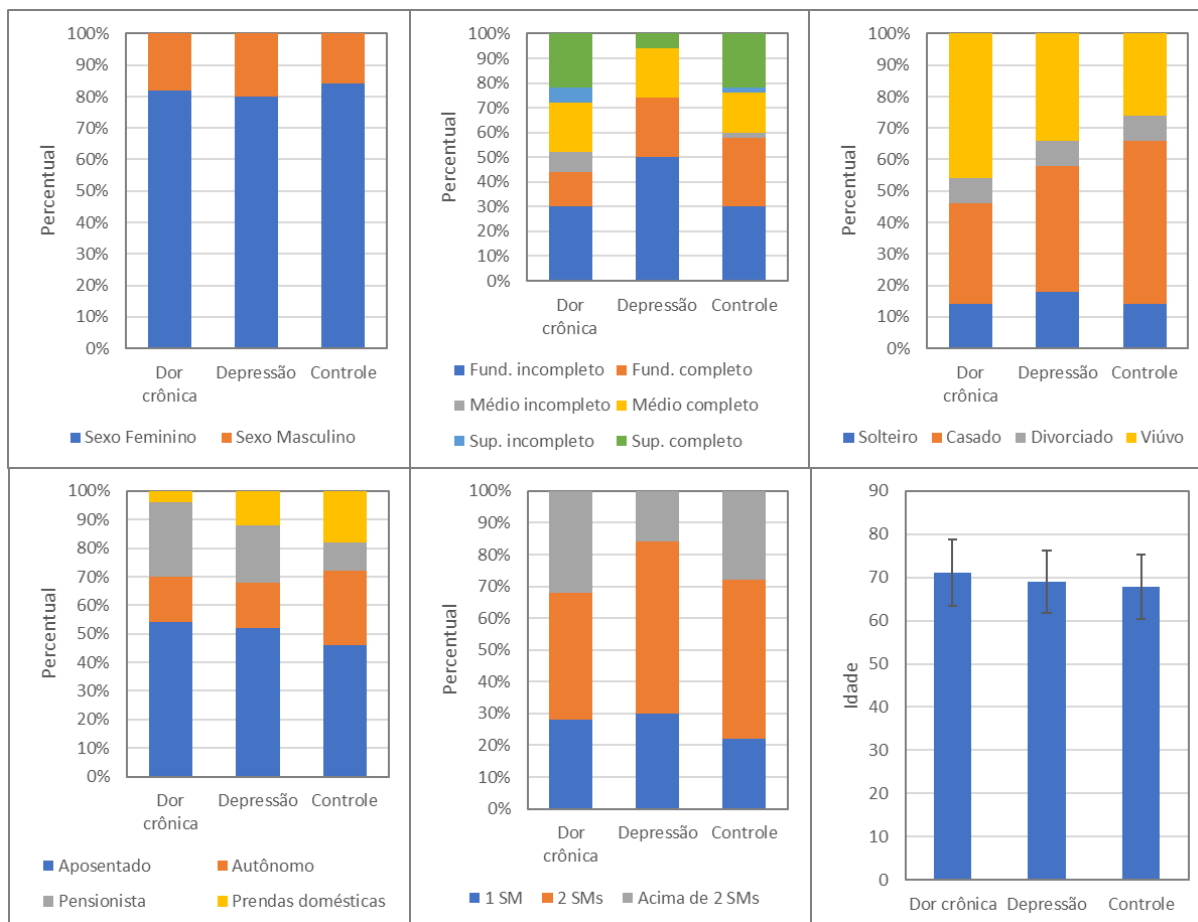


Gráfico 0.2 – Percentuais e Média ± Desvio Padrão para GDS

