



Relações entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas

“A maior expressão da angústia pode ser a depressão, algo que você pressente, indefinível. Mas não tente se matar, pelo menos esta noite não”

Lobão

RESUMO

O Estudo a seguir refere-se as relações entre depressão e qualidade de vida.

Foi aplicado o PRIME, Módulo de Humor para diagnóstico da depressão, tendo sido usado como critério de inclusão; o SF-36 para avaliar a qualidade de vida em pacientes deprimidos; e o desenho da figura humana como técnica projetiva, com o objetivo de verificarmos os aspectos da personalidade desses sujeitos.

A amostra foi composta por quatro mulheres e um homem, com idades variando de 38 a 57 anos, sendo que três são casadas, um solteiro e uma viúva. Duas não têm profissão, são do lar, uma é costureira, um autônomo, e uma é operadora de *telemarketing*. Duas têm instrução do Primeiro Grau completo, uma tem Primeiro Grau incompleto, uma tem Segundo Grau completo e um Terceiro Grau incompleto. Foi empregado o método clínico (estudo de caso).

No SF-36, foram avaliados aspectos da capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais, aspecto emocional, vitalidade e saúde mental.

Foi encontrado em todos os sujeitos avaliados pelo SF-36 maior prejuízo nas áreas de capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade e aspecto emocional.

Na técnica gráfica também foram observados vários indicadores de depressão.

Realizando a comparação entre os resultados dos dois instrumentos, no SF-36 os aspectos mais objetivos e nos desenhos da figura humana mais subjetivos, percebeu-se que de fato existe a presença de aspectos depressivos em ambas, concluindo-se que a qualidade de vida dessas pessoas está realmente, muito comprometida. Necessitam, portanto, de tratamento médico e psicoterápico.

ABSTRACT

Relations between quality of life and structure of personality in depressed people. Word-key: depression; quality of life Summary.

This study mentions the relations to it between depression and quality of life. They had been applied PRIME-Módulo de Humor, for the diagnosis of the depression, the SF-36, to evaluate the quality of life and the drawing of the figure human being as projective technique to evaluate aspects of the personality of these citizens. The sample was composite for woman and a man, with ages varying between 38 and 57 years.

Carrying through a matching it enters the results gotten through these instruments, observing with the SF-36 the aspects most objective and with the drawing of the figure human being the aspects most subjective, it was perceived presence of depressive strokes in both, concluding itself that the quality of life of these people is of fact very compromised. They need therefore, of medical and psychotherapeutic handling.

Endereço para correspondência: Alameda Itapecuru, 282, Apart. 31 B
CEP 06454-080 – Alphaville – Barueri – São Paulo – Tel.: (11) 4191-1286 – Cel.: 9172-7744

Palavras-chaves: depressão, qualidade de vida, PRIM-MD

Key words: depression, quality of life, PRIM-MD

INTRODUÇÃO

“Penso que o indivíduo deve finalmente abraçar a própria vida com os próprios braços.”

Arthur Miller

“Nada podes ensinar a um homem, mas podes ajudá-lo a descobrir o que tem dentro de si mesmo.”

Galileu

DEPRESSÃO

A depressão se tornou tão freqüente nos dias de hoje, que está sendo considerada como reação normal no mundo moderno, desde que não interfira nas nossas atividades cotidianas. Mas devemos ter em mente o mal estar e as sensações que acompanham o indivíduo muitas vezes, por toda sua vida, interferindo nos seus relacionamentos sociais, pessoais e levando o indivíduo a ter uma vida improdutiva e insatisfatória sob vários aspectos por não saber que esses sintomas são de depressão.

A depressão está sendo considerada por alguns terapeutas como o mal do século, devido a grande incidência nos atendimentos psiquiátricos.

Devemos levar em conta que todos nós temos momentos de tristeza, dor, desapontamento, assim como momentos de alegria e prazer.

Na condição de ser humano saudável, existe a disposição para enfrentar os problemas e procurar solucioná-los por mais difíceis que sejam. Segundo Lowen “ser incapaz de reagir distingue o estado depressivo de todas as outras condições emocionais. Uma pessoa desanimada recuperará sua fé e esperança quando a situação mudar”, enquanto que na pessoa deprimida, a disposição para reagir está limitada.

A) Histórico

Desde o Antigo Testamento, são relatadas situações de padecimento de homens e mulheres que perderam a esperança.

Hipócrates, o Pai da Medicina (sec. IV a.C.) diferenciou quatro tipos de temperamentos, um deles denominado “melancólico”, que hoje é identificado como depressão. Para Hipócrates, o que definia o humor melancólico seria a conduta química de biles negra. Essa abordagem inicial revela uma visão organísmica do quadro depressivo, segundo o qual o determinante fisiológico do organismo humano é quem estabelece o temperamento do indivíduo (L. Cammer, *Saindo da depressão*, 1978).

Na Idade Média era considerada resultante de uma força mística de alguma entidade misteriosa.

No final do sec. XVIII foram iniciados estudos sobre o tema, por meio de

É preciso ler o texto e fazer os olhos

pesquisas em instituições e hospitais especializados.

B) Sintomas

As definições abaixo indicadas são derivadas de um ponto de vista nosológico psiquiátrico.

A depressão começa com sentimentos comuns de tristeza. É comum que a pessoa deprimida não tenha consciência de seus sentimentos, mas identifica que algo está errado com ela e percebe sensações físicas como aperto no coração, angústia, impaciência, etc.

A depressão varia em intensidade, indo desde uma simples tristeza até um intenso sofrimento e desespero.

Na síndrome depressiva, o indivíduo se sente incapaz, coibido, infeliz e reage de forma pessimista; tem sentimentos de menos valia, desânimo, falta de força para reagir, perda da espontaneidade e fadiga. A pessoa se torna mais lenta, preocupa-se demais com problemas pessoais; alguns se tornam queixosos, outros desconfiados.

Na depressão mais profunda, a pessoa sofre intensa dor mental; sente angústia, desespero, desgosto, raiva, medo agitação e desesperança.

Começa a achar que não deveria ter nascido, tendo às vezes pensamentos suicidas.

Seu relacionamento se torna difícil, refletindo sentimentos de desespero, aflição, sensação de abandono ou rejeição.

Preocupa-se demais com seus pensamentos depressivos, alterando sua capacidade de atenção, concentração e memória, queixando-se às vezes de uma incapacidade de pensar.

A ansiedade é comum na depressão, incluindo ataque de pânico, abuso de álcool e queixas somáticas.

As características clínicas da depressão podem ser agrupadas em quatro esferas:

- **Humor:** deprimido, irritável, preocupação excessiva, sensação de vazio, tristeza, baixo-astral.

- **Cognitiva:** perda de interesse, dificuldade de concentração, baixa auto-estima, pessimismo, indecisão, culpa, ideação suicida, alucinações e delírios.
- **Comportamental:** retardo psicomotor ou agitação, choro, retraimento social, dependência, suicídio.
- **Somática:** distúrbios do sono (insônia ou hipersonia), fadiga, alteração do apetite e/ou peso (aumento ou diminuição), dor, diminuição da libido.

C) Características do Processo Depressivo

A depressão apresenta três aspectos essenciais: intensidade, duração e qualidade.

Intensidade: quanto a intensidade, pode ser leve, moderada ou grave. As leves desaparecem com rapidez, enquanto as moderadas e graves são mais prolongadas e exigem tratamento terapêutico

Duração: pode ser classificada como aguda, recorrente ou crônica. As agudas podem surgir rapidamente, independentemente de causa, e durar apenas uma semana, podendo desaparecer sem tratamento. A recorrente corresponde a uma crise aguda que reaparece a intervalos irregulares intercalados por períodos normais denominados “remissão”. A depressão crônica surge mais regularmente e permanece por um período de tempo indefinido.

Qualidade: pode ser de retardo psicomotor, quando as reações da pessoa tornam-se lentas, e agitada, quando apresenta um estado de excitação geral.

D) Possíveis Causas

Em pesquisa na *internet*, encontramos que a depressão pode ser causada por diversos fatores, isolados ou combinados, incluindo:

- história familiar;
- outras doenças não psiquiátricas, como por exemplo doenças crônicas como

Aids, ou câncer, alterações hormonais (hipotireoidismo);

- alguns medicamentos;
- uso de álcool ou drogas;
- outras doenças psiquiátricas;
- algumas situações de vida, como “estresse” intenso ou uma perda importante.

Muitas vezes a depressão pode surgir mesmo quando tudo está muito bem na vida da pessoa

E) Fatores de Risco

Ainda na mesma fonte, os fatores descritos abaixo estão relacionados com a depressão. Significa que a presença de um ou mais desses fatores na vida da pessoa torna-a mais vulnerável para apresentar depressão. A identificação deles é feita com bases estatísticas. O fato de a pessoa ter ou não esses fatores não determina o surgimento da depressão em sua vida.

Os principais são:

- ser do sexo feminino;
- adultos jovens;
- vida urbana;
- desempregado;
- presença de importante doença física;
- doença afetiva prévia;
- história familiar de depressão;
- perda de uma pessoa importante e próxima nos últimos seis meses;
- solidão;
- falta de satisfação com a vida.

