

Universidade Católica de Goiás
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia
Mestrado em Psicologia
Área de Concentração: Processos Clínicos

**DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO NUMA
PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICO/EXISTENCIAL,
ATRAVÉS DO PMK, DO CET-DE E DA ENTREVISTA:
um estudo de caso.**

Luciana Teixeira Fernandes

Goiânia
Fevereiro de 2007

Universidade Católica de Goiás
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia
Mestrado em Psicologia
Área de Concentração: Processos Clínicos

**DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO NUMA
PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICO/EXISTENCIAL,
ATRAVÉS DO PMK, DO CET-DE E DA ENTREVISTA:
um estudo de caso.**

Luciana Teixeira Fernandes

Dissertação apresentada
como requisito parcial para
obtenção do Título de Mestre em
Psicologia, sob orientação do Prof.
Dr. Saturnino Pesquero Ramón.

Goiânia
Fevereiro de 2007

F363d Fernandes, Luciana Teixeira.
Diagnóstico da depressão numa perspectiva
fenomenológico/existencial , através do PMK, do CET-DE e da
entrevista : um estudo de caso. – 2007.

87 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás,
Mestrado em Psicologia, 2007.

“Orientação: Prof. Dr. Saturnino Pesquero Ramón”.

1. Depressão. 2. Psicodiagnóstico Miocinético (PMK).
3. Tetradimensional para a Depressão (CET-DE). I. Título.

CDU: 616.895.4

159.9.072.5:616.895.4

Agradecimentos

Primeiro, agradeço a Deus por minha saúde e pelas minhas experiências de vida, que contribuem para o meu crescimento tanto em pensamento como em ação. Em segundo, aos meus pais, Amândio e Mariete, por todo apoio, pelas oportunidades e rica convivência singular com cada um, que me desperta aos mais variados saberes e o profundo apreço. Ao meu irmão, Tarcísio, e à minha irmã, Júlia, distantes (geograficamente), porém sempre presentes em pensamentos.

Ao meu namorado Jônatas por todo carinho demonstrado, pelas palavras de apoio e pela cumplicidade: nos estudos, nesse início profissional e nos necessários momentos de descansos. Aos meus amigos e familiares que souberam compreender meus momentos de abdicção dos passeios pelo estudo.

Ao meu orientador, Professor Ramon, pelo exemplo de vida acadêmica, pelos ensinamentos, pela amizade e confiança. Aos colegas e professores que me ajudaram, (inclusive da UFG e do NEPEFE – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Fenomenologia), com discussões enriquecedoras, trocas de conhecimentos para o meu aprendizado intelectual e filosofia/ postura de vida.

Agradeço, ainda, aos profissionais e funcionários da UCG e da Clínica (onde foi realizada a pesquisa), que colaboraram e tornaram possível a realização deste trabalho. Por fim, principalmente, à participante da pesquisa que *me permitiu* interferir de forma tão íntima em sua vida e *se permitiu* refletir sobre a própria vivência.

Considerações Iniciais

O presente trabalho, conforme os novos ditames científicos sugeridos por esta instituição, consta de:

1- Uma revisão bibliográfica do saber pesquisado, a serviço da fundamentação teórico-metodológica e normativa, nestes quatro eixos temáticos:

O fenômeno depressivo;

Técnicas de avaliação utilizadas (PMK, CET-DE e Entrevista);

Metodologia da pesquisa qualitativa de base fenomenológica;

Normas para publicação de um trabalho técnico científico.

2- Um artigo teórico empírico sobre o trabalho realizado.

Sumário

Banca Examinadora.....	i
Agradecimentos.....	ii
Considerações Iniciais.....	iii
Sumário.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Introdução.....	1

* Revisão Bibliográfica (teórica, metodológica e normativa):

♦ O saber teórico levantado sobre a depressão	4
1. Uma breve perspectiva histórica da depressão	4
2. A depressão na perspectiva da Fenomenologia por Alonso-Fernández (O Modelo Tetradimensional da depressão).....	7
3. A depressão na área da Etologia.....	9
4. A depressão na área da Antropologia.....	11
5. A depressão na área da Sociologia.....	13
6. Dados estatísticos da depressão.....	14
7. Alguns estudos teóricos empíricos sobre a depressão.....	19
♦ O saber sobre as técnicas de avaliação.....	21
8. O Psicodiagnóstico Miocinético (PMK).....	24
A. Classificação do PMK como técnica expressiva e projetiva.....	27
B. O PMK como técnica clínica	29
C. Material de aplicação do PMK.....	31
D. Justificativa do uso de cada folha.....	32
E. Significado dos traçados.....	34
9. O Questionário Tetradimensional para depressão (CET-DE)	36
10. Entrevista Semidirigida	38
.....	
♦ O saber metodológico da pesquisa Qualitativa de base Fenomenológica.....	39
♦ O saber sobre a normatização para publicação de trabalho científico.....	42
♦ Referências da Dissertação	43

* Artigo:

11. Resumo.....	50
.....	
12. Abstract.....	51
13. Método.....	60
.....	
Campo de Trabalho.....	60
Participante.....	60
Procedimentos	61
14. Resultados.....	62
15. Discussão e Considerações Finais	69
.....	

16. Referências do Artigo	72
---------------------------	----

.....

Anexos

Anexo 1 - Questionário Estrutural Tetradimensional para Depressão (CET-DE)...	75
Anexo 2 - Pontuação obtida em cada dimensão do CET-DE.....	77
Anexo 3 - Entrevista Transcrita.....	78

Resumo

Este estudo objetiva apresentar os resultados do uso conjugado de três técnicas que, numa perspectiva diagnóstica fenomenológica, exploram os significados do estado depressivo vivenciados pelo sujeito pesquisado. A verbalização dos mesmos foi estimulada nestas quatro dimensões: *humor depressivo, anergia, descomunicação, ritmopatia bio-psicológica*. A técnica projetiva-expressiva do PMK os explorou através da linguagem gestual miocinética irrefletida, tanto temperamental ou genotípica quanto caraterial ou fenotípica. Já as técnicas diretas do CET-DE (Questionário Estrutural Tetradimensional para a Depressão) e da Entrevista os exploraram mediante sua verbalização refletida ou consciente. Os resultados atestam a utilidade do emprego conjunto de uma técnica projetiva e de duas, chamadas diretas, no sentido de que as segundas ajudam na interpretação dos dados da primeira e esta última alicerça a veracidade dos dados obtidos com as outras duas. Confirmam, todavia, a atualidade diagnóstica clínica da técnica do PMK, pelo caráter indissimulável da linguagem que utiliza.

Palavras-chave: Fenomenologia; Depressão; Psicodiagnóstico Miocinética (PMK); Questionário Estrutural Tetradimensional para a Depressão (CET-DE).

Abstract

This study aims to present the results of the conjugated use of three techniques that, in a phenomenological diagnostic perspective, explore the meaning of the depressive state lived by the researched subject. The verbalization of the same was stimulated in these four dimensions: *depressive humor, anergy, discommunication, biopsychological rhythmopathy*. The expressive-projective technique of the PMK explores them through the irreflected miocinetic gestural language, such temperamental or genotypic as characterial or phenotypic. The direct techniques of the CET-DE (Tetradimensional Structural Questionnaire for the Depression) and the interview explore them by means of its verbalization reflected or conscious. The results attest the utility of the connected use of a projective technique and two called direct, in the sense that the second ones help in the interpretation of the data of the first one and this last one establishes the veracity of the data obtained with the others ones. They confirm, however, the present clinic diagnostic of the PMK technique, by the undisguisable character of the language it uses.

Keywords: Phenomenology; Depression; Myokinetic Psychodiagnostic (PMK); Tetradimensional Structural Questionnaire for the Depression (CET-DE).

Introdução

A depressão é um termo usado em vários contextos, o qual pode ser definido como um ponto mais baixo que os demais, diminuição, redução, decréscimo (Houaiss, 2004). Do ponto de vista da Psicologia, como é visto neste trabalho e, da Psiquiatria, o transtorno depressivo é considerado um estado mórbido de humor rebaixado que se diferencia da tristeza que afeta a maioria das pessoas. Sendo este estado, uma condição duradoura e/ou recorrente (de origem neurológica, neurótica ou reativa), acompanhada de vários sintomas específicos.

Freqüentemente há “perda do interesse ou do prazer, baixa energia, sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, sono ou apetite perturbado e dificuldade de concentração” (Organização Mundial de Saúde — OMS, 2006). Estes problemas, entre outros que podem aparecer, são incapacitantes à medida que prejudica a habilidade do indivíduo de tomar conta das próprias responsabilidades diárias e que, em seu pior estágio, pode levá-lo ao suicídio.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) aproximadamente 121 milhões de pessoas no mundo têm depressão e, dentre estas ocorrências, 13 milhões só no Brasil. Em um estudo realizado entre 1994 e 2004 (Ministério da Saúde — Brasil, 2006), Goiânia é a sexta capital do país com maior número de suicídios masculinos e a quarta entre os femininos. E a constância de pessoas com depressão que tentam suicídio é grande, principalmente entre os jovens (de 15% a 20%). Segundo dados da OMS, a depressão é, portanto, um problema de saúde grave no mundo todo e as incidências aumentaram nos últimos anos e estima-se a constante ascendência dessas porcentagens.

A relevância social que a depressão representa mundialmente, contudo, não é apenas contemporânea, muito pelo contrário, ela é citada como um dos primeiros transtornos a ser diagnosticado, antes mesmo das discussões sobre o critério de Ciência.

Hoje a palavra melancolia é mais utilizada como sinônimo da depressão (Houaiss, 2004), todavia há ainda os que fundamentam diferenças. Além da nosologia, os tratamentos também mudaram muito ao longo dos anos. A esse respeito, um saber teórico sobre a depressão foi realizado nesta pesquisa e, apresentado independente do artigo científico ao final, com intuito de uma compreensão mais abrangente do objeto de estudo, o fenômeno depressivo.