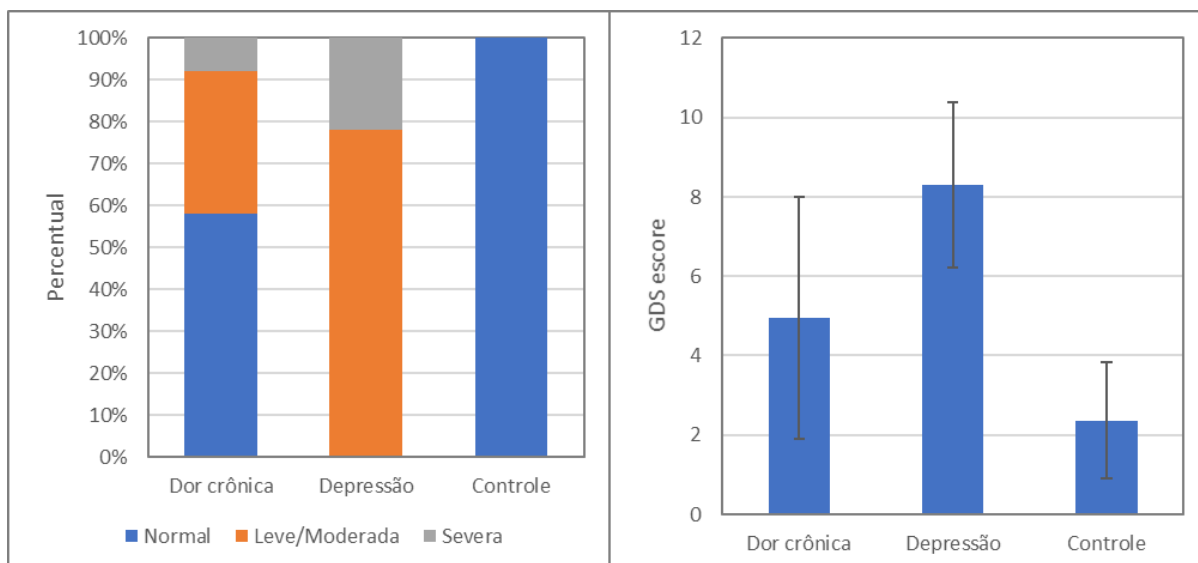


Gráfico 0.3 Percentuais para as questões do GDS