F) Tipos de Depressão

F.1. Classificação (Segundo Mauro Ivan João, 1987)

Depressão endógena

Entendemos por depressão endógena aquela gerada internamente, quando o cérebro e o sistema nervoso se desorganizam por algum motivo e não conseguem funcionar normalmente.

A depressão endógena é resultante de alterações bioquímicas no organismo que

podem ser decorrentes de parto, menopausa, andropausa, infecções, drogas, cirurgia, fadiga ou estresse.

A depressão endógena é determinada pelo esgotamento das reservas de energia (efeitos de fadiga), que favorecem a adaptação gerando desequilíbrio químico no sistema nervoso.

Esse tipo de depressão é comum em pessoas superdedicadas e superprotetoras, preocupadas em resolver todos os problemas, mesmo que não sejam seus, pessoas controladoras e perfeccionistas.

Depressão reativa

É a depressão que aparece como reação a algum fator externo, como por exemplo perda de muito dinheiro, morte de uma pessoa muito querida, mudança no padrão de vida, separação, etc.

Segundo Cammer, “o sentimento de perda é a essência da depressão reativa”.

A intensidade de sintomas é determinada pela personalidade do indivíduo, que poderá ser decorrente de uma condição de imaturidade e desproteção ou uma conduta perfeccionista que não aceita a perda.

O fator que tem revelado grande correlação com os sintomas depressivos é a *dependência*.

Alterações de situação como aposentadoria, separação do casal, mudança de residência ou de trabalho, isolamento e solidão, poderão desencadear depressão.

Depressão neurótica

Também pertence ao grupo das depressões reativas; resulta da falta de adaptação do indivíduo que esgota sua energia por revelar dificuldade ao enfrentar situações.

O termo neurótico indica a condição psicológica de uma pessoa que, embora mantenha contato com a realidade, a percebe de maneira distorcida, filtrada por seus conteúdos internos. No caso do psicótico, há perda de contato com a realidade com delírios e alucinações.

Características de depressão neurótica

Dificuldade de usufruir o momento presente:

São pessoas que vivem no passado esgotando sua energia se defendendo; insegurança é um fator constante. A emoção dominante é o medo de ser rejeitado. Embora queiram se auto-realizar, afastam as pessoas, e a insegurança as conduz à mania de perfeição como defesa.

Componente obsessivo e ansioso:

Presente em indivíduos que desenvolveram personalidade rígida e perfeccionista, julgam-se donos da verdade; tudo deve ser feito à sua maneira. Se algum pensamento é dominado pela obsessão, sua atenção fica alterada e a ansiedade toma conta de sua conduta enquanto não resolver o problema.

Imaturidade psicológica:

É comum encontrarmos sintomas depressivos em pessoas adultas mas psicologicamente imaturas. São pessoas que não param no emprego, não conseguem estudar devido ao baixo nível de motivação ou por se sentirem incapazes.

Componente fóbico:

O medo é outro componente frequente na depressão. Ele conduz a pessoa ao isolamento, provocando sentimentos de derrota, insegurança e menos valia; sente-se limitada para enfrentar as situações.

Depressão e suicídio:

A tentativa de suicídio é muito frequente nas depressões. São pessoas que não sentem mais esperança e apresentam forte sentimento de angústia e tensão. A maioria dos pacientes com depressão que não foram tratados tentará o suicídio pelo menos uma vez.

Para Lowem, “A depressão é uma forma de morte emocional e psicológica” em que o indivíduo perdeu o gosto pela vida e a vontade de viver.

Segundo Lowem, o ato suicida tem origem na motivação inconsciente correspondente a atitudes de autodestruição, interpretadas como uma manobra desesperada para chamar a atenção sobre o desespero da situação.

F 2. Classificação pelo DSM IV

As manifestações depressivas estão incluídas na sessão relativa às desordens de humor (DSM IV, p.318), e está organizada como se segue:

- **Episódios de humor:** episódio depressivo maior, episódio maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco.
- **Desordens depressivas:** desordem depressiva maior, desordem distímica, desordem depressiva não especificada em outras partes.
- **Desordens bipolares:** desordem bipolar I e II, desordem ciclotímica e desordem bipolar não especificada em outra parte.
- **Outras desordens de humor:** desordens de humor devido...(indicar a condição médica Geral), desordem de humor induzida por substâncias, desordem de humor não especificada em outra parte.
- **Características dos mais recentes episódios de humor:** leve, moderada e severa, sem características psicóticas; em remissão parcial, em remissão total. Severa com características psicóticas, em remissão parcial, em remissão total, com características catatônicas ou melancólicas ou atípicas ou pós-parto.

G. Psicodinâmica da Depressão

Segundo Bleischmar (1983), “depressão é denominado habitualmente tanto um quadro caracterizado pela presença de elementos diversos – como: tristeza, inibição psicomotora, auto-acusação,

visão pessimista da vida – quanto a estado afetivo da tristeza.

Quanto à tristeza, diz-se que alguém está deprimido quando falta os elementos que formam uma categoria nosológica que caracteriza como parte dos transtornos de humor ou da afetividade. No entanto pode estar presente a tristeza e não haver inibição predominante; ao contrário, a excitação psicomotora. É o que se vê na depressão ansiosa ou agitada.

Por outro lado, uma pessoa pode auto-acusar-se, estar brava consigo mesma, sem apresentar nem tristeza nem inibição. Além disso, alguém pode não sentir interesse pelo que o rodeia, considerar que é valioso ou suficientemente motivante, revelando deste modo inibição ou abulia.” (p.13).

Ainda segundo Bleischmar (1983), o núcleo da depressão, como estado, não o podemos buscar nem no pranto nem na tristeza nem na inibição psicomotora, pois todos eles podem faltar senão no tipo de idéias que possuem em comum todos aqueles quadros nos quais pelo menos uma destas manifestações está presente. Quando dizemos idéias, não nos referimos aos temas de que se queixam os depressivos e que aparecem nos tratados de Psiquiatria, como as idéias de ruína, de fracasso, de inferioridade, de culpa. Se essas idéias são capazes de produzir depressão é porque todas elas implicam em uma muito definida representação que o sujeito se faz da não-exequibilidade de um desejo em que alcançaria um ideal, ou uma medida com respeito ao qual se sente arruinado, fracassado, inferior, culpado (p.30).

Para Mackinnon (1992), “a depressão refere-se tanto a um sintoma quanto a um grupo de enfermidades que possuem determinados traços em comum.

Como sintoma, a depressão caracteriza-se por um tom afetivo de tristeza acompanhado de sentimentos de desamparo e redução da auto-estima. O indiví-

duo deprimido experimenta sentimentos de segurança ameaçada, falta de capacidade para enfrentar seus problemas e que ninguém pode ajudá-lo. Todos os aspectos da vida: emocional, cognitiva, fisiológica, comportamental, social, podem ser afetados”. (p.150).

Para Zimmerman (1999), que tem uma visão psicodinâmica “uma primeira observação é que, diante do largo espectro clínico dos estados depressivos, torna-se indispensável que se reconheça a distinção que há entre melancolia, luto, tristeza, posição depressiva e depressão, a qual está sempre subjacente às diversas organizações neuróticas e psicóticas da personalidade.

Cada um destes termos designa um estado psíquico próprio e diferenciado entre si.

O conceito de tristeza, indica um estado de humor afetivo que pode estar presente ou não nos estados depressivos.

O luto corresponde a um período necessário para a elaboração da perda de um objeto amado que foi introjetado no ego, sem maiores conflitos.

Melancolia designa que a introjeção do objeto perdido (por morte, abandono etc.) processou-se de forma ambivalente e com conflitos. Essa “sombra do objeto recaído sobre o ego” (Freud, 1927 p.128) pode estar absorvida no próprio núcleo do ego e aí permanecer por toda a vida, assim se constituindo em luto patológico crônico.

Posição depressiva é um termo de Melanie Klein (1934, p.262) que expressa uma constelação de relações objetais e ansiedades que constituem um estado psíquico no qual prevalece a tríade: objeto total (integração das suas partes dissociadas), assunção da responsabilidade e de eventuais culpas, presença de sentimentos de consideração e de intentos de reparação frente aos objetos.

Depressão subjacente às neuroses e psicoses refere-se ao fato de que todo indivíduo, em grau maior ou menor, é

portador de núcleos melancólicos da personalidade. (p.217).

Em Freud (1925), estende-se o entendimento sobre a correlação e os conceitos sobre luto e melancolia. O luto é a reação à perda de um ente querido, ou à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica.

Ainda em Freud (1925), os traços mentais distintos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda de capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição.

Para Freud (1925), no luto verificamos que a inibição e a perda de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho do luto no qual o ego é absorvido. Na melancolia, a perda desconhecida resultará num trabalho interno semelhante, e será portanto responsável pela inibição melancólica. A diferença consiste em que a inibição do melancólico nos parece enigmática porque não podemos ver o que o está absorvendo tão completamente. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego.