A Semiologia, utilizada nesta pesquisa, foi o modelo teórico Tetradimensional da Depressão de Francisco Alonso-Fernández, atual professor catedrático e chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade *Complutense* de Madrid. Este autor descreve qualitativamente os sintomas, destacando quatro grupos: o *humor depressivo*, *anergia* (falta de energia), *descomunicação* (falta de comunicação) e a *ritmopatia* (desregulação dos ritmos). Fundamentado neste modelo, o autor criou o Questionário Estrutural Tetradimensional da Depressão (CET-DE) para precisar o diagnóstico. E, mesmo não sendo o aspecto teórico principal deste trabalho, Alonso-Fernández ressalta as contribuições da Etologia, da Antropologia e da Sociologia para o estudo da depressão.

Tendo como alicerce metodológico a pesquisa qualitativa de base fenomenológica, esta pesquisa procurou produzir conhecimentos que venham contribuir para o trabalho clínico do diagnóstico de pessoas com depressão. O objetivo central desta pesquisa é o diagnóstico numa abordagem fenomenológica, ou seja, através da experiência vivida do sujeito com depressão. E como objetivo mais específico, constatar a utilidade do uso

conjugado das três técnicas empregadas para a obtenção de um sólido diagnóstico da depressão.

Embora haja uma ampla literatura sobre o diagnóstico da depressão, não foi encontrado trabalho semelhante no uso destas técnicas e a leitura da exploração fenomenológica. Os trabalhos com o CET-DE exploram apenas verbalmente e os com o PMK, atualmente, em sua maioria, restringem-se primordialmente ao psicotécnico, carecendo de contribuições para resgatá-lo no uso clínico. E a terceira técnica, a entrevista, essencial ao diagnóstico e muito utilizada, serve de apoio para o proposto.

1. O saber teórico levantado sobre a depressão

1.1. Uma breve perspectiva histórica

Vários autores estão de acordo que o diagnóstico da depressão é um construto complexo. Stefanis & Stefanis (s.d., citados por Maj & Sartorius, 2005, p. 13), por exemplo, justificam que “uma série de sintomas podem mudar com o tempo (...) e apresentam uma variabilidade infinita”. Sem utilizar precisamente o termo “diagnóstico”, inúmeras descrições e tratamentos, alguns até inusitados, da depressão são observados ao longo do tempo.

Segundo Cordás (2002), “o homem sempre sofreu de depressão”, sendo que os primeiros relatos com ênfase ao sobrenatural, podem ser encontrados na Bíblia e na Mitologia. Datam também dessa época algumas descrições sobre um profundo desejo de morrer e suicídios, entre outros sintomas que também podem surgir neste transtorno.

A partir de Hipócrates, por volta do século V a.C., de modo mais sistemático, a depressão era vista como caráter melancólico, que era causado pelo excesso de bile negra (intoxicação), um dos quatro fluidos essenciais (os outros seriam: bile amarela, fleuma e sangue). Foucault (1972) expõe a descrição do quadro: “Delírio parcial e ação da bÍlis negra, se justapõem na noção de melancolia sem outras relações (...)” (p. 263).

Durante a Idade Média, enquanto o Ocidente levava os hereges, “loucos” e “bruxas” à fogueira da Inquisição, no Oriente, sob a influência europeia da teoria dos quatro humores, a melancolia era um dos transtornos psiquiátricos mais identificados pelos árabes, de acordo com Cordás (2002), e os doentes, tratados com respeito, recebiam indicações do que hoje é divulgado como qualidade de vida (como ouvir música, tomar sol, alimentos saudáveis e vida sexual ativa).

O termo melancolia também é usado por Weyer (s.d., citado por Foucault, 1972, p. 262), que relata os delírios dos melancólicos do século XVI, como: “alguns deles acreditam ser animais (...) pensam que são vasilhas de vidro e, por isso, recuam diante dos outros (...)”. Tais manifestações eram, de fato, segundo Cordás (2002), identificadas como “possessão demoníaca” e “tratadas” com o exorcismo.

Em períodos posteriores, Foucault (1972) relata as grandes internações ao longo dos anos, cada vez mais institucionalizadas, para todo tipo de excluído (doentes mentais, idosos, mendigos, com doenças venéreas, etc.). Nesse aspecto, Rezende (2003, p. 271) também denuncia: “começou a haver um abuso do recurso da internação, que passou a ser, inclusive, considerada uma opção de controle para pessoas com idéias e pensamentos diferentes”.

Durante o Iluminismo, época de valorização do conhecimento e da cultura, Foucault (1978), Schultz & Schultz (1996), Rezende (2003), entre outros autores, ilustram algumas experimentações para os tratamentos das alterações mentais. Os melancólicos ou depressivos eram submetidos a banhos “surpresa”, cadeiras giratórias, laxantes, vomitórios, a restrição física (através do grilhão), entre outros.

Em concordância com Delouya (2002), esta diferença entre “depressão” e “melancolia” ainda hoje se faz com dificuldade. A melancolia tende “a ser considerada mais como uma das fases da psicose maníaco-depressiva” (Houaiss, 2004, p. 1885), onde há aspectos de profunda tristeza com “estado de desencorajamento, de perda de interesse”.

Alonso-Fernández (1988) diz que foi no início do século XX, que Kraepelin passou a usar o termo “misto”, para descrever o quadro da psicose maníaco-depressiva, em que há ocorrências simultâneas de sintomas opostos. De fato, Cordás (2002) afirma que a palavra “depressão” começou a substituir o uso de “melancolia” nos catálogos médicos, por volta de 1860, em função de uma aparente impressão fisiológica e metafórica que o primeiro

termo apresenta. Na língua portuguesa, Cunha (1996, citado por A.C.G. Moreira, 2002) diz que o vocábulo “depressão” entrou em uso pela primeira vez, muito recentemente, somente no século XVIII.

Freud também utiliza os termos, “melancolia” e “depressão”, sem muita distinção ao longo de suas obras, como atesta A.C.G. Moreira (2002) e, às vezes, os usa como sinônimos. Para Freud (1917 / 2006), os estados depressivos (ou melancolia), apresentam-se ligados à perda de um objeto (que pode ser imaginário), ao tema da morte, das separações e do luto. Ele diz que a melancolia, ao contrário do luto (estado normal de tristeza pela perda real), apresenta uma autodepreciação, autocensura, que ocasiona um “enorme empobrecimento do Eu” (p. 104) e pode evoluir até chegar a um desejo delirante de ser punido.

Sobre a diversidade da depressão, Freud (1917 / 2006) também é de acordo, como iniciamos este capítulo, que esta se manifesta “em formas clínicas tão diversas que ainda não é possível resumi-las com segurança num conjunto único” (p. 103). Neste mesmo sentido, é que se utiliza neste trabalho, um modelo clínico abrangente de quatro conjuntos, o que traz contribuições para captar uma ampla sintomatologia desta diversidade clínica, como será apresentado no tópico a seguir.

1.2. A depressão na perspectiva da Fenomenologia por Alonso-Fernández (O Modelo Tetradimensional da depressão)

Alonso-Fernández (1988), psiquiatra espanhol, referência na visão fenomenológica, apresentou o Modelo Tetradimensional da Depressão na obra “*La depresión y su diagnóstico — Nuevo modelo clínico*”. Trata-se de um modelo compreensivo para o

diagnóstico da depressão, porém com rigor metodológico, desenvolvido de acordo com a experiência clínica analisada.

O processo de sistematização desse quadro depressivo, em quatro dimensões, seguiu o método fenomenológico-estrutural, o qual considera-se o quadro clínico como uma totalidade estruturada, porém com distintas partes inter-relacionadas. É como se fosse um bloco unitário e, por causa dessas partes que se inter-relacionam na estrutura depressiva, se uma função se desequilibra, tende a arrasar as demais. Assim, a mudança de uma delas pode ser suficiente para conduzir a um quadro depressivo.

Na obra citada, Alonso-Fernández (1988) descreve detalhadamente os passos que o permitiu (junto com sua equipe) montar seu quadro clínico da depressão. Através de uma longa e minuciosa experiência clínica analisada, chegou conclusão que o estado depressivo se compõe de quatro partes fundamentais interdependentes (como dito acima), com características distintas cada uma e, identificadas como uma dimensão (ou um parâmetro semiológico).

Nesta caminhada, Alonso-Fernández (1988) questionou se não seria apropriado, como fazem muitos autores, agrupar os sintomas depressivos em dois apartados: o humor depressivo e a inibição psicomotora. Percebeu então que não, pois cerca de 50% dos sintomas ficam sem uma dimensão adequada para suas características. Por isso, em muitas descrições do quadro depressivo se inclui uma grande relação de dados inclassificáveis. Assim, a sintomatologia da depressão de Alonso-Fernández (1988) ficou distribuída em quatro dimensões fundamentais, a seguir:

- 1) o *humor depressivo* (estado de ânimo depressivo), caracterizado fundamentalmente, “por um sofrimento em continuar vivendo”, que inclui um sentimento de *autodesvalorização* (Alonso-Fernández, 1988, p. 34).

2) a *anergia* (ou *anenergia*, falta de energia), caracterizada por um “esvaziamento impulsivo-afetivo”, que se manifesta tanto no plano psíquico quanto corporal (Alonso-Fernández, 1988, p. 40).

3) a *descomunicação* (falta de comunicação), caracterizada por “uma diminuição da capacidade de sintonização vital”, que conduz “a uma postura radicalmente introvertida”, que afeta a sociabilidade (Alonso-Fernández, 1988, p. 47).

4) a *ritmopatia* (desregulação dos ritmos), caracterizada por transtornos de sincronização, tanto dos ritmos biológicos (sono, vegetativos, etc.) quanto dos ritmos psicológicos: “oscilação emocional pendular” ou instabilidade pulsional. (Alonso-Fernández, 1988, p. 56-57).