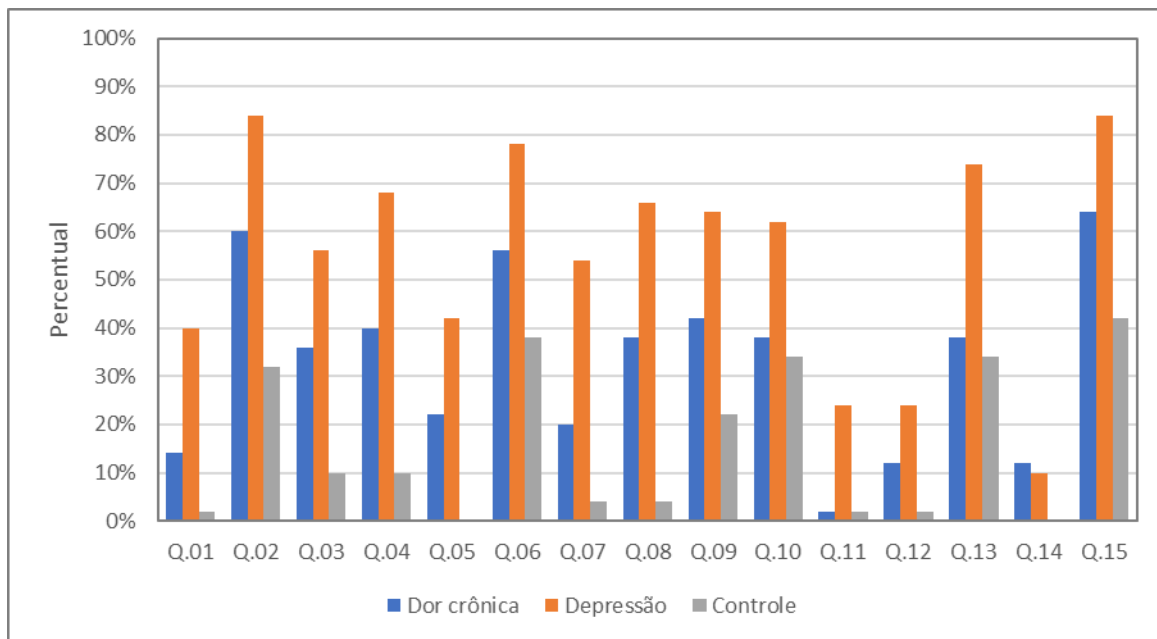
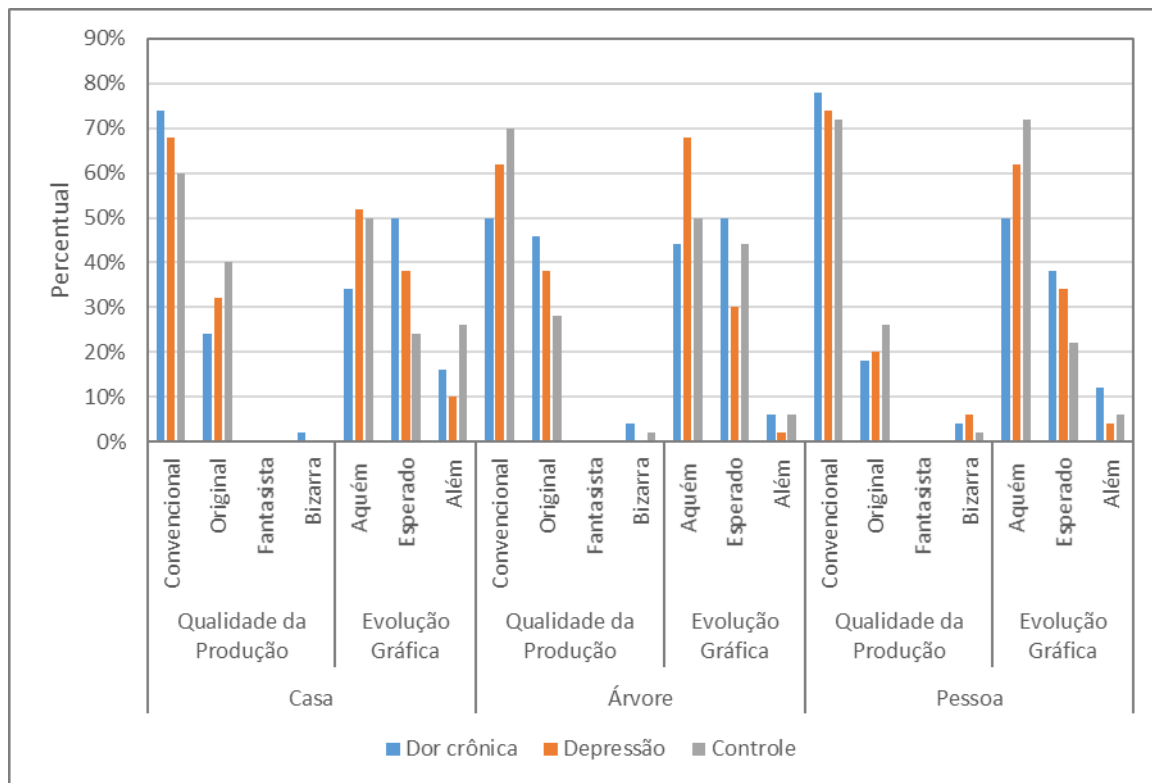