Bellak (1980) aponta dez fatores de papel dominante em toda depressão, com base num fundamento psicodinâmico.

1. problemas de auto-estima;
2. superego severo;
3. intra-agressão;
4. sentimento de perda (de amor, de objeto, de posses, de auto-estima);
5. sentimento de desapontamento;
6. sentimento de ter sido decepcionado;
7. necessidade de serem alimentadas, nutridas constantemente;

8. dependência de nutrientes externos para o narcisismo;

9. decação (como mecanismo de defesa que pode estar presente nos estados depressivos);

10. distúrbios nas relações objetais. Dinamicamente, as relações objetais na depressão são normalmente anaclíticas, passiva-dependente, receptiva e ambivalente.

Segundo Lowen “as pessoas que sofrem de depressão têm necessidades orais insatisfeitas, de ser seguradas no colo, experienciar contatos corporais e ser aquecidas. Essas necessidades são chamadas orais porque correspondem àquele período da vida em que as atividades orais dominam a criança.

H) Diagnóstico da Depressão

O diagnóstico da depressão é baseado no reconhecimento de manifestações da doença experimentado pelo paciente.

Os critérios utilizados para este reconhecimento indicam de maneira objetiva as características que um paciente deve apresentar para ser considerado como pertencente a uma determinada categoria de transtorno.

Essas características constituem o chamado quadro clínico composto pelos sintomas, alterações do comportamento presentes numa pessoa acometida de depressão.

Kraepelin descreveu a vivência dos pacientes deprimidos da seguinte maneira:

“O sentimento que predomina nos estados depressivos é em geral uma desesperança pesada e sombria. Sente-se devorado por um autocompadecimento, perdeu toda sua coragem, sente-se abandonado, sem objetivos válidos na vida.

Seu coração parece ser de pedra, nada o alegria. Ao adoecer, sente-se algo além do sentimento de tristeza; sente certa inibição dos sentimentos que contrasta com a facilidade do maníaco para se comover. É justamente essa diminuição da capacidade de se comover, de se alegrar,

a perda do interesse íntimo em relação aos acontecimentos que ocorrem ao seu redor, o que os enfermos vivem mais dolorosamente.

Tudo está vazio e deserto neles, tudo parece igual, nada os interessa, tudo parece sem graça, a música parece uma coisa estranha. Tem a sensação de estar fora do mundo, não podem mais chorar.”

I) Tratamento da Depressão

Em pesquisa na *internet*, encontramos que as três principais modalidades de tratamento para depressão são:

- medicamento antidepressivo;
- psicoterapia;
- medicamento antidepressivo associado à terapia.

Outros tratamentos incluem a eletroconvulsoterapia (ECT) e fototerapia. Pesquisas demonstram que os medicamentos são eficazes na depressão grave, juntamente com a psicoterapia.

Fases do tratamento

A depressão em geral é tratada em duas etapas, segundo a mesma fonte:

- Primeira: tratamento da fase aguda.
- Segunda: tratamento de extensão, que compreende uma fase de continuação e, se necessário, uma de manutenção.

O objetivo do tratamento da fase aguda é a eliminação dos sintomas da depressão. A continuação desse tratamento por alguns meses, mesmo após terem desaparecido todos os sintomas, é importante para evitar que a doença reapareça.

O tratamento de manutenção (no qual o medicamento é mantido por um período longo, durante anos, ou até por toda vida) está indicado nos casos de depressão recorrente, ou seja, quando a pessoa apresentou três ou mais episódios da depressão (separados por intervalos de vários meses ou mais tempo, em que pode se sentir bem, sem sintomas).

Com o tratamento de manutenção, as chances são boas para a pessoa se sentir bem.

Por que a depressão deve ser tratada (*internet*)

Sem tratamento, um episódio de depressão maior pode durar de 6 a 12 meses. Nos intervalos entre os episódios, a maioria das pessoas sente-se melhor ou completamente bem (sem sintomas).

Apesar de algumas pessoas conseguirem superar um episódio de depressão sem tratamento, é muito mais fácil procurar auxílio para aliviar a dor e o sofrimento.

É importante tratar a depressão porque:

- O tratamento precoce pode evitar que a depressão se torne grave ou crônica. Idéias de suicídio são comuns na depressão; o risco de suicídio aumenta quando os pacientes não são tratados e os episódios depressivos se repetem. Quando o tratamento é eficaz, esses pensamentos desaparecem.
- **Nos intervalos entre os episódios, uma em cada quatro pessoas pode apresentar ainda alguns sintomas e dificuldades para executar as atividades diárias. Essas pessoas, se não forem tratadas, têm grande chance de desenvolver outro episódio de depressão.**

É importante mencionar a necessidade do diagnóstico e tratamento da depressão. O que se percebe é que os pacientes são atendidos na sua maioria por profissionais não preparados para essa demanda.

Estudos demonstram que pacientes hospitalares e ambulatoriais que apresentaram comorbidade psiquiátrica usam mais os serviços de saúde, aumentam os custos dos mesmos e produzem menos que os doentes que tem apenas patologias físicas.

As intervenções psiquiátricas têm demonstrado ser clínica e economicamen-

te efetivas; produzem informações relevantes relativas ao tipo de intervenção psíquica necessária, melhorando a estrutura assistencial hospitalar e ambulatorial.

As depressões mais graves, devem ser tratadas preferencialmente com psicofármacos e psicoterapia, melhorando assim a qualidade de vida no âmbito pessoal, social e profissional dessas pessoas.

J) O uso dos Testes Projetivos no Psicodiagnóstico

Pesquisas e trabalhos variados, vem ressaltando as inúmeras possibilidades psicológicas do desenho.

O grafismo, de um modo geral, pode ser usado como *forma de comunicação e como expressão do desenvolvimento geral*, principalmente entre as crianças e como *expressão de psicopatologias*, nas abordagens sobre arte de “doentes mentais” e nas discussões sobre “arte e primitivismo”, segundo Van Kolck.

No contexto psicoterápico, como meio de contato, investigação e tratamento nas diversas abordagens como psicanálise, *gestalt*, análise transacional e pela psicologia analítica (junguiana). O teste do desenho tem sido usado como teste de desenvolvimento mental, de aptidões específicas e no plano da avaliação da personalidade; seu papel é inestimável.

O uso do desenho constitui uma ótima condição para a projeção da personalidade, “possibilitando a manifestação de aspectos que o sujeito não tem conhecimento, não quer ou não pode revelar, isto é, aspectos mais profundos e inconscientes; isso porque, sendo um meio menos usual de comunicação do que a linguagem, tem um conteúdo simbólico menos reconhecido. Além da projeção, mecanismos com o identificação e introjeção podem se manifestar, mas é certo que a *expressão e adaptação* constituem dois importantes processos que tem lugar quando um desenho é produzido” (Van Kolck, 1984).

O desenho da figura humana representa a expressão do eu, ou do corpo no ambiente. Aquilo que é expresso pode ser definido como uma imagem corporal. Esta pode ser considerada o reflexo complexo da autoconsideração, a imagem de si mesmo. (Machover, 1949)

Segundo Machover, o trabalho de desenhar uma pessoa é uma experiência criadora. Os aspectos motores e expressivos são considerados características estruturais e formais do desenho.

A maneira *como* dizemos as coisas graficamente depende de *onde, em que parte da figura* está sendo dito. A distribuição da energia gráfica dá, no desenho, a locação do conflito.

A imagem corporal projetada poderá referir-se aos desejos, a exposição dos defeitos, à compensação desses defeitos ou a combinação dos três fatores. (Machover)

Os testes projetivos oferecem a oportunidade de num curto espaço de tempo obtermos informações sobre diferentes níveis de funcionamento da personalidade, incluindo aspectos de seu mundo interno, como angústias, conflitos, defesas, relações objetais, etc.

Com o desenho da figura humana, pode-se observar a imagem corporal que o sujeito possui de si mesmo, a estrutura psíquica que o constitui e a capacidade do indivíduo orientar-se e conduzir-se em uma situação determinada.

O desenho representa o indivíduo; e a folha de papel, o ambiente.

J1. Estudo dos Aspectos Gerais e Estruturais dos Desenhos

Lourenção Van Kolck (1984) contribuiu para a interpretação dos aspectos expressivos, sumariando os dados de significação dos aspectos gerais e estruturais dos desenhos.

• **Posição da folha:** a folha representa o ambiente, e sua posição indica como o sujeito se coloca nele. O uso da folha

na posição apresentada ou modificação da posição da mesma também são avaliados.