Segundo Pauleikhoff (1958, citado por Alonso-Fernández, 1988), as mudanças etiológicas exigem esforços para transcender os limites rígidos de uma ordenação demasiado estreita e incapaz de adaptar-se a uma nova explicação vivencial. Sobre a nova concepção da depressão, Alonso-Fernández (1988) diz que, com essa, não pretendia inventar ou mesmo descobrir elementos da síndrome depressiva, até então ocultos. Pois o substancial da depressão já se encontra publicado em artigos e livros, ainda que, em alguns, de maneira parcial e sem critério. Entretanto, este Modelo contribui ao incluir um modo distinto de ver alguns sintomas e, sobretudo, uma hierarquização estrutural do conjunto da sintomatologia.

A seguir são apresentados sub tópicos sobre as contribuições da Etologia, da Antropologia e da Sociologia, a Alonso-Fernández para a construção do seu Modelo Tetradimensional. O intuito destes tópicos, não é apresentar um estudo atual e abrangente da depressão nestas áreas do conhecimento, mas somente o de ilustrar as colaborações para o autor do Modelo.

1.2.1. A depressão na área da Etologia

Na área da Etologia, as contribuições para a depressão vêm, principalmente de dois modelos clássicos. Wisconsin e Harlow (1988, citados por Alonso-Fernández, 1988) realizaram experimentos que provocavam em macacos jovens (três a seis meses de idade) um “quadro depressivo” mediante a separação da mãe. As respostas obtidas (o protesto e depois o desespero) foram bem distintas do que esses autores esperavam. Poder-se-ia dizer que, nesses casos, não se trata de “modelo animal de depressão”, mas de um “modelo animal de separação materna”, que é algo completamente distinto.

Outro modelo bem conhecido é o de Seligman et al. (1967, citados por Alonso-Fernández, 1988), é o do “desamparo aprendido”. Neste experimento, observou-se que os cachorros submetidos a estímulos imprevisíveis (como um choque), desenvolviam uma apatia e prejuízo da capacidade de aprendizagem, denominada “desamparo aprendido”. Esses animais, analogicamente, demonstram certas características dos quadros depressivos humanos, como a passividade, a perda de apetite e de peso.

Em relação às contribuições acima, Alonso-Fernández (1988) afirma que esse estado de desamparo assemelha-se mais às grandes reações traumáticas paralisantes humanas do que aos transtornos depressivos, propriamente ditos. Porém, ele afirma que, desde que se disponha de instalações adequadas e pessoal bem formado, alguns aspectos etológicos situacionais podem ser aplicados no humano, provocando sentimentos de perda, sobrecarga, isolamento e crise.

Ele explica que, as situações depressivas humanas podem traduzir-se no animal, especificamente no que vive em grupo ou manada, isto pode ocorrer em relação ao espaço territorial e ao sistema hierárquico. Ou seja, quadros depressivos podem surgir tanto no ser humano como nos animais em ocasiões que há:

1. A perda ou privação do território, em emigrantes e cativos (prisioneiros);
2. A queda na escala social-hierárquica, que refletem o sentimento de impotência e a necessidade de apoio (e podem conduzir também a quadros histéricos);
3. O deslocamento territorial, em forma de mudança (sobretudo nos adultos do sexo feminino);
4. E até a rápida elevação hierárquica, ligada ao sentimento de incapacidade para fazer frente à nova situação ou na sobrecarga de responsabilidade registrada nesta nova circunstância.

Deste modo, os modelos etológicos podem contribuir para o estudo dos próprios quadros depressivos dos seres humanos. Entretanto, de acordo com Alonso-Fernández (1988), comparando ao Modelo Tetradimensional, estes modelos correspondem quase que exclusivamente, a apenas uma das quatro dimensões: a da inibição motora ou dos impulsos, o que reforça a necessidade de modelos abrangentes de depressão para o ser humano.

1.2.2. A depressão na área da Antropologia

O estudo da depressão conduz a muitos dados positivos para o conhecimento do próprio ser humano. A antropologia da depressão situa as pessoas, sobretudo diante da imagem da morte e da realidade do sofrimento. O *Homo depressivus* é essencialmente um “*homem pático mortal*” (Alonso-Fernández, 1988, p. 13), pático (de *pathos*) dá origem à palavra sofrimento, mas também à paixão e passividade.

A visão do ser humano, através da depressão, permite captar qualidades humanas profundas e insondáveis, dificilmente perceptíveis por outras vias. Segundo Alonso-

Fernández (1988), o pensamento filosófico-psicológico-existencialista de várias décadas atrás, teria prestado mais atenção à depressão, como a prestada à angústia, se houvesse a rica bagagem de conhecimentos hoje disponíveis.

Alonso-Fernández (1988) afirma que o sofrimento humano pode alcançar seus mais altos ápices na depressão, a qual o sujeito “sofre em todas as partes” e “simplesmente por viver”. Inclusive se acentua a dor depressiva ao ser ao ser vivenciada como um sofrimento sem motivo ou insuficientemente justificado, acompanhando intensas frustrações e temores.

O sofrimento do depressivo é tão intenso que é símbolo de irreversibilidade, ou seja, a maioria crê que seu sofrimento não tem remédio. O ser humano, como destacou Pascal (s.d., citado por Alonso-Fernández, 1988, p. 14), “é o único que sabe que vai morrer” e, “não há intimidade maior com a imagem da morte durante a vida humana que a mantida pelo enfermo depressivo”.

O depressivo “trata a morte com toda familiaridade, sem respeito nem temor” (Alonso-Fernández, 1988, p. 13) e, profundamente desestimulado com a vida, deseja até mesmo a própria morte, o que se reflete em “um abraço antecipado com a morte”.

Além da dor da própria depressão, co-morbidades dolorosas podem surgir. Alguns estudos, como os de Watts (1966) e Kerr (1969) (citados por Alonso-Fernández, 1988) têm estabelecido que os sujeitos depressivos tendem a desenvolver tumores malignos (câncer) com uma frequência superior à população geral, o que está associado a argumentos sobre o sistema imunológico, metabólico e endócrino.

Em outros casos, se inverte a ordem da causa, ou seja, a depressão aparece como um sintoma de outras doenças. Sobre o câncer especificamente, Niemi & Jääskeläinen (1978, citados por Alonso-Fernández, 1988) afirmam que há a hipótese de que algumas depressões poderiam ser uma espécie de manifestação precoce ou o sintoma inicial da

doença. Alguns estudiosos, como Canini, Reis, Pereira, Gir & Pelá (2004) discutem a influência da depressão (e/ou estresse) para aumentar a vulnerabilidade biológica e, assim agravar a evolução de doenças como a AIDS.

Na clínica, Alonso-Fernández (1988) alerta que se deve manter atento ao fato de que a depressão pode causar a morte, seja em certos transtornos físicos, como o câncer, o diabetes e a hipertensão arterial, seja pelo suicídio e, buscar sempre as medidas preventivas. Esses aspectos são fundamentais para o estudo desse “homem depressivo mortal”.

1.2.3. A depressão na área da Sociologia

Alonso-Fernández (1988) diz que a depressão representa uma enfermidade social constituída de elementos universais e, tais aspectos referem-se, por exemplo, à intervenção etiológica freqüente dos fatores sociais e à repercussão comunitária da depressão como fonte de mal-estar e agressividade.

A relação da depressão com os fatores socioculturais distribuem-se em dois ramos distintos da psiquiatria, como afirma Alonso-Fernández (1988): a psiquiatria trans-cultural (investigação comparativa dos quadros clínicos em culturas distintas) e a psiquiatria trans-histórica (investigação comparativa dos quadros clínicos ao longo de distintos momentos históricos de uma mesma cultura).

Efetivamente, as diferenças da depressão, segundo as culturas e os momentos históricos, são muitos importantes qualitativamente e quantitativamente. Sobre o primeiro aspecto, Alonso-Fernández (1988) afirma que a depressão tem experimentado importantes modificações, revelando-se mais hipocondríaca, mais racional, menos dramática e

ansio gênica. Sobre o segundo aspecto, se realmente a depressão tiver sido melhor diagnosticada e o depressivo procurando mais ajuda médica, constata-se que a taxa de incidência da depressão aumentou de forma estrondosa nas últimas cinco décadas.

Esses aspectos são complementares em um estudo e, como afirma Turato (2003), o trabalho qualitativo ora inspira o quantitativo e vice-versa, de modo que ambos possam ir aprimorando os resultados e, conseqüentemente, contribuir para a comunidade científica.

Qualitativamente, foi ressaltado nesta pesquisa na perspectiva histórica, traçando a depressão ao longo dos anos e nas diferentes comunidades. Quantitativamente, que se refere à epidemiologia, à grandeza expressa em número, será descrita no próximo tópico, através dos dados estatísticos fornecidos por instituições como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e, no Brasil, o Ministério da Saúde.

1.3. Dados estatísticos da depressão

Em diversas fontes — livros (Maj & Sartorius, 2005; Roudinesco, 2000), artigos (Wannmacher, 2003), reportagens (U.N — News Service, 2006), só para citar alguns, — a depressão é apontada, atualmente, como uma das formas de sofrimento psíquico que mais atinge pessoas em todas as idades, em qualquer momento da vida, independentemente de país ou classe econômica. A seguir, são apresentados alguns dados desta relevância que justificam, pelo menos em incidência, alcunhas como “gripe da psiquiatria”, “doença do século XXI”, “forma atenuada da antiga melancolia” (Roudinesco, 2000, p. 17), dominando a “subjetividade contemporânea, tal como a histeria do final do século XIX imperava em Viena através de Anna O.” (Roudinesco, 2000, p. 17), entre outras. Estas

prevalências apresentadas, entretanto, devem ser estudadas com o senso crítico pois, como alerta Turato (2003), há freqüentemente discrepâncias sobre estes estudos epidemiológicos.