Gráfico 0.4 – Percentuais dos Aspectos Adaptativos



Gráfico

0.5 Percentuais dos Aspectos Adaptativos Casa

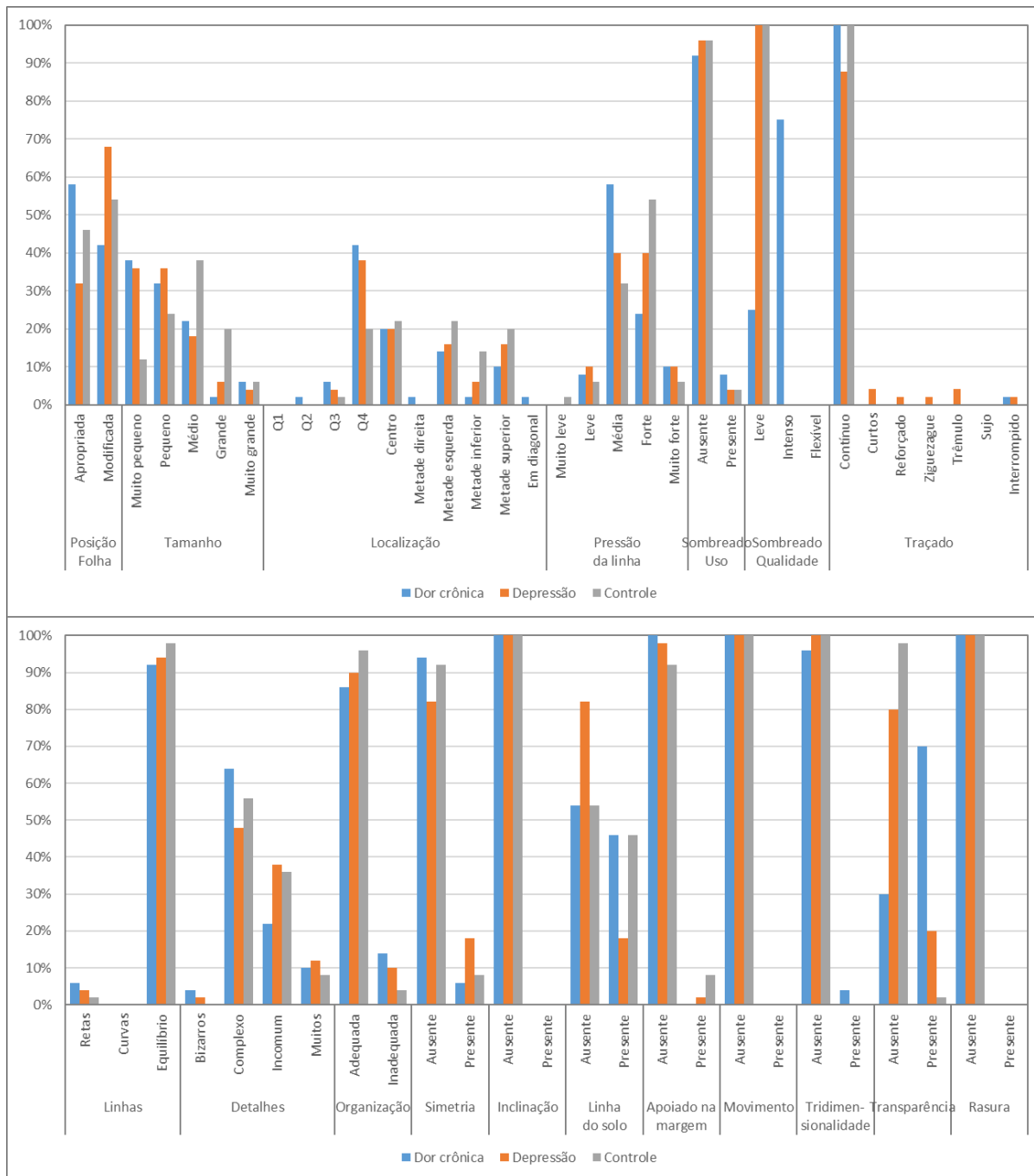


Gráfico —