- **Localização na página:** revela a orientação geral do sujeito no ambiente e consigo próprio. Observa-se o centro, 1º., 2º., 3º. e 4º. quadrantes, metades direita e esquerda, superior e inferior, além de outras possibilidades mais raras, como em diagonal na folha.
- **Tamanho em relação à folha:** relação do sujeito com seu ambiente, como reage às pressões, podendo ir desde sentimentos de inadequação e inferioridade até fantasias compensatórias de supervalorização. Os tamanhos podem ser: muito grande, grande, médio, pequeno, muito pequeno, além do normal.
- **Qualidades do grafismo:** indica manifestação de energia, vitalidade, decisão, iniciativa ou emotividade, insegurança e falta de confiança em si. Podem ser: linha grossa, linha média, linha fina, traço contínuo, traço de avanços e recuos, traço interrompido e traço trêmulo.
- **Resistências:** representa atitudes negativistas e de oposição em relação ao desenho. A negação. Tem como significado mais geral, uma intensa inferioridade e medo de arriscar-se. A omissão de uma parte do desenho indica problemas e conflitos em relação a essa parte e ao que ela significa. Além desses, há os chamados aspectos estruturais ou formais específicos de cada desenho. Esses aspectos se referem à forma como o indivíduo reage às colocações do ambiente ou como sente as mesmas; por exemplo, a postura da pessoa diz respeito à estabilidade ou instabilidade.
- **Transparências:** avaliam o julgamento perspectivo da realidade, sejam elas de roupas ou de órgãos internos.
- **Sombreamento:** avaliam os níveis de ansiedade.
- **Outros dados como proporção:** avaliam a harmonia ou desarmonia na per-

sonalidade. Essa avaliação se dá entre as várias partes do corpo na pessoa.

J2. O Simbolismo da Conceito da Figura Humana

A análise de conteúdo constitui o conjunto peculiar do tema. Nesta, os símbolos tem papel preponderante. Em trabalho anterior, Tardivo (1985) enfatiza que a simbologia contida no desenho torna-se significativa quando relacionada ao contexto da história pessoal do desenhista. Importante notar que itens específicos num desenho adquirem validade quando em relação ao desenho como um todo, devendo este ser considerado como elemento abrangente na avaliação diagnóstica.

A propósito da análise de conteúdo, Hammer (1981) assinala que o interesse do sujeito recai sobre a visão subjetiva que ele tem de si mesmo e de seu ambiente, das coisas que ele considera importantes, que enfatiza, e das que ignora.

A primeira estudiosa a analisar desenhos da figura humana com o intuito de medir o *self* projetado foi Karen Machover (1949). Esta autora se baseou na hipótese de imagem corporal para encaminhar suas análises. Acreditava que a figura humana, desenhada pelo indivíduo instruído a “desenhar uma pessoa” relaciona-se intimamente com os impulsos, ansiedades, conflitos e compensações características desse indivíduo. De certa maneira, a figura humana é a pessoa; e o papel, o ambiente. De acordo com essa hipótese, várias sensações, percepções e motivação estão localizadas em certas partes do corpo.

A respeito da imagem corporal, Abraham (1963), após análises profundas sobre esse conceito, concluiu que é uma unidade adquirida e não herdada, podendo ser destruída. Ressalta a presença de um esforço contínuo para dar estrutura a algo dinâmico e que isso se torna mais evidente na adolescência. Como é produto de um organismo vivo

como um todo, qualquer alteração em uma parte deste por uma doença ou mal físico não introduzirá modificações na imagem corporal da referida parte, mas a mudança será geral, pois será resultado de novas relações consigo mesmo e com os outros.

Mas é Hammer (1981) quem estabelece os pressupostos básicos que fundamentam a visão projetiva da figura humana, a seguir:

1. O pressuposto básico é que os desenhos da figura humana são determinados.
2. O desenho da figura humana é determinado por fatores psicodinâmicos nucleares.
3. Esta nuclearidade surge como resultado do conceito de imagem corporal.
4. Embora o desenho da figura humana seja uma combinação de fatores, os caracterológicos podem ser isolados, identificados e quantificados.
5. Os detalhes e as forças que determinam um desenho, são os mesmos que governam os símbolos oníricos, fantasias e deslocamentos somáticos.

J3. Conceitualização dos Testes Projetivos a partir da Teoria das Relações Objetivas – Indicadores Psicopatológicos

A teoria das relações objetivas, com os conceitos teóricos a respeito da estrutura e dinâmica da personalidade e do desenvolvimento, fornece uma importante contribuição ao estudo das técnicas projetivas, sendo esse o fundamento teórico que norteia os estudos clínicos de todas as técnicas projetivas, incluindo-se as técnicas gráficas. Diversos autores se dedicaram a esse estudo, entre os quais Ocampo (1981) e Grassano (1996).

Os testes projetivos oferecem estímulos de estruturação ambígua em que o sujeito necessita apelar para diferentes condutas, sejam verbais, gráficas ou lúdicas.

Observa-se, a partir dessas repostas, sua capacidade para dar forma, organização e sentido emocional a esse aspecto da realidade que o estímulo projetivo representa. Cada produção projetiva é uma criação que expressa o modo de estabelecer contato com a realidade interna e externas, sendo o produto de uma síntese pessoal.

A estória, o desenho é uma criação pessoal. Cada estímulo projetivo põe à prova a capacidade de recriação que se baseia na capacidade reparadora.

Podemos analisar cada desenho como um modelo do tipo de objetos que essa pessoa é capaz de criar.

A hostilidade contra os objetos internos e contra a capacidade de pensamento, união e integração interfere na criatividade, produzindo desenhos com diferentes graus de fracasso na integração, que se evidencia por desarticulação, desagregação, empobrecimento, estereotopia e ausência de vitalidade.

O predomínio de tendências reparadoras se manifesta nos desenhos com características de integração, vinculação, revelando-se mais harmoniosos e organizados.

Segundo Grassano, os testes gráficos adquirem um papel central no psicodiagnóstico, porque são os que detectam com maior precisão os níveis profundos de integração e estruturação. A possibilidade de controle intelectual e disfarce consciente ou inconsciente é menor que nos testes verbais.

Os indicadores desenvolvidos por Grassano investigam as qualidades de produção gráfica nas áreas da personalidade e/ou configurações clínicas neuróticas, psicóticas e psicopáticas. A seguir, os indicadores psicopatológicos.

1. integração do aparato psíquico, desenvolvimento de funções e de discriminação: delimitação do mundo interno e mundo externo; juízo e sentido de realidade; tendências organizadoras e desorganizadoras;

2. desenvolvimento de funções simbólicas: pensamento lógico-abstrato, reparação e sublimação;

Esses indicadores são vistos através de vários aspectos:

Delimitação e relação do objeto gráfico com o mundo externo representado pela folha em branco e outros objetos gráficos:

- a capacidade de conservar a *gestalt*, dentro do adequado tratamento e integração das partes, em relação direta com as conquistas de discriminação do mundo interno e externo e de diferenciação dos distintos aspectos da personalidade;
- plasticidade e movimento *versus* esteotipia e desumanização;
- adequação ou inadequação lógico-formal das figuras gráficas;
- desenvolvimento obtido pelas funções adaptativas de contato com a realidade;
- conquista de noções espaciais: frente, perfil, tamanho, situação e perspectiva.

Grassano cita as áreas de observação para a composição dos testes gráficos. Caráter geral do gráfico. Tratamento da folha em branco.

1. Localização
2. Tamanho
3. Movimento expresso
4. Tipo de traço
5. Distorções, omissões, adições, ênfases.

Apresentaremos os indicadores para depressão e personalidade depressiva apontados por Grassano (1996 p. 226-229).

Na Figura Humana

- Características gerais: figuras débeis, vazias, inseguras e dependentes; pobreza de conteúdo; *gestalt* conservada; predomínio do controle obsessivo (figura organizada e acentuação da linha média).
- Localização na folha: predominância de sentimentos de derrota e fracasso,

quando desenhados na parte inferior da folha; submissão e altas exigências internas, quando desenhados na parte superior e unido a isto, a sensação de “estar no ar” (insegurança); predominância das defesas maníacas. As figuras pequenas sugerem sentimento de menos valia, enquanto as grandes sugerem sentimentos de proteção, ou então, punição e perseguição.

- Movimento e expressão: são representados por figuras sem força, com falta de impulso ou esgotadas.
- Distorções, omissões, adições e ênfase: encontra-se esses aspectos principalmente no rosto e tronco.
- Tipo de traço: débil, inseguro. Pouca diferenciação de mundo interno e externo.
- Pressão do traço: Débil, tênue.
- Direção: para dentro. Continuidade cortada, vacilante; traços curtos e inibidos.

K) Qualidade de Vida

Conceito:

Ciconelli (1997) diz que, tradicionalmente, o conceito de qualidade de vida era delegado a filósofos e poetas; no entanto, atualmente existe um grande interesse por parte dos médicos e pesquisadores em transformá-lo numa medida quantitativa que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos. (Faden & Leplège, 1992; Fritzpatrick et al., 1992; Bowling & Brazier, 1995)

Embora a medicina tenha centrado as avaliações de resultados na perspectiva do médico e na redução da morbidade e mortalidade, é inquestionável a importância de outras perspectivas para se conhecer o real impacto da doença e os objetivos de tratamento.

A preocupação com a avaliação de resultados nos tratamentos já tem pelo menos 50 anos. No início da década de 1980 é que a experiência subjetiva do paciente foi colocada numa base teórica, introduzindo assim o conceito de qualidade de vida.

Durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde tem sido o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença, bem como a monitoração da qualidade das medidas terapêuticas empregadas. (Geiglew & Jones, 1990; Ware, 1992; Ruta et al., 1994; Mchourney & Tavlov, 1995; Bayley et al. 1995. Apud Ciconelli).