A Organização Mundial da Saúde — OMS (2001), estima que cerca de 121 milhões de pessoas apresentam depressão em todo o planeta e, só no Brasil, haja 13 milhões de casos, algumas mais leves, outras nem tanto. A cada ano, aparecem dois milhões de casos novos e os números poderiam ser maiores, se todos os deprimidos procurassem um especialista. A depressão pela OMS (2003), é considerada doença e uma das que tem maior impacto social no mundo, devendo ser considerada um problema de saúde pública.

Os dados ainda são desanimadores quanto ao futuro. Um quinto da população mundial, cedo ou tarde, sofrerá desse mal. Estima-se que em 2020, tanto em países industrializados quanto em desenvolvimento, a depressão terá passado para o 2º lugar no ranking da OMS (2001) de doenças dispendiosas, incapacitantes (hoje, fica atrás das infecções respiratórias, AIDS, doenças do período perinatal e diarreia) e fatais (perdendo apenas para as enfermidades do coração). O Brasil não possui registros recentes sobre as despesas provocadas pela doença, mas só nos Estados Unidos, os custos sociais da depressão são calculados em US\$ 44 bilhões ao ano, sendo que 55% desse total é perdido com a redução da produtividade do paciente.

Todos estes dados apontam para um público-alvo vasto, sendo mais comum entre pessoas de 20 e 50 anos de idade OMS (2001). Porém, a depressão tem se manifestado cada vez mais cedo, afetando crianças, adolescentes e jovens em início da vida adulta. Não existe nada que efetivamente possa comprovar o aumento desta incidência, mas acredita-se em possíveis fatores sociais.

Birman (2005, p. 245), por exemplo, aponta que vivemos em uma “sociedade do espetáculo” com uma “cultura do narcisismo”, ou seja, há uma excessiva exigência do *imediatismo*, da *estética* e da *performatividade*. Quem não consegue inserir-se neste contexto, principalmente os jovens, recorrem indiscriminadamente aos fármacos, com isso, afirma o autor: “silenciam-se as (...) rumações ‘excessivamente’ interiorizadas dos deprimidos, e eles são transformados em seres ‘legais’ do universo espetacular” (Birman, 2005, p. 247). É, portanto, discutível esse aumento das incidências depressivas apontadas pelas pesquisas, devido aos diagnósticos errôneos (para tristezas e problemas comuns) e a prescrição abusiva de psicotrópicos.

Quanto ao gênero, também não se sabe o motivo ao certo, mas a depressão é mais comum no sexo feminino (15% a 20%) que no sexo masculino (5% a 10%) (Organização das Nações Unidas – ONU, 2001). Essas cifras de prevalência variam entre diferentes populações e podem ser mais altas em algumas delas, sendo influenciadas por fatores sociais e genéticos.

Geneticamente, acredita-se que se um dos pais é depressivo, o filho tem 15% de probabilidade de ser também. E se o pai e a mãe são, o índice aumenta para 33%. Entre gêmeos fraternais, a chance de ambos ter o problema é de 15 a 25%. E entre gêmeos idênticos, sobe para 50 a 80% de possibilidades de compartilhar o transtorno depressivo. Entretanto, ressalta-se que as chances não são 100%, logo, os genes não são o único fator (OMS, 2001).

Esses números explicam o enorme consumo de antidepressivos no mundo. Só no Brasil, até 1996 vendeu-se 14,5 milhões de caixas de Prozac (“pílula da felicidade”). Entretanto, não se conhece os índices de automedicações e erros de prescrição de antidepressivos. Estima-se que mais de 20% das pessoas afetadas hesitam até cinco anos

antes de procurar ajuda médica e, quando procuram, 1/3 se dirige ao clínico geral e destes, apenas 50% são diagnosticados corretamente (OMS, 2001).

O diagnóstico preciso está na base de um tratamento correto. A OMS (2001) estima que oito em cada dez doentes (60-80%) diagnosticados poderiam livrar-se do mal por meio de medicamentos, associados à psicoterapia. Mas acredita-se que menos de 25% recebem tratamentos eficazes (medicação em doses adequadas) e em alguns países até menos de 10%, aumentando ainda mais os custos com a doença. Se tiverem o diagnóstico e o tratamento corretos, estima-se que de 70% a 90% dos pacientes recuperam-se da Depressão.

Mas, por mais que os medicamentos tenham sido aprimorados ao longo dos anos, o tratamento da depressão continua sendo um processo prolongado e que pode variar de seis meses a dois anos. "O grande erro no tratamento é o paciente ou o médico suspender o medicamento depois que observa melhora. O risco de a depressão voltar é grande e a recaída é ainda pior. É preciso cumprir rigorosamente o tratamento", ressalta o Dr. Fábio Munhoz (citado pela OMS, 2006). Ele acrescenta que, ao final de um mês, 80% dos pacientes ainda estão seguindo o tratamento e, ao final de seis meses, esse número cai para 60%.

Entretanto, a maioria dos pacientes deprimidos que não é tratada irá tentar suicídio pelo menos uma vez. Anualmente, por volta de um milhão de pessoas (17%) dos que não fazem tratamento conseguem se matar, "mais que homicídios e guerras" (2004) e entre 10 e 20 milhões tentam se suicidar. O tema "Construindo Consciência – Reduzindo Riscos: Saúde Mental e Suicídio" (Ministério da Saúde, 2006) foi assunto de debate no mundo todo, em 10 de outubro de 2006, Dia Mundial da Saúde Mental, evento que ocorre todos os anos neste mesmo dia.

No Brasil, o suicídio cresceu 20 vezes nos últimos 20 anos, de acordo com o Ministério da Saúde. Entre os jovens, de 15 a 24 anos, essa fatalidade já é a terceira causa de morte. De 15% a 20% dos pacientes com depressão grave têm condutas suicidas. Um em cada três casos de suicídio entre os jovens é por conta disso. Em um estudo realizado entre 1994 e 2004 (Ministério da Saúde), entre as capitais brasileiras, Goiânia aparece em 6º lugar no ranking de mortalidade masculina e em 4º (junto com Rio Branco - AC) da mortalidade feminina. O trabalho apurou que, embora a mortalidade no sexo masculino seja mais elevada, o aumento proporcional das taxas foi maior entre o público feminino: de 24,7% para as mulheres e de 16,4% para os homens. Como prevenção, o Ministério da Saúde (2006) tem lançado algumas medidas como a edição de cartilhas, DVDs e debates, como o que promoveu o I Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio (primeiro evento deste tipo da América Latina) em agosto de 2006, em Porto Alegre - RS (capital do Brasil onde houve a maior taxa masculina de suicídios, em 2004).

A depressão, capaz de gerar um ônus muito elevado, é grave e incapacitante, resultando em um grande prejuízo na vida profissional do paciente, pois sua capacidade de trabalhar é comprometida, bem como seu desempenho, concentração, energia e iniciativa, aumentando as chances de ser demitido. A OMS (2001) relata ainda altos índices de prejuízos qualitativos, por causa da depressão, como: falta ou o excesso de sono (90%), problemas sexuais (37%); ansiedade ou agitação (80%).

Como já foi dito, não se sabe ao certo o porque deste aumento da depressão ao longo dos anos. Segundo Alonso-Fernández (1988), o motivo não tem causa única, mas basicamente três: 1) os estados crônicos de convalescença de doenças corporais que antes eram mortais (e hoje possuem prevenção e tratamento); 2) a farmacologia (que trata organicamente, mas também aumenta as estimativas pelo uso indiscriminado); e,

sobretudo, 3) às situações de estresse, isolamento e crises na moderna sociedade ocidental, assim como é a opinião de Birman (2005), antes já citado.

1.4. Alguns estudos teóricos empíricos sobre a depressão

A depressão (com sua existência de séculos através da melancolia, como já demonstrado) e seus respectivos diagnósticos têm proporcionado incontáveis estudos, tanto de natureza teórica quanto empírica, nos mais diversos campos. Neste sentido, ressalva-se que é impossível citar tantos trabalhos, todavia, alguns são referenciados, entretanto, não somente na área clínica e da Fenomenologia.

Turato (2003) é de acordo da importância de recorrer-se a outras áreas do conhecimento e outras abordagens, sempre que preciso. Ele ilustra, que muitas vezes “textos clássicos freudianos (...) não aparecem nem numa modesta citação de rodapé (...) no campo da saúde” (Turato, 2003, p. 525) e os motivos são mais políticos-ideológicos, por parte dos investigadores e instituições, e não propriamente científicos.

A depressão assim, em uma concepção religiosa, Santos (2004) desenvolve a idéia de que pessoas com depressão (e síndrome de *burnout*), especificamente as trabalhadoras em educação, buscam o espiritual, como forma alternativa de conforto. Rodrigues (2001) chega à conclusão parecida, entretanto estudando mulheres na Terceira Idade e, acrescenta que o grupo de convivência religiosa também é uma forma de auxílio e prevenção para a depressão (entre outros problemas).

Na área da Psicologia Clínica Comportamental, E.H.P.D. Oliveira (2004) e Cardoso (2004) estudaram pessoas com o diagnóstico psiquiátrico de depressão, assim como nesta

pesquisa, porém diferentes em muitos aspectos. Ambas utilizaram a perspectiva da Análise do Comportamento e observaram resultados positivos para diminuição da depressão através de reforçadores generalizados. A primeira, em contexto clínico, através do processo terapêutico comportamental e, a segunda, em uma academia de ginástica, através da aplicação de exercícios aeróbios. O estudo basilar de ambas, portanto, não foi o diagnóstico e as técnicas utilizadas enfocam o relato verbal (o aqui proposto explora também o corporal, através do PMK).