0.6 Percentuais dos Aspectos Adaptativos Árvore

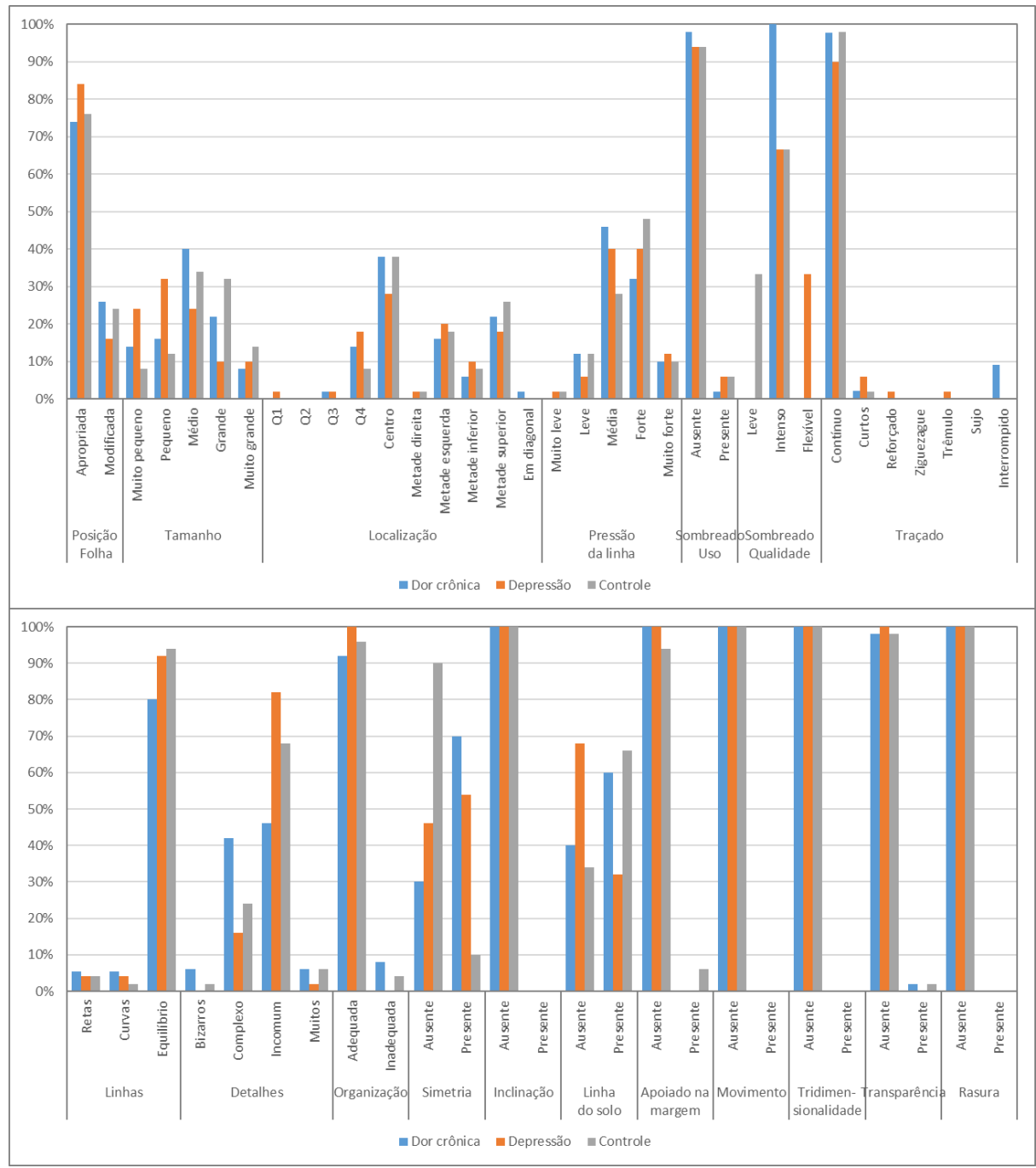


Gráfico 0.7 – Percentuais dos Aspectos Adaptativos Pessoa



Gráfico 6.1 – Percentuais dos Aspectos Projetivos – Casa