Diferentes perspectivas podem averiguar diversas áreas da vida pessoal, como por ex.: estado clínico, funcionamento no dia-a-dia, qualidade de vida, impacto na família, custos, etc.

A avaliação da qualidade de vida tem sido crescente na literatura médica, pois avalia a perspectiva do doente em vários aspectos de sua vida, não só a doença.

Entre 1991 e 1996, o termo qualidade de vida foi citado na Medline 8 136 vezes. Hoje, em 2001, encontramos 264 000 citações, de modo que podemos deduzir a relevância do conceito nos dias de hoje.

A avaliação de qualidade de vida vai além das medidas de sintomas, limitações e disfunções, para incluir a experiência subjetiva das condições de vida. A qualidade de vida representaria o efeito da doença e de seu tratamento sobre a habilidade do paciente de funcionar nas circunstâncias da vida diária.

A Organização Mundial da Saúde, através do Grupo de Qualidade de Vida definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Existe na literatura evidências do comprometimento social e ocupacional relacionado com a depressão. (Weissman e et. al., 1974).

Wells e et al., 1995, no Medical Outcomes Study (MOS), observou que pacientes deprimidos apresentavam limitações em seu funcionamento e bem-estar, poden-

do se igualar e até ultrapassar às causadas por doenças crônicas.

O custo da depressão é difícil de ser calculado sob todos os parâmetros. A invalidez temporária ou permanente, parcial ou total, com declínio da vida pessoal, familiar, social e profissional, constitui um ônus pessoal do paciente e da família. É um gasto enorme para o estado e os serviços de saúde pública.

Devemos mencionar também as perdas indiretas, visto a depressão atingir as pessoas em suas fases mais produtivas e retirá-las de seu ambiente convencional, reduzindo sua participação sobre a economia como um todo.

A busca da quantificação da qualidade de vida está relacionada ao reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença e ao tratamento recebido, resume Ciconelli. (1997).

Nesse sentido, podemos pensar que o tratamento vale a pena quando pode prolongar a vida aliviar a dor, instaurar atividades ou prevenir incapacidade funcional, afirma Ciconelli a partir de vários estudiosos. (Silver & Lembecke, 1990; Wace et al., 1995; Bowling, Guilherme, Briançon, 1997).

O ser humano é um conjunto de fatores, sendo um ser biopsicosocial, e a idéia de saúde está relacionada a eles, influenciando no equilíbrio do indivíduo.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

O objetivo principal desse estudo é investigar a qualidade de vida das pessoas diagnosticadas como depressivas; além disso, pretende investigar a estrutura de personalidade dessas pessoas e as relações com a qualidade de vida das mesmas.

O interesse por esse tema foi despertado por termos observado que algumas pessoas submetidas aos fatores de risco

– como estresse, doenças, perdas, culpa – não desenvolvem depressão, e outras desenvolvem sintomas depressivos.

Assim, esse trabalho, pretende levantar hipóteses do por que ocorrem essas diferenças.

Gostaríamos de contribuir nessa área de investigação apresentando possíveis aspectos relativos ao desenvolvimento da depressão, mal que acomete tantas pessoas.

MÉTODO

ESTUDO DE CASO

O método que será adotado no desenvolvimento desta pesquisa será o clínico, estudo de caso, que é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento.

Segundo Goode e Hatt (1968), o caso se destaca por se constituir uma unidade dentro de um sistema mais amplo. O interesse portanto incide naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações. Quando queremos estudar algo singular, que tenha um valor em si mesmo, devemos escolher o estudo de caso.

O estudo de caso é considerado uma metodologia qualitativa, pois se desenvolve numa situação natural, é rico de dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

SUJEITOS

Sexo dos sujeitos: temos cinco pessoas, sendo quatro mulheres e um homem.

Idade dos sujeitos: Temos uma mulher com 38, uma com 45, um homem com 53, uma mulher com 54 e outra com 57 anos.

Estado civil dos sujeitos: temos 3 mulheres casadas, 1 viúva e 1 homem solteiro.

Profissão dos sujeitos: Temos 2 mulheres domésticas, uma costureira, uma operadora de *telemarketing* e 1 homem analista da bolsa de valores.

Nível de escolaridade: Temos uma mulher com Primeiro Grau incompleto, 2 com Primeiro Grau completo, uma com Segundo Grau completo e um com Terceiro Grau incompleto.

INSTRUMENTOS

Foram usados três instrumentos para avaliação no presente estudo, dois deles são objetivos como o PRIME-MD, que avalia sintomas de depressão, o SF-36, que avalia a qualidade de vida e o desenho da figura humana, um teste projetivo que será utilizado para averiguar os aspectos da estrutura de personalidade das pessoas com depressão.

1. PRIME-MD – Módulo de humor

O PRIME foi desenvolvido por Robert L. Spitzer, MD (1997); Janet B. W. Williams; DSW, Kurt Kroenk, MD; et al. e subscrito por um fundo educacional irrestrito da Pfizer Inc.

Biomatrix Research Department Psychiatric Institute e foi traduzido para o português por dr. Renério Fraguas Jr. e dr. Sérgio G. Henriques Jr.

O PRIME é um processo de investigação que facilita o reconhecimento rápido e acurado e diagnóstico de distúrbios mentais mais comumente vistos em adultos em serviços de atenção primária.

Os dados são obtidos através do fornecimento de questões padronizadas que focam diretamente sintomas-chaves diagnósticos e pelo uso de um modelo de árvore de decisões que facilita o diagnóstico diferencial. Depois de ler o manual de instruções e usar o sistema PRIME-MD com poucos pacientes, o médico de atenção primária deverá ser capaz de avaliar a maior parte dos pacientes em 5 a 10 minutos.

Os diagnósticos do PRIME-MD são baseados nos critérios diagnósticos con-

tido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, quarta edição (DSM-IV).

O PRIME-MD tem dois componentes. O primeiro é o Questionário do Paciente (QP), que consiste em 25 questões que o paciente responde antes de ser atendido pelo clínico. O segundo componente é o Guia de Avaliação Clínica (GAC), que é dividido em 5 módulos cobrindo transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtorno de dependência.

Neste estudo, será aplicado somente o módulo de humor que é usado para diagnóstico de depressão.

A seguir será descrito o PRIME-MD módulo de humor.

Esse módulo começa com questões considerando nove sintomas característicos do Distúrbio Depressivo Maior. Se cinco ou mais destes sintomas são assinalados “sim”, o diagnóstico de Distúrbio Depressivo Maior é feito. Se não, considerar Remissão Parcial de Distúrbio Depressivo Maior, então Distímia, finalmente, se distúrbio depressivo não foi diagnosticado, considerar distúrbio depressivo menor.

Se a resposta do paciente à questão 16 a respeito de ter recebido Lítio ou ter sido diagnosticado como maníaco-depressivo sugere a possibilidade de Distúrbio Bipolar, então R/O Distúrbio Bipolar deve ser *adicionado* ao diagnóstico de distúrbio depressivo que já tenha sido feito. Apesar de menos comum, Distúrbio Bipolar é importante de se reconhecer porque geralmente requer tratamento diferente de outros distúrbios de humor.

O último item do Módulo de Humor, a questão 17, pergunta ao clínico se uma desordem física, medicação ou outra droga é biologicamente causadora de sintomas de depressão. Exemplos de possíveis agentes etiológicos incluem hipotireoidis-

mo, alguns distúrbios de sistema nervoso central (acidente cerebrovascular, doença de Parkinson), medicações anti-hipertensivas e uso de alucinógenos. Se a resposta à questão é “sim” ou “incerto”, o diagnóstico adicional de Distúrbio Depressivo R/O devido à Distúrbio Físico, medicação ou outras drogas é feito.

Será descrita entre as desordens depressivas a Depressão Maior.

Depressão Maior – Episódio simples apresenta cinco ou mais das seguintes características:

1. sentimento de tristeza e vazio;
2. diminuição do interesse a prazer em tudo;
3. significativa diminuição de peso (sem dieta), ou ganho de peso, aumento ou redução do apetite;
4. insônia ou hipersonia;
5. agitação psicomotora ou lentificação;
6. fadiga ou diminuição da energia;
7. sentimento de perda ou culpa excessiva;
8. diminuição da capacidade de pensar e se concentrar, indecisão;
9. idéias recorrentes de morte e suicídio.

2. SF- 36 – Escala de Avaliação de qualidade de vida

A escala de avaliação da capacidade funcional foi adaptada da escala de função física dos estudos de avaliação de saúde (MOS). Ela avalia tanto a presença quanto a extensão das limitações.

As escalas de avaliação dos aspectos físicos e emocionais foram baseadas nas escalas do SF-20, mas avaliam também o quanto as limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades diárias do paciente.

A escala de avaliação de dor foi baseada numa questão do SF-20 sobre a intensidade da dor, com mais um item adicionado consegue-se medir sua extensão e interferência nas atividades diárias do paciente.