Dentro de um olhar fenomenológico, M.M.L de Oliveira (2006) e Jung (2006), apesar de não terem a depressão como o objeto de estudo principal, fazem referências a ela, ao utilizarem o Psicodiagnóstico Rorschach. M.M.L de Oliveira (2006) descreve vários fatores para o suicídio e afirma que a depressão é ainda a principal causa deste tipo de morte. Já nos estudos com crianças que sofreram abuso sexual, Jung (2006) cita vários autores (como Ferrari, 2002, Herman, 1981, Ippolito, 2003, López Sanchez, 1991/ Gil, Recondo e Escosteghy, 1996 e Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor), os quais afirmam que essas vítimas podem apresentar transtornos depressivos.

Sobre o Psicodiagnóstico Rorschach, Anzieu (1981) o considera como um excelente método projetivo. Contudo, este mesmo autor cita Binois e Lefetz (s.d.), ao afirmarem que esta técnica pode ser “aprendida”, ou seja, a partir do momento que o sujeito estuda seu manual, algumas respostas podem ser “manipuladas” e a leitura não ser (totalmente) fidedigna. O Rorschach, assim como outras as técnicas de exploração verbal, apresentam esta desvantagem, pois, como relata Jaspers (1913/ 2005), o paciente pode dissimular e ocultar sintomas mórbidos, daí a importância de outras técnicas associadas, como o já exposto.

Neste sentido que alguns autores, como Passos & Câmara (2005), preferem o PMK em pesquisa, pois com a exploração é corporal e sem a visualização dos próprios movimentos, evita-se o “efeito de aprendizagem” (p. 127).

Segundo Cordás (2002), por volta de 1948, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que surgiram estudos mais aprofundados sobre a depressão. Esta instituição estimulou a construção de uma classificação internacional de doenças (até então bem diferentes), auxiliando inclusive o tratamento farmacológico. Presta-se a este serviço: a “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde” (CID-10) e o “Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais” (DSM IV).

Dentre as principais mudanças na terminologia da depressão, em relação às primeiras versões da CID e DSM, de acordo com Stefanis & Stefanis (s.d., citados por Maj & Sartorius, 2005), destacam-se: a substituição do termo “transtorno afetivo” por “transtorno do humor” e o de “depressão unipolar” por “transtorno afetivo recorrente”. Sendo que a CID-10, versão mais atual, cataloga mais de 25 tipos e subtipos depressivos, dada a complexidade de sua manifestação.

2. O saber sobre as técnicas de avaliação

De acordo com Allport (1986), ao realizar um diagnóstico é necessário o uso de técnicas de naturezas diferentes, uma vez que os dados captados por uma técnica são complementados por outra(s) e, assim, obtêm-se uma melhor compreensão do sujeito. As técnicas projetivas, por exemplo, afirma este autor, só são possíveis de ter seus resultados interpretados, se também se empregar uma técnica direta (como: escalas, questionários, auto-apreciação). Anzieu (1981) diz ainda que é “perigoso” crer que se pode conhecer a personalidade total através apenas de um método projetivo e, aconselha o uso de pelo menos um teste temático e um estrutural, se possível, com uma entrevista e outros exames complementares.

Neste sentido, para a leitura fenomenológica da depressão, neste trabalho, utilizou-se três técnicas de avaliação (de naturezas distintas), sendo elas: o Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) de Mira y López (1972a, 1972b), o Questionário Estrutural Tetradiimensional para a Depressão (CET-DE) de Alonso-Fernández (1988) e uma Entrevista (semidirigida) complementar. Estas técnicas que estimulam a vivência do sujeito de diferentes modos (corporal e verbal) e captam dados complementares para uma melhor leitura diagnóstica.

A técnica projetiva e expressiva utilizada, o PMK, estimula a vivência do sujeito através do próprio corpo, isto é, ele “fala” “expressa e projeta” através dos movimentos corporais que realiza durante o teste. E o corpo, de acordo com Kurtz & Prestera (1984), revela o caráter, traumas passados, o comportamento, além da personalidade atual e a maneira da pessoa ser no mundo (como se movimenta, sobre o que fala, suas atitudes, sonhos, percepções, posturas, etc.).

Como técnica direta e temática, complementar ao PMK, foi utilizado o Questionário Estrutural Tetradimensional (CET-DE), que estimula o sujeito, através da linguagem verbal, a confrontar seus estados vivenciados diversos, categorizados em quatro dimensões da depressão. Este Questionário, além da entrevista, foi indicado por Ojeda, em recente estudo (s.d., citado por Maj & Sartorius, 2005), como um dos instrumentos mais apropriados para o diagnóstico dos transtornos depressivos, conquistando assim melhoras significativas na área.

Dentre as técnicas corporais, há poucas opções, mas uma gama de técnicas verbais que explora a depressão. A seguir, destacamos as vantagens da técnica escolhida (CET-DE), em relação a alguns questionários e escalas mais utilizados no meio científico.

- ♦ *A Escala Hamilton de Mensuração da Depressão (HAM-D)*, publicada em 1960, foi a primeira escala específica e chegou a ser a escala referencial para a depressão. E segundo Stefanis & Stefanis (s.d., citados por Maj & Sartorius, 2005), é a escala de hetero avaliação mais utilizadas até hoje no mundo. Em comparação ao CET-DE, de acordo com Alonso-Fernández (1988), esta escala tem a vantagem de cobrir as quatro dimensões: humor depressivo (7 itens), anergia (5 itens), descomunicação (4 itens) e ritmopatia (5 itens), compreendendo quase tantos itens corporais como psíquicos. Apresenta, entretanto, no primeiro item (humor deprimido) uma definição imprecisa, o que pode levar ao erro ao ser confundido com “tristeza, desamparo ou inutilidade” (Alonso-Fernández, 1988, p. 216). Stefanis & Stefanis (s. d., citados por Maj & Sartorius, 2005) também a critica pela ênfase dada à sintomatologia ansiosa.

- ♦ *O Inventário da Depressão de Beck (BDI)* foi inicialmente construído em 1961, como uma medida de hetero avaliação (com 21 itens) que possuía “mais da metade da sua composição absorvida pela dimensão do humor depressivo (11 itens)” (Alonso-Fernández, 1988, p. 218). Os outros dados se distribuíam nas outras 3 dimensões, da seguinte forma:

anergia (4 itens), descomunicação (3 itens) e ritmopatia (3 itens). Em 1974, uma versão mais breve (de 13 itens) e auto-aplicada é apresentada, sendo a escala deste tipo (auto-aplicada) mais relatadas nos ensaios, de acordo com Perris (s. d., citado por Maj & Sartorius, 2005). Porém, por seu “caráter fundamentalmente auto-aplicada (...) sua principal indicação fica limitada aos graus suave e moderado da depressão, como costuma ocorrer em todas as provas auto-aplicadas” (Alonso-Fernández, 1988, p. 219).

- ♦ *A Escala de Montgomery-Asberg de Mensuração da Depressão (MADRS) (1979)* é uma prova hetero aplicada, com um pequeno número de itens selecionados, que tem como vantagem a facilidade de aplicação, segundo Stefanis & Stefanis (s. d., citados por Maj & Sartorius, 2005). Entretanto, justamente pelo pouco número de itens (10), fica difícil “efetuar uma descrição qualitativa do estado depressivo e determinar sobre ela uma medição das mudanças” (Paykel, 1985, citado por Alonso-Fernández, 1988, p. 224), assim sendo, a dimensão “a descomunicação” do modelo tetra dimensional, não tem nenhum item nesta escala que a aborda.

Dada a relevância da linguagem verbal, explorada pelo Questionário, além do CET-DE, utilizou-se uma entrevista semidirigida, como terceira técnica. Karl Jaspers (1913/ 2005) afirma que, através da fala, é possível orientar o paciente, na medida em que seja capaz, a uma auto-observação para a própria vivência psíquica, e assim obter uma reflexão por parte do sujeito e “conseguir uma clareza fenomenológica” (Jaspers, 1913/ 2005, p. 982). A fenomenologia tem interesse em saber, pelo próprio sujeito, sobre sua subjetividade e experiência e não apenas contabilizar conteúdos da sua vivência depressiva.

Segundo Tavares (2002, p.46), “a entrevista é a única técnica capaz de testar os limites de aparentes contradições e de tornar explícitas características indicadas pelos instrumentos padronizados, dando a eles validade clínica”. Entretanto, Jaspers (1913/

2005, p. 983) alerta que os conteúdos fornecidos verbalmente nem sempre são totalmente corretos e confiáveis. “Pois é comum os elementos fenomenológicos serem prejudicados com a incapacidade psicológica dos pacientes”. Isto significa que pode haver interferências de deformações despercebidas da memória ou o paciente pode dissimular e ocultar sintomas mórbidos. O melancólico, por exemplo, “esconde o desespero profundo sob aparência quieta, sorridente, a fim de parecer curado e conseguir ocasião para o suicídio” (p. 983).

Finalmente, se repisa então, a necessidade de empregar técnicas que absorvam os dados de formas distintas, complementando, esclarecendo os resultados colhidos. A seguir, as técnicas utilizadas serão apresentados com mais detalhes.

2.1. O Psicodiagnóstico Miocinético (PMK)

O Psicodiagnóstico Miocinético, usualmente conhecido como PMK, do Professor espanhol Dr. Emílio Mira y López, foi criado a partir de observações, em 1935, de pilotos de avião no uso do axiestereômetro, um aparelho que propunha medir o grau de capacidade de orientação no espaço sem o controle visual (Mira y López, 1966a). Rosas (1995) afirma que se seguiram vários estudos de personalidade com transtornos psiquiátricos, no Maudsley Hospital, até que o psicodiagnóstico PMK fosse apresentado oficialmente em 1939, no setor de Psiquiatria da Academia Real de Medicina.