As questões de avaliação do estado geral de saúde foram reproduzidas do

questionário General Health Rating Index (GHRI).

As escalas de avaliação dos aspectos sociais tenta analisar a integração do indivíduo em atividades sociais definindo diferentes níveis de atividade social.

Os itens de avaliação de saúde mental incluem questões sobre ansiedade, depressão, alteração de comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico.

O SF-36 inclui também uma questão de avaliação da saúde do paciente no último ano, muito importante para conhecer sua doença.

Para avaliação dos resultados, após a aplicação é dado um escore para cada questão, que são transformados numa escala de 0 a 100, onde o zero corresponde ao pior estado de saúde, e 100 ao melhor.

3. Desenho da Figura Humana

Hammer (1981), quando enfatiza os aspectos dos desenhos projetivos, ressalta que os músculos de um indivíduo são muitas vezes a expressão psicomotora mais eloquente que palavras, por isso a importância de se avaliar os aspectos gerais e estruturais dos desenhos produzidos como reveladores de dados da estruturação da personalidade do indivíduo. Principalmente para os adultos, os movimentos expressivos evidenciam seus padrões expansivos ou agressivos ao lidar com o espaço do papel possibilitando assim o conhecimento de camadas defensivas encobrindo suas necessidades básicas.

O desenho da figura humana é parte integrante do HTP, uma técnica projetiva muito pesquisada, sendo muito utilizada na clínica psicológica, por permitir a projeção de aspectos mais regredidos do ego no desenho da casa, sua estrutura no desenho da árvore, e aspectos mais atuais e de relacionamento no desenho da figura humana.

Segundo Hammer, o conceito da pessoa é mais carregado de experiências emocionais do indivíduo. Tal conclusão foi tomada por importantes autores e estudiosos das técnicas projetivas como Machover (1949, 1950) e Buck (1948).

PROCEDIMENTOS

Os sujeitos foram submetidos a aplicações individuais dos testes.

O primeiro a ser aplicado foi o PRIME-MD, módulo de humor para diagnosticar se o paciente estava com depressão. Esse foi o critério de inclusão utilizado. Em seguida, foram feitas aplicações individuais do SF-36, e o desenho da figura humana de forma auxiliada.

Avaliação:

Os desenhos foram avaliados seguindo um roteiro previamente estabelecido de alguns aspectos gerais do desenho, segundo denominações de Lourenção Van Kolck (1984) e Hammer (1981).

Avaliação do Desenho da Figura Humana:

Aspectos Gerais:

Localização: Centro, 1º., 2º., 3º., 4º. quadrantes, metade superior, metade inferior, esquerda, direita, folha toda.

Tamanho: muito pequeno, pequeno; médio ou normal; grande, muito grande.

Posição da folha: horizontal ou vertical.

Qualidade do grafismo: linha grossa, média, fina e outras. Traçado contínuo, interrompido, trêmulo, avanços e recuos.

Aspectos estruturais e de conteúdo:

Esses aspectos se referem à forma como o indivíduo reage as colocações do ambiente ou como sente as mesmas.

Transparências: avalia julgamento perspectivo da realidade.

Sombreado: avaliam os níveis de ansiedade.
 Proporção: avaliam harmonia ou desarmonia entre as partes do corpo.

Pessoa

GESTALT (conservada ou distorcida);
 SEXO DA FIGURA
 (masculino ou feminino);
 ASPECTOS (partes da figura);
 DIMENSÕES (1 ou 2);
 PROPORÇÃO
 (adequada, inadequada);
 ROUPAS
 (presença, quais, ou ausência);
 OMISSÕES (partes omitidas);
 PERSPECTIVA
 (frente, perfil ou confusa);
 MOVIMENTO
 (presença ou ausência).

O SF-36 foi avaliado conforme tabela de avaliação do mesmo, traduzida e validada para o nosso meio por Cicconelli (1997).

O PRIME-MD foi avaliado conforme instruções do material traduzido para o português por dr. Renério Fraguas Jr. e dr. Sergio G. Henriques Jr.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caso 1 – R.T.A.

R. tem 38 anos. É casada. Tem dois filhos. Sua instrução é Primeiro Grau completo, é doméstica. Tem hipotireoidismo e só começou a se tratar há um ano, quando descobriu a doença. Juntamente com isso, apareceram os sintomas de depressão.

Abaixo estão os resultados obtidos após a avaliação do SF-36.

Capacidade funcional.....40
 Aspectos físicos..... 0

Dor.....31
 Estado geral de saúde.....52
 Vitalidade.....45
 Aspectos sociais.....75
 Aspecto emocional..... 0
 Saúde mental.....68

Na capacidade funcional apresentou como resultado 40, demonstrando comprometimento na eficiência dessa área.

Nos aspectos físicos o resultado foi zero, o pior escore, demonstrando um sério comprometimento nessa área, com muitos prejuízos para sua vida.

No aspecto dor, obteve 31 como resultado, demonstrando um alto grau de comprometimento.

No estado geral de saúde, obteve como resultado 52, porém ainda insatisfatório, demonstrando comprometimento.

Nos aspectos vitalidade, teve 45 de pontuação, demonstrando que a energia despendida nas atividades encontra-se bastante diminuída.

No aspecto emocional, obteve resultado zero, novamente o pior escore do inventário, demonstrando um grande prejuízo nessa área, igualando-se aos aspectos físicos.

Na saúde mental apresentou 68 de resultado, um item onde apresenta comprometimento relativo.

Na avaliação do desenho da figura humana desta paciente, pudemos observar os seguintes indicadores de depressão:

- Desenho com localização à esquerda, tamanho médio, apresentando traço fino na vertical da folha.
- Apresenta *gestalt* conservada, é do sexo feminino, com acentuação da linha média com um cinto. Os braços estão para trás com omissão das mãos. A figura está de frente e não apresenta movimento.
- A acentuação da cintura representa traço obsessivo-compulsivo, no intuito de controlar os impulsos sexuais.

- A omissão das mãos está relacionado com dificuldade de lidar e manipular as situações de vida, o que sugere problemática nesse aspecto.
- No desenho dos olhos, as pupilas estão quase imperceptíveis, denotando dificuldade em lidar com a realidade.
- A franjinha na testa demonstra domínio dos impulsos sexuais sobre os intelectuais, reforçando o que foi observado anteriormente na acentuação da linha da cintura.

No desenho dessa paciente foram observados através dos indicadores psicopatológicos, que apresenta dificuldades em lidar e manipular situações da vida, denotando dificuldade em lidar com a realidade.

Caso 2 – T.J.T.

T. tem 45 anos, é do sexo feminino, desquitada, tem duas filhas, sua instrução é Segundo Grau completo. Sua profissão é operadora de *telemarketing*, mas está desempregada atualmente e queixa-se de dores na coluna e insuficiência coronariana.

Serão apresentados abaixo os resultados da avaliação do SF-36.

Capacidade funcional.....	5
Aspectos físicos.....	0
Dor.....	10
Estado geral de saúde.....	77
Vitalidade.....	5
Aspectos sociais.....	25
Aspecto emocional.....	0
Saúde mental.....	32

Na capacidade funcional apresentou um resultado 5, muito baixo, o que demonstra ter sua capacidade funcional gravemente prejudicada.

Nos aspectos físicos apresentou como resultado zero, o pior escore, o que podemos deduzir que fisicamente se encontra muito comprometida.

No aspecto dor, obteve resultado 10, muito baixo também, o que demonstra, pelo que podemos deduzir, uma péssima qualidade de vida.

O aspecto vitalidade, encontra-se também muito abaixo da média, demonstrando grande falta de energia para funcionar.

Os aspectos sociais somaram 25, resultado muito baixo também, com comprometimento nas relações sociais.

No aspecto emocional, novamente apresentou escore zero, como nos aspectos físicos, o pior na avaliação do teste, demonstrando uma grande relação entre os prejuízos dos aspectos relacionados anteriormente e o aspecto emocional.

Na saúde mental obteve como resultado 32, apresentando grande comprometimento também.

O desenho da figura humana apresenta localização na metade superior esquerda, na posição vertical, tamanho pequeno, traço fino com avanços e recuos.

Apresenta figura estereotipada e inadequada, todo o desenho do corpo sombreado, indicando ansiedade e apresentando desproporção entre a cabeça e o resto do corpo. Apresenta uma imagem corporal distorcida e indica um desequilíbrio da personalidade.

No desenho, a *gestalt* mostra-se comprometida, representando o tronco e os membros apenas com traços e desproporcional em relação à cabeça. Apresenta ausência de roupas e das pupilas dos olhos.

A figura está de frente mas não apresenta movimento. Há sinais de angústia.

Pudemos observar nesse desenho, através dos indicadores psicopatológicos, que a paciente apresenta grande sentimento de insegurança, inadequação, sentindo-se no ar, sem apoio. Foi observado também grande dificuldade de lidar e manipular as situações da vida, insegurança no caminhar e no estar no mundo, constrição e dependência

Caso 3 - D.R.N.

D. tem 53 anos, é do sexo masculino, solteiro e tem o Terceiro Grau incompleto. Trabalha como analista na bolsa

de valores. Queixa-se de dores nas costas e nos ombros.

Apresentamos abaixo, os resultados do SF-36:

Capacidade funcional.....	75
Aspectos físicos.....	50
Dor.....	84
Estado geral de saúde.....	77
Vitalidade.....	25
Aspectos sociais.....	50
Aspecto emocional.....	17
Saúde mental.....	40

Na avaliação dos resultados do SF-36, pudemos observar que D. apresenta menos prejuízo que os outros pacientes, mas encontra-se prejudicado nos aspectos emocional, vitalidade e saúde mental.

Na capacidade funcional, obteve resultado 75, não apresentado muito comprometimento.

Nos aspectos físicos, teve resultado 50, valor que se encontra na média.

No aspecto dor, apresentou resultado 84, não denotando muitos prejuízos nesse aspecto.

No aspecto geral da saúde, obteve resultado 77, demonstrando que, no geral, sua saúde está relativamente bem.

Nos aspectos sociais, teve como resultado 50, demonstrando comprometimento relativo nas relações sociais.

Na saúde mental deu resultado 40, resultado que mostra relativo prejuízo nessa área.

No desenho da figura humana observamos os seguintes indicadores de depressão:

- Localização na parte inferior da folha, no lado esquerdo, com tamanho médio, traçado trêmulo, está na posição vertical, de frente e não apresenta movimento.
- Apresenta *gestalt* preservada mas com abertura na parte inferior, em uma das pernas. Apresenta distorções nas mãos, e o cabelo apresenta um lado mais comprido que o outro e os pés estão pouco definidos.

- O desenho na parte esquerda inferior, demonstra sentimentos de insegurança e inadequação.
- Braços e mãos denotam frustração, falta de ambição e confiança na própria produtividade; sentimento de fraqueza no manipular o ambiente, inadequação no contato.
- Distorções nos pés apresentam insegurança no caminhar e no estar no mundo.
- Os cabelos estão relacionados à esfera da sexualidade; neste caso, estão mais compridos de um lado (feminino) e mais curto do outro (masculino), ao que deduzimos apresentar conflito ou ambivalência sexual.
- Boca do tipo palhaço demonstra desejo de obter aprovação; afeto não apropriado.
- A figura aberta indica falta de vontade e de disposição para atividades, encontrados como indicadores presentes nos quadros depressivos.

O desenho mostra mais prejuízos que o SF-36. Esse paciente se encontra em tratamento psicoterápico exclusivamente (não-medicamentoso).

Pode-se pensar nos resultados menos comprometidos no SF-36, como resultado desse tratamento.

Houve uma melhora nos sintomas, o que o SF-36 demonstrou; no entanto, como o desenho se refere a aspectos mais estruturais, nota-se sinais de depressão. Por outro lado, há uma *gestalt* relativamente conservada.

Os resultados nos testes confirmam observações feitas na clínica com esse paciente. Apresenta problemas de afetividade, tendo demonstrado melhora na sintomatologia depressiva.

Caso 4 – I.S.O.

Esta paciente tem 54 anos, do sexo feminino, viúva, doméstica, tendo de instrução o Primeiro Grau incompleto.

Após a morte do marido, desenvolveu sintomas de hipertensão e depressão

graves, com traços psicóticos, ficando internada dois meses na Psiquiatria do Hospital das Clínicas.

Apresentamos abaixo os resultados do SF-36.

Capacidade funcional.....	55
Aspectos físicos.....	50
Dor.....	100
Estado geral de saúde.....	47
Vitalidade.....	35
Aspectos sociais.....	25
Aspecto emocional.....	34
Saúde mental.....	36

Na avaliação dos resultados do SF-36, apresenta praticamente todas as áreas da vida muito comprometidas, à exceção de dor.

Na capacidade funcional obteve resultado 55, demonstrando grande comprometimento.

Nos aspectos físicos teve resultado 50, demonstrando que seu estado físico encontra-se comprometido.

No aspecto dor, o resultado foi 100, sendo o melhor escore, não apresentando nenhum comprometimento.

No estado geral de saúde, teve um escore baixo, 47, demonstrando um estado geral de saúde insatisfatório.

No aspecto vitalidade obteve resultado 35, demonstrando grande falta de energia para realizar qualquer atividade, necessitando grande esforço.

Nos aspectos sociais, o resultado 25, denota grande dificuldade de se relacionar socialmente.

O aspecto emocional, com soma 34, demonstra estar muito comprometido.

No aspecto saúde mental, deu resultado 36, encontrando-se muito comprometida.

No desenho da figura humana, foram encontrados os seguintes indicadores de depressão:

- Localização do desenho no lado esquerdo da folha, tamanho pequeno, linha média, na posição vertical.
- Apresenta *gestalt* distorcida, com braços e pernas desproporcionais e formas

anômalas, o que denota desequilíbrio na personalidade.

- Estão presentes distorções na cabeça, onde observa-se orelhas grandes, com ausência de cabelos, da boca e das pupilas dos olhos.
- Nas distorções observadas, a ausência de cabelo indica sentimentos de impotência, passividade ressentida.
- Os olhos em círculo denotam adultos retrógrados, e a ausência de pupilas demonstra que o mundo é percebido vagamente, com dificuldade de identificar a realidade.
- Orelhas grandes indicam indivíduo suscetível a ofensa e resistente à autoridade, e pode indicar também persecutoriedade.
- Omissão do pescoço significa libertação ou perda de controle e desamparo perante os impulsos que assaltam o sujeito; imaturidade.
- Ausência da boca: culpabilidade em relação à agressão oral, com tendências sádicas, encontrada em indivíduos patologicamente deprimidos.

De forma geral o desenho apresenta-se muito comprometido.

Caso 5 – E.P.D.

E. tem 57 anos, do sexo feminino, casada, costureira, com instrução de Primeiro Grau. Queixa-se de muitas dores no corpo, devido à artrite psoriática. Depois do aparecimento dessa doença, encontra-se muito limitada, não podendo mais trabalhar.

Apresentamos abaixo os resultados obtidos na avaliação do SF-36:

Capacidade funcional.....	20
Aspectos físicos.....	0
Dor.....	22
Estado geral de saúde.....	70
Vitalidade.....	25
Aspectos sociais.....	38
Aspecto emocional.....	0
Saúde mental.....	52

Na avaliação dos resultados, podemos observar que praticamente todas as

áreas da vida estão comprometidas, exceto estado geral de saúde.

Na capacidade funcional, o resultado 20 demonstra grande dificuldade para funcionar.

Nos aspectos físicos, obteve resultado zero, o pior escore da tabela, o que denota estar seriamente comprometida fisicamente.

No aspecto dor, o resultado é 22, apresentando grande comprometimento.

De vitalidade, com resultado 25, demonstra baixa energia para exercer as atividades diárias.

Os aspectos sociais também estão muito comprometidos, apresentando um resultado 38.

O aspecto emocional também apresentou o resultado zero, o pior escore, o que denota grave comprometimento emocional.

Na saúde mental obteve como resultado 52, apresentando comprometimento também nessa área.

No desenho da figura humana, foram encontrados os seguintes indicadores de depressão:

- Localização do lado esquerdo da folha, na parte superior, com tamanho pequeno, linha média e com traço interrompido.
- Apresenta *gestalt* relativamente conservada, com distorções no cabelo, no rosto, mãos e pernas. Apresenta proporção inadequada nas mãos, pernas e pés. A figura está de frente inclinada para a esquerda.
- A localização do desenho demonstra sentimento de insegurança, sentindo-se no ar, desprotegida, denotando desequilíbrio.
- As pupilas demonstram penetrante cautela e limitado campo de visão.
- As orelhas grandes denota indivíduo suscetível à ofensa e resistente a autoridade.
- Os cabelos desordenados denotam desordem sexual, sensibilidade primitiva.

- A omissão do pescoço significa libertação ou perda do controle, desamparo perante os impulsos.
- Os braços denotam urgência de participação social. As mãos e os dedos demonstram agressividade.
- As pernas indicam sentimentos de deficiência ou declínio.

Em seu aspecto geral a figura mostra inadequação e desarmonia, denotando sérios prejuízos na personalidade.

CONCLUSÃO

Como considerações finais, podemos dizer que atingimos os objetivos que tínhamos ao fazer esse estudo.

Os cinco casos, apresentaram prejuízos nos dois instrumentos.

No SF-36, onde são investigados os aspectos mais conscientes e manifestos, os que estão mais prejudicados são:

- Capacidade funcional
- Aspectos físicos
- Vitalidade
- Aspectos emocionais

Os resultados dos SF-36 confirmam que a depressão interfere, de fato, muito na qualidade de vida das pessoas em vários aspectos.

No desenho, onde se pode observar os aspectos mais latentes e inconscientes, dão sinais de depressão, prejuízos no equilíbrio da personalidade, nos aspectos afetivos e maneira de contato.

Podemos concluir que pacientes com doenças físicas demonstram sofrimento mental e necessitam atendimento psicofarmacológico e psicoterápico.