Segundo Jaime Bernstein (s.d., citado por Mira, 2004) o PMK é o único teste criado em língua castelhana ou portuguesa que conquistou circulação internacional como instrumento de diagnóstico, psiquiátrico e psicotécnico e de investigação psicológica.

Como já foi dito, o PMK trabalha através da manifestação corporal do indivíduo, tendo como principais pressupostos, a Teoria da Motriz da Consciência, dos trabalhos de Allport e Vernon, K. Lewin, King e Eysenck, dentre outros (Mira y López, 1966b) e o Princípio da Miocinese no Espaço.

Mira y López (1949, p. 11) afirma que “Todo teste miocinético é baseado na doutrina Motriz da Consciência”. Esta teoria postula que toda atitude mental é acompanhada de uma atitude muscular (Mira y López, 1949), ou seja, a dinâmica da vida pessoal é consubstancial com as variações do tono muscular. Mira y López (1949) diz que “toda *intenção* é uma *in-tensão* (tensão interna) que se molda ou cristaliza em uma *atitude* ou ‘postura mental’ à que corresponde, no plano fisiológico, ‘uma postura corporal’, assegurada por uma determinada fórmula cinética (neuromuscular)” (Mira y López, 1966b, p. 1422).

Esta “intenção” está, segundo Mira y López (1966b), presente na atitude muscular em que se realiza e, de acordo com o tipo de movimento em que se deseja realizar (pegar, apertar, afastar, etc.), aumenta a tensão dos músculos da execução e se relaxam os opostos (variação do tono postural). Desse modo, o PMK parte do estudo do valor desse estado tensional dos músculos para inferir qual é a *intenção* do indivíduo.

Já o Princípio da Miocinese no Espaço postula que o espaço psicológico não é neutro. Todos os movimentos que requerem uma contração muscular constituem um processo intra-orgânico, mas o movimento é uma função das relações entre indivíduo e seu mundo. Estes movimentos executados pelo homem, voluntária ou involuntariamente, adquirem uma significação. O PMK, através dos movimentos nas três direções do espaço – são elas: sagital, horizontal e vertical – permite determinar o tônus postural e atitudinal que predomina nos pares de músculos: extensor-flexor; abductor-adutor e elevador-depressor do braço (A. Mira, 2004).

O corpo é o meio utilizado no PMK para se conhecer a pessoa. Allport (1986, p. 144) lembra que, provavelmente, o primeiro aspecto do si mesmo que se desenvolve é o sentido do “si mesmo corporal”. Isto se dá, não somente a partir de sensações orgânicas repetidas, mas também, através das frustrações procedentes do exterior (Allport, 1986). Dalgarrondo diz (2000, p. 153): “O corpo é um dos principais palcos de nossas vidas. Lugar de dor, de prazer, de preocupação, de medo e desejo”

Dada a importância do corpo, Merleau-Ponty (1999) afirma: “Eu não estou diante de meu corpo, estou em meu corpo, ou antes, sou meu corpo” (p. 207-208). O corpo não é dado como objeto ou coisa à parte, pois não pode ser observado exteriormente pela pessoa, não se separa “alma e corpo”, o que não é novidade, afirma Mohanty (2000), para os estudiosos da tradição fenomenológica.

Isto porque Brentano não distingue mente do corpo, é a “indissociabilidade entre pensamento e ação” (Ramón, 2006) e, postula que a pessoa é entidade intencional em todas suas dimensões. O corpo é intrínseco ao sujeito e é experienciado “como um elo de habilidades, poderes, movimentos intencionais e perspectivas orientadas no mundo ao redor” (Mohanty, 2000, p. 75).

A concepção que a subjetividade humana também é corpórea, relatada por Merleau-Ponty (1975), sublinha que a conduta humana, ou das ações humanas, também podem ser estudadas através da linguagem corpórea. Vale dizer que este autor e outros citados neste trabalho apóiam a tese de que o PMK estimula os significados psicológicos através dos movimentos corporais programados, à chamada linguagem corporal.

No PMK, o indivíduo realiza os movimentos do modo como ele se expressa no mundo. Os significados dos movimentos (mais expansivo ou retraído, por exemplo) nesta técnica são estimulados e captados, independentes da percepção que cada um tem do

próprio corpo, da representação mental ou do chamado *esquema corporal* ou *imagem corporal* por Schilder (1999).

Assim, em um estudo onde o sujeito é o objeto de estudo, deve-se, na medida do possível, como recomenda a fenomenologia, explorar, examinar, investigar ao máximo o indivíduo como um todo. Pois, como afirma Turato, “indivíduo”, do latim *individuus*, quer dizer “indivisível, inseparável” e, como substantivo, significa pessoa. Ele é, então, uma “unidade, não pode ser dividido sem descaracterizar-se como tal e possui características próprias que o distinguem dos outros” (Turato, 2003, p. 228).

2.1.1. Classificação do PMK como técnica expressiva e projetiva

O Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) é, muitas vezes, conhecido como uma técnica de exploração da personalidade, da categoria “expressiva”, a qual “tem a vantagem de não utilizar a linguagem falada”, segundo Mira (2004, p. 21), “suprimindo assim a possibilidade de simulação ou dissimulação”. Esta categoria afunila-se, levando o PMK a sub-categoria “gráfica” e depois, “miocinética” (Mira y López, 1949, p. 9).

Contudo, além de ser um teste de “personalidade, expressivo, gráfico, miocinético”, o PMK também engloba vantagens das técnicas projetivas, de acordo com Mira y López (s.d., citado por Mira, 2004, p. 13), como ainda será esclarecido neste tópico.

A palavra “expressão” refere-se a “manifestação do pensamento por meio da palavra ou do gesto” (Houaiss, 2004, p. 1289). Mira y López (1949, pp. 8-9) diz que nos testes é ainda, “expressão do funcionamento pessoal de modo espontâneo ou provocado com o auxílio de diversos artificios”, ou seja, o indivíduo realiza a tarefa sem conseguir prever o intuito do pesquisador. Assim, Mira y López (1949, p. 9) afirma: “o característico, é o fato

de o examinando ignorar o que se registra ou, pelo menos, a relação existente entre a expressão registrada e os seus traços pessoais”.

No PMK, os traços são registrados de forma gráfica em papel, assim como no grafológico e no HTP. Entretanto, o que difere principalmente é o fato de que, no PMK, os movimentos são realizados nos três planos fundamentais do espaço (horizontal, vertical e sagital), isto é, a folha é colocada em diferentes posições para captar todos os movimentos fundamentais que o indivíduo pode exprimir. Como já foi explicado, no corpo estão impressos dados sobre a personalidade da pessoa, que podem ser revelados pela “miocinese” (movimento) que ela realiza. O movimento é expressão de como o indivíduo atua no mundo através do corpo.

Um outro aspecto fundamental que o difere (da grafologia e do HTP, por exemplo), é o fato de que estes movimentos, após um período de treino, são realizados pelo indivíduo sem o controle da visão, circunstância em que sem aviso prévio, coloca-se um anteparo (um cartão) cobrindo totalmente seu campo visual. O que se observa na prática, é que, neste momento, os traços registrados pelos seus movimentos tendem a mudar, significativamente, de direção e/ou intensidade.

Esses dois parágrafos anteriores ilustram o PMK como técnica projetiva. Ou seja, no momento em que a visão é tampada, sem um controle racional do que está fazendo, é que os dados significativos são revelados, pois o indivíduo (além de expressar) é também “obrigado” a “se projetar no teste” assim “como se projeta no mundo”. Quanto a isso, Anzieu (1981) ressalta que o PMK é única técnica em que a expressão é motora e espaço, a qual “pode ser empregada como forma de abordagem projetiva à personalidade”.

Anzieu (1981), assim como Ombredane (1952, citado pelo primeiro), afirmam que a palavra “projeção” tem vários sentidos, inclusive nos testes projetivos. O sentido de “projetar”, diferente do mecanismo de defesa, significa basicamente “expor”, “atirar-se à

distância”, “estender-se para fora” (Houaiss, 2004, p. 2309). Frank, em 1939 (citado por Anzieu, 1981), inventou o termo “métodos projetivos” e descreveu o PMK como um método projetivo do tipo “refrativo”, pela característica deste de “fazer desviar” ou “impor distorções a uma atividade regular de comunicação”, assim como a grafologia.

Ao longo da experiência clínica, Anzieu (1981, p. 15) afirma que os métodos projetivos confirmaram-se como “os mais valiosos instrumentos em Psicologia”. De fato, há de concordar com Mira y López (1949, pp. 8-9) que “o PMK engloba as vantagens das provas projetivas e das provas de “expressão ativa e involuntária”, que dá uma certa segurança à investigação dos traços típicos de qualquer pessoa humana”.

Uma outra especificidade que torna esta técnica exclusiva está nos trabalhos de Binois e Lefetz (s.d., citados por Anzieu, 1981), em que o afirmam como único teste capaz de fornecer informações sobre as relações entre a personalidade e o tônus muscular e, assim, útil para identificar os “desajustamentos” espaço-motores. E ressalta que, em função de sua natureza não verbal, sua aplicação torna-se até mais fácil e produtiva que a do Rorschach, por exemplo.

2.1.2. O PMK como técnica clínica

Mira y López (1958) ressalta a importância que tem o PMK no uso clínico. Tal aspecto parece ter sido esquecido ou abandonado atualmente, uma vez que as principais pesquisas atuais, como na obra de Passos & Câmara (2005), o focam praticamente nas avaliações psicotécnicas de motoristas e algumas em Psicologia Jurídica.

Entre todas as vantagens já descritas no tópico anterior, Mira y López (1958) ainda afirma da possibilidade de repetir o PMK quantas vezes seja necessário, ou seja, é uma

técnica em que não permite o aprendizado do participante. Mesmo que este estude o manual, a sua expressão corporal raramente é capaz de dissimular, por isso o PMK é tão usado para avaliar os próprios psicólogos em concursos públicos ou qualquer outra seleção.

Deste modo, Mira y López (1958) afirma que é um teste que também permite o controle terapêutico, tanto para os tratamentos físico-químicos quanto para os psicoterápicos de qualquer espécie. Segundo ele, é observado na correspondência da melhora clínica da pessoa e a normalização dos traçados por ela realizados, o que é um dos critérios que estabelece a da validação da prova. Este autor diz ainda que, em 1958, já estavam sendo obtidos resultados positivos nos estudos, ao usar os resultados do Psicodiagnóstico Miocinético para corrigir os desvios tencionais através de uma “terapia cinética” individualizada.

Em recente publicação, Passos & Câmara (2005, p. 127) afirmam que, quando há necessidade de reutilizar um teste, optam pelo P.M.K, porque nele há basicamente:

17. Aceitação pela comunidade científica, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia – CFP em sua Resolução nº002/2003;
18. Não existe o efeito de aprendizagem;
19. Suprime a possibilidade de simulação ou dissimulação;
20. Os dados quantitativos asseguram a objetividade e precisão, argumentos tão importantes para o Judiciário;
21. Padronização da aplicação, mensuração e tetragonagem;
22. Explora a personalidade em suas reações constitucionais (genotípicas) e transitórias (fenotípicas), revelando tendências fundamentais de reação, constituído por suas peculiaridades temperamentais e caracterológicas.
23. Maior número de estudos e pesquisas feitas por profissionais ligados à área de avaliação psicológica.

Ressalta-se, entretanto que, por mais que seja aprovado pelo CRP, o conceito “garantia de validade” é um pouco exagerado, dada a complexidade da avaliação psicológica.

2.1.3. Material de aplicação do PMK

Segundo Mira y López (1972b) os veículos de aplicação do PMK são basicamente: cadeira, anteparos (cartões), lápis de escrever (nº 2); lápis (azul e/ou vermelho); uma mesa com algumas especificidades (como a altura de 72 cm ou até a altura da pessoa sentada e a superfície, onde se coloca o papel, deve ser móvel para fixar-se também na posição vertical). Os dados detalhados dos materiais se encontram no manual original do autor próprio Mira y López (1972a/ 1972b, 4ª edição), e no publicado atualmente por Alice Mira (2004).

Quanto às folhas, são seis: 1-Lineogramas; 2-Zigue-Zagues; 3-Círculos e Escadas; 4-Cadeias; 5-Paralelas e Us Verticais; e 6-Paralelas e Us Sagitais. Constata-se, neste aspecto, algumas diferenças entre os dois manuais citados, como: no primeiro, as espessuras das folhas eram mais finas e o próprio autor do teste recomenda o uso de cada uma de acordo com o que se deseja estudar (e não necessariamente todas, como hoje é comercialmente mais divulgado).

Nesta pesquisa, utilizou-se apenas três folhas para investigar a depressão sendo elas: 1-Lineogramas; 3-Círculos e Escadas e 4-Cadeias. Os números mantidos (1, 3 e 4) são para ressaltar que não se selecionou as folhas na mesma ordem seqüencialmente da

aplicação completa. A seguir, é apresentada a justificativa da eleição para o uso de cada uma e suas características básicas.

2.1.4. Justificativa do uso de cada folha

Em 1952, Avilez afirma que o PMK pode ser usado de vários modos de forma reduzida, para maior rendimento, de acordo com o objetivo que se tem em vista. Por exemplo: no estudo da personalidade, o clínico que pede o exame pode determinar (se souber) a parte da prova que necessita; para orientação profissional, pode ser suficiente o modo reduzido mais difundido (1-Lineogramas; 2-Zigue-Zagues; 5-Paralelas e Us Verticais e 6-Paralelas e Us Sagitais) e para seleção, varia de acordo com a função que o candidato irá exercer.

O uso do PMK reduzido pode ser utilizado sem perder suas propriedades principais, ainda com vantagens econômicas e temporais, ou seja, Avilez (1952) afirma que este tipo de aplicação possibilita a triagem, em larga escala, “em tempo mínimo” e “facilmente financiáveis” (p. 54). E exemplifica que, em uma oficina, obteve esse êxito ao utilizar somente uma folha (2- Zigue-Zagues) para filtrar inicialmente 1.200 candidatos, o que ocorreu com o trabalho de 20 aplicadores, em apenas 3 horas e 30 minutos.

Seguindo esta orientação e fazendo um uso clínico do PMK, para levantamento dos dados referentes à síndrome estudada, foram aplicadas estas provas:

Lineogramas

Mira y López (1949, citado por Tous; Viadé & Chico, 2003, Psicothema, p.254) afirma que “os dados essenciais do PMK são obtidos nos Lineogramas fundamentais

servindo os demais para comprová-los”, pois ao estimular o movimento em todos os planos (vertical, horizontal e sagital), ela fornece, “com a máxima simplicidade, a arquitetura tensional da pessoa” (Mira y López, 1958, p. 370).

Assim, ela é a única prova que estimula todos os movimentos essenciais, essenciais para o perfil do indivíduo, explorados em 5 aspectos: 1- tônus vital (plano vertical); 2- intra e extra tensão (plano horizontal); 3- auto e hetero agressividade (plano sagital); 4 - emotividade e, 5 - excitabilidade e inibição.

Por outro lado, Mira y López (1958) alerta sobre as limitações desta parte da prova, Lineogramas Fundamentais, que devem ser confirmadas com outras, segundo seja o perfil do transtorno estudado. Por se tratar da primeira folha do PMK, se refere a uma situação nova de teste, a qual o indivíduo, por ansiedade elevada, pode inicialmente projetar-se de modo distorcido.

É comum, nesta folha, a constância de um tamanho linear maior (sinal de ansiedade) que das outras partes do teste, e Mira y López (1958, p. 370) explica: “Espera-se que neles se evidencie com maior intensidade a ação das momentâneas atitudes defensivas do eu”. As folhas seguintes, diz ele (s.d., citado por Pereira, 1950), prestam-nos a corroborar os dados da primeira.

Círculos

Esta prova revela-se, de acordo com Mira y López (1958, pp. 372-373), como “a melhor forma cinética reveladora da ansiedade”, e por estar “o desvio secundário dos círculos” sumamente influenciado pela atitude de intratensão.

Sobeja assinalar que tanto a ansiedade quanto a introversão são os sintomas mais recorrentes nas síndromes depressivas. Realizada toda no plano vertical (essencial para o

tônus vital), os traços de ansiedade são captados, sobretudo, na leitura qualitativa, por um aumento gradativo (em relação ao tamanho inicial) e à intratensão nos desvios secundários.

Escadas

Segundo Mira y López (1972b), o objetivo fundamental desta prova (que é impressa na mesma folha dos Círculos), “é a comprovação dos dados referentes ao plano vertical, (onde se mede a intensidade do tônus psicomotor e se deduz da mesma o grau de equilíbrio, depressão ou elação vital do sujeito)” (p. 44).

As Cadeias

Finalmente as Cadeias requer, normalmente, mais tempo de aplicação, pois supõe a execução de oito movimentos parciais, nos planos sagital e vertical. Esta prova é escolhida por ser considerada por Mira y López a prova do PMK para “comprovar os dados referentes à auto ou hetero agressividade, a depressão ou elação” (1958, p. 373), dados estes captados inicialmente nos Lineogramas, como já foi dito.

2.1.5. Significado dos traçados

A leitura sumária dos traçados do PMK para o estudo da depressão é apresentada, mais adiante, no tópico “Resultados” do Artigo científico. Entretanto, aqui se expõem alguns dados gerais sobre o significados dos traçados no PMK.

Segundo Mira y López (1972b), os traçados no plano vertical são indicativos do tônus psico-motor, ou seja, tendência ascendente refere-se a elação e descendente à depressão; já o plano sagital explora um dos traços mais significativos para a depressão,

auto-agressividade (recoo para si, se intenso donde há o risco de suicídio) ou hetero agressividade (avanço) e, por fim, o plano horizontal explora a extratensão (abertura) ou intratensão (fechamento).

Os movimentos do teste estimulam as duas mãos. O autor (1972b) explica que a mão dominada (esquerda do destro e direita do canhoto) evidencia atitudes permanentes, profundas, “constitucionais” ou “genotípicas” da pessoa. Ao passo que, a mão dominante (a direita dos destros e a esquerda dos canhotos), sobre a qual o indivíduo exerce melhor seu domínio, evidencia atitudes transitórias, “aparentes ou “fenotípicas”, temperamentais (Pereira, 1950, p. 32).

Daí a necessidade de se avaliar ambas e realizar uma leitura global da personalidade. Os fatores qualitativos do PMK são tão valiosos quanto os dados quantitativos e cada um deverá ser apreciado por suas características, considerando sua intensidade, frequência e onde aparece na trajetória.

2.2. O Questionário Tetradimensional para a depressão (CET-DE)

Foi dito anteriormente que as técnicas de avaliação (projetivas) captam dados significativos da personalidade do sujeito e que se deve utilizar, como propugna Allport (1986), outras técnicas (naturezas diferentes) para o aprimoramento do diagnóstico. Com esse intuito, como técnica (direta) foi escolhida o CET-DE para o diagnóstico da depressão.

O Questionário Tetradimensional para a Depressão (CET-DE) foi elaborado por Alonso-Fernández (1988) e sua equipe, partindo da concepção clínica tetradimensional da depressão, publicada em distintos trabalhos desde 1985. Este é um instrumento para a medição da sintomatologia depressiva que explora a experiência vivida do sujeito através da fala e, por isso, também fenomenológico.

Trata-se de 63 perguntas distribuídas em quatro conjuntos: dimensão I (*humor depressivo*); dimensão II (*anergia*); dimensão III (*descomunicação*) e dimensão IV (*ritmopatia*). As perguntas foram elaboradas para estimular cada sintoma e sinal da depressão, em cada uma dessas dimensões.