Isso vem reforçar a importância da abordagem multidisciplinar no Hospital. O trabalho do psicólogo pode contribuir enormemente para a melhora da qualidade de vida dos pacientes que, além do sofrimento físico, manifestam também grande sofrimento mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellak, L. (1980). *Brief psychoanalytic psychotherapy of nonpsychotic depression*.
- Ciconelli, R.M. (1997). Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida “Medical outcomes study 36 - item short-form health survey (SF-36)”. Tese de Doutorado em Medicina. Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina).
- Fráguas Jr., R. & Figueiró, J.A.B. (2001). *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas*. São Paulo: Ateneu.
- _____. & Fleck, M.P. A. *Avaliação de Qualidade de Vida*. (cap. 4)
- _____. & Furlaneto, L. *Diagnóstico*. (cap. 2)
- Grassano, E.P. (1996). Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- João, M.I. (1987). *Depressão, síndrome da dependência psicológica*. São Paulo: EPU.
- Kolck, O.L. van. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Lowem, A. (1983). *O corpo em depressão: as bases da fé e da realidade*. São Paulo: Sumus.
- Ludcke, M.A & Marli, E.D. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

REFERÊNCIAS NA INTERNET

Depressão:

www.marlytocantins.com.br/depressao

Depressão – a doença do século:

www.consultoriopsi.hpg.ig.com.br/depressao

Termo de Consentimento

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP
II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR:
A PSICOLOGIA EM ESPECIALIDADES MÉDICAS**

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____ SEXO: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/_____
ENDEREÇO _____ Nº _____ APTO _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
CEP: _____ TEL.: DDD() _____ CEL: _____

II – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO PESQUISADO

As suas respostas a esta entrevista nos ajudará a estudar sobre a “Qualidade de Vida e Depressão” e ajudará a compor a elaboração da monografia. Nesta entrevista caso o (a) Sr.(a) concorde, apenas responderá perguntas a respeito de seu estado emocional, de seus sentimentos, de sua saúde e de como vive.

III – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO A PESQUISA:

O (a) Sr. (a), poderá Ter acesso, quando quiser, à qualquer informação sobre o andamento, relacionado à pesquisa, inclusive para eventuais dúvidas.

O (a) Sr.(a) tem total liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

O (a) Sr. (a) tem garantia de confidencialidade, sigilo e privacidade do que relatar aqui.

IV – INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONES DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA.

**HELENA RUBIO
PSICÓLOGA
CRP 06/56324-0**

**Alameda Itapecuru, 282, Apto. 31 B
Alphaville – Barueri – São Paulo – Cep – 06454-080
Tef.: (11) – 4191-12-86 Cel.: 9172-77-44**

V – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e Ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa monográfica.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Helena Rubio
CRP 06/56324-0

Prime – MD – Módulo de Humor

DEPRESSÃO MAIOR Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas quase todos os dias?		
1. Dificuldade para começar a dormir ou continuar dormindo, ou dormindo demais?	SIM	NÃO
2. Sentir-se cansado ou tendo pouca energia?	SIM	NÃO
3. Pouco apetite ou comendo demais?	SIM	NÃO
4. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas?	SIM	NÃO
5. Sentindo-se "para baixo", deprimido ou sem esperança?	SIM	NÃO
6. Sentindo-se mal em relação a você mesmo – ou que você é um fracasso ou tem estado ou deixado sua família "para baixo"?	SIM	NÃO
7. Dificuldade em se concentrar em coisas, como ler um jornal ou assistir televisão?	SIM	NÃO
8. Estar o mais inquieto ou irrequieto do que era movimentando-se além do usual? Se não: E o oposto – movimentando-se ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado? Considere Sim se Sim à uma das questões ou se durante a entrevista foi observado retardo ou agitação psicomotora.	SIM	NÃO
9. Nas últimas 2 semanas, você tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira? Se Sim: Fale-me à respeito.	SIM	NÃO
10. Existem 5 ou mais respostas Sim de #1 a #9 (um dos quais para #4 ou #5)?	SIM Distúrbio Depressivo Maior vá para #12	NÃO
REMISSÃO PARCIAL DE DEPRESSÃO MAIOR 11. Houve uma época quando você era muito mais "para baixo" ou deprimido(a), ou ainda tinha menos interesse ou prazer em fazer as coisas? Se Sim: Naquela época, você teve muitos dos problemas que eu acabei de lhe perguntar, como dificuldade para adormecer, para se concentrar, sentindo-se cansado, pouco apetite, pouco interesse pelas coisas? Considere Sim apenas se, no passado, o paciente provavelmente tivesse 5 dos sintomas #1 a #9 e reconhece na atualidade algum humor depressivo, pouco interesse ou pouco prazer.	SIM Remissão parcial de transtorno depressivos maior	NÃO
DISTÍMIA 12. Durante os dois últimos anos, você frequentemente tem se sentido "para baixo" ou deprimido, ou teve pouco interesse ou prazer para fazer as coisas? Considere Sim apenas se também for Sim para: Foi assim mais da metade dos últimos 2 anos?	SIM	NÃO vá para #14
13. Nos últimos 2 anos, isso tem frequentemente dificultado você a fazer o seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou conviver com outras pessoas.	SIM Distímia vá para #16	NÃO
DEPRESSÃO MENOR 14. Foi diagnosticado Depressão Maior (incluindo remissão parcial) em #10 a #11?	SIM vá para #16	NÃO
15. As respostas foram Sim em 2 ou mais questões em #1 a #9 (uma das quais é #4 ou #5)?	SIM Transtorno Depressivo Menor	NÃO Saída
BIPOLAR 16. Alguma vez um médico lhe disse que você tinha transtorno maníaco-depressivo, um transtorno do humor ou era bipolar, ou lhe prescreveu Lítio? Se Sim: Quando foi? Você sabe por que?	SIM Adicione R/O Transtorno Bipolar	NÃO
DEPRESSÃO DEVIDO A UMA DOENÇA FÍSICA, MEDICAÇÃO OU OUTRAS DROGAS. 17. Os sintomas depressivos atuais decorrem provavelmente de efeitos biológicos de uma doença física, medicação ou outra droga?	SIM ou em DÚVIDA Adicione R/O Transtorno Depressivo Menor devido a uma doença física, medicação ou outras drogas Saída	NÃO Saída

SF-36 – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE	
<p>Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.</p>	
<p>1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)</p> <p>Excelente1</p> <p>Muito boa2</p> <p>Boa3</p> <p>Ruim4</p> <p>Muito Ruim5</p>	
<p>2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)</p> <p>Muito melhor agora do que a um ano atrás1</p> <p>Um pouco melhor agora do que a um ano atrás2</p> <p>Quase a mesma de um ano atrás3</p> <p>Um pouco pior agora do que há um ano atrás4</p> <p>Muito pior agora do que há um ano atrás5</p>	

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim, Dificulta muito	Sim, Dificulta um pouco	Não, Não difíceis de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar marfimetos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, apertar-se ou distrai-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Tive dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado, como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma1

Ligeiramente2

Moderadamente3

Bastante4

Extremamente5

7. Quanto dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma1

Muito leve2

Leve3

Moderada4

Grave5

Muito grave6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma1

Um pouco2

Moderadamente3

Bastante4

Extremamente5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de energia, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido agitado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

(circule um)

Tudo o tempo 1
A maior parte do tempo 2
Alguma parte do tempo 3
Um pequena parte do tempo 4
Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definivamente falso
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão sensível quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Pontuação do questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1=> 5,0 2=> 4,4 3=> 3,4 4=> 2,0 5=> 1,0
02	Soma Normal
03	Soma Normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1=> 5 2=> 4 3=> 3 4=> 2 5=> 1
07	1=> 6,0 2=> 5,4 3=> 4,2 4=> 3,1 5=> 2,2 6=> 1,0
08	Se B=>1 e 7=> 1 *****>>>>> 6 Se B=>1 e 7=> 2 a 6 *****>>>>> 5 Se B=>2 e 7=> 2 a 6 *****>>>>> 4 Se B=>3 e 7=> 2 a 6 *****>>>>> 3 Se B=>4 e 7=> 2 a 6 *****>>>>> 2 Se B=>5 e 7=> 2 a 6 *****>>>>> 1 Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão é passa a ser o seguinte: 1=> 6,0 2=> 4,75 3=> 3,5 4=> 2,25 5=> 1,0
09	a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade= a+b+g+h Saúde mental= b+c+d+h+h
10	Soma Normal
11	a, c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

Cálculo do Raw Scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i)	10,30	20
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7+6	2,12	10
Estado Geral de Saúde	1+ 11	6,26	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos Sociais	6+10	2,16	8
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5,30	26

Raw Scale:
Ex: Item = [Valor obtido - Valor mais baixo] x 100 / Variação
Ex: Capacidade funcional = 21 Valor mais baixo = 10 Ex: $\frac{21-10}{20} \times 100 = 55$
Variação = 20
Obs. A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios

Dados Perdidos:
Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média

Desenhos da Figura Humana

Caso 1 – R.T.A.



Caso 2 – T.J.C.



Caso 3 – D.R.N.



Caso 4 – I.S.O.



Caso 5 – E.P.D.