Trata-se de um questionário hetero aplicado, o qual avalia de forma objetiva e quantitativa a depressão. De acordo com a intensidade do sintoma relatado pelo paciente, o aplicador atribui um valor: de zero (ausência do sintoma) a 4 pontos (muito intenso). Atenta-se para o fato de que, na primeira dimensão (*humor depressivo*), há 21 questões e, nas demais, 14 questões. Para não haver divergências entre os resultados gerais, é necessário fazer uma pontuação ponderada para a primeira dimensão (multiplica-se por 0,66) (pontuação ponderada).

O autor afirma que o CET-DE, além de esclarecer o diagnóstico, a classificação e o desenrolar da depressão, é um instrumento útil para “dispor de um inventário de sintomas

e sobretudo para obter um perfil semiológico estrutural dos enfermos depressivos, distribuído em quatro dimensões” (Alonso-Fernández, 1988, p. 235). Para a *validação empírica*, foram realizados três estudos sucessivos, os dois últimos dos quais correspondem a atual versão do CET-DE.

Este é um instrumento hetero administrado adequado, segundo Alonso-Fernández (1988), com uma característica original absoluta (as quatro dimensões), pois a maioria das Escalas e Questionários têm uma construção uniforme, sujeita a uma avaliação global única (Alonso-Fernández, 1988, p. 228).

O indício de depressão, por este Questionário, é dado por uma pontuação elevada (acima de 32 pontos) em qualquer uma das dimensões e, não somente pela dimensão do humor depressivo.

2.3. A Entrevista Semidirigida

Segundo Tavares (2002), existem várias formas de se realizar a entrevista clínica. O que a caracteriza são os objetivos específicos do que se quer alcançar e a orientação do entrevistador. Gomes (1997, p. 10) observa que “As diversas entrevistas realizadas (...) levam o entrevistador a diferentes lugares de onde pode ver uma determinada experiência de várias perspectivas”. No presente trabalho, como já foi exposto, o intuito de utilizá-la foi de aprofundar os dados captados pelas outras técnicas para o diagnóstico da depressão.

Sobre isso, e em concordância com a utilização dela neste trabalho, Tavares (2002, p. 46) afirma: “A entrevista é a única técnica capaz de testar os limites de aparentes contradições e de tornar explícitas características indicadas pelos instrumentos padronizados, dando a eles validade clínica”.

A importância técnica da entrevista no diagnóstico da depressão é atestada também por Alonso-Fernández (1988, p. 97), que escreve: “O ato primordial para o diagnóstico da síndrome depressiva é a *entrevista com o doente*. Através dessa entrevista, ampliada com os informes transmitidos pelos familiares, se poderá comprovar ou não a existência de um estado depressivo mórbido”.

Para tanto, utilizou-se as respostas objetivas colhidas pelo CET-DE para elaborar uma entrevista semidirigida. Cada pergunta elaborada explora um tema das quatro dimensões, através da orientação fenomenológica, ou seja, a partir do que o próprio sujeito diz sobre sua vivência depressiva. Sobre a entrevista fenomenológica, Gomes (1998, p. 31) afirma que esta: “explora o mundo vivido do entrevistado, definido como experiência consciente, e está à procura do sentido que este mundo vivido tem para o entrevistado”.

Sendo assim, a seguir apresenta-se um pouco da orientação fenomenológica utilizada nesta pesquisa.

3. O saber metodológico da pesquisa Qualitativa de base Fenomenológica

O método desta pesquisa, de cunho qualitativo, tem como alicerce a Fenomenologia, a qual, de acordo com Turato (2003, p. 209), tem sido “a principal base filosófica para as metodologias qualitativas atuais”. Esta contribui para a renovação dos métodos e técnicas, em diversas áreas do conhecimento nas Ciências Humanas e Biológicas e pode ser encontrada na raiz de abordagens da própria Psicologia, como “a Psicologia da Gestalt, a Psicanálise e a Psicologia Cognitiva Fenomenológica” (Ramón, 2006).

A Fenomenologia é também uma atitude, uma postura vivencial, aberta ao saber das diferentes áreas do conhecimento humano que possam acrescentar. Não se trata de uma comunidade etnocêntrica e/ou individual, como muitas existentes no meio acadêmico, as quais, segundo Turato (2003), se denominam superiores às outras bases filosóficas e metodológicas. A pesquisa fenomenológica, portanto, como neste trabalho, permite o intercâmbio de idéias com outros referenciais teóricos, tais como a Antropologia, a Sociologia, a Medicina, a Psicanálise, a Psicologia (Clínica, da Saúde, Social...), etc. Como esclarece Turato (2003), um fenômeno pode ser melhor entendido à luz de uma teoria e, em outro momento, um referencial teórico distinto traz soluções mais úteis.

A Fenomenologia, a partir de Franz Brentano, apresenta como objetivo mostrar que “todo feito humano é, por essência, significativo” (Ribeiro Júnior, 2003, p. 20). Esta filosofia e modo de vida foi, posteriormente, sistematizada com rigor e “popularizada” como método, por Edmund Husserl, aluno do primeiro. Ela, portanto, valoriza o ser humano e o estudo a partir das significações da experiência vivida pela própria pessoa, analogicamente, sendo este também um dos interesses da pesquisa qualitativa.

Concernente a isto, Giorgi (2000, p. 69) afirma que “o método fenomenológico é qualitativo e o método fenomenológico é científico”.

Assim, o método aqui denominado Qualitativo de Base Fenomenológica, de modo geral, tem como objeto de estudo o ser humano e é interessado em entender o ponto de vista do sujeito. Isto implica em considerar a experiência única por ele vivida, abrangendo suas singulares significações, sentidos, conhecimentos e interpretações dos fenômenos (Turato, 2003). O qualitativo em pesquisa refere-se a “qual significado ou sentido” (Turato, 2003, p. 195), o que tem sido base de estudo, ao molde da influência da Fenomenologia, para a Antropologia, a Sociologia, a Educação, a Enfermagem, etc. (Turato, 2003, p. 227). Aliás, como exposto por Turato (2003, p. 227) “Foram os alicerces do pensamento fenomenológico que permitiram a abordagem qualitativa”.

Contribuindo para o campo da Psicopatologia Fenomenológica, Franz Brentano (Ramón, 2006), propôs estudar não apenas as bases genéticas e fisiológicas de um transtorno (fenômeno), mas conhecer também sua dimensão psicológica. Ou seja, no estudo da depressão, por exemplo, deve-se investigar também o saber ou significação da depressão vivenciada por cada sujeito depressivo, uma vez que cada um sente sua experiência de forma muito singular. Esse ponto teórico de Brentano repercutiu em contribuições de outros autores da abordagem fenomenológica, como Binswanger, Rogers e Karl Jaspers.

Karl Jaspers foi o precursor em usar o método fenomenológico sistematicamente em Psicopatologia (D.A. Moreira, 2002, p. 104). O processo consta primeiramente em reconhecer o material fornecido pelas descrições dos pacientes, os quais deveriam ser responsáveis também pela interpretação de suas experiências. Assim, este autor valoriza o comportamento, o movimento expressivo da pessoa, por conseguinte, a exploração

(questionamento) para colher informações e relatos espontâneos fornecidos pelos pacientes, acerca de si próprios.

As angústias e ansiedades existenciais, portanto, necessariamente são valorizadas, como afirma Turato (2002), isto porque, de acordo com Brentano (citado por Ribeiro Júnior, 2003, p. 20), todo fato psicológico tem *intencionalidade*, ou seja, de acordo com Merleau-Ponty (1999, p. 15) “toda consciência é consciência de algo”. “A consciência não cria os fatos (como na visão idealista), mas também não é criada pelos fatos (como na visão materialista); ela cria o significado dos fatos. É na subjetividade da consciência que se encontra a objetividade do fenômeno” (Ribeiro Júnior, 2003, p. 73).

Assim, a visão metodológica desta pesquisa procurou investigar ao máximo, fenomenologicamente, os significados da conduta da vivência do participante. As expressões, verbal e corporal, foram levadas em consideração, e ninguém melhor que o sujeito depressivo (que vivencia o fenômeno) para relatar as experiências acerca de si mesmo.

4. O saber sobre a normatização para publicação de trabalho científico:

A Formatação deste estudo obedece às Normas de Publicação da APA: *Publication Manual of the American Psychological Association* (5ª edição, 2001).

A seguir, um Artigo sobre esta pesquisa aos moldes de a uma revista científica. A Revista, por exemplo, “Psicologia: Reflexão & Crítica” (UFRGS) recomenda que:

- F. O Artigo deve ter entre 15-25 páginas (incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto);
- G. Papel Tamanho A4 (21 x 29,7cm). Em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o manuscrito, incluindo referências e notas de rodapé;
- H. Margens: no mínimo 2,5 cm em todos os lados;
- I. Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Corpo do Texto, referências, anexos, notas de rodapé, tabelas e legendas de figuras;
- J. Numeração das páginas: canto direito na altura da 1ª linha de cada pág.;
- K. Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página (exceto Figuras).
- L. Endereços da Internet (links) no texto deverão estar ativos.
- M. Ordem dos elementos é: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas, Legenda das Figuras, Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

Referências

- Allport, G. W. (1986). Examen de los métodos. Em G. W. Allport (Org.), *La personalidad: su configuración y desarrollo*. (pp. 495-536). Barcelona: Herder.
- Alonso-Fernández, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico: Nuevo modelo clínico*. Madrid: Labor.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. São Paulo: Artes Médicas. Acesso em 18 de maio, 2005, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/dsm/dsm.html>
- Anzieu, D. (1981). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Avilez, T. (1952). *Pesquisa sobre os desvios secundários no psico-diagnóstico miocinético do Prof. Mira y López*. Arquivos Brasileiros de Psicotécnica. Rio de Janeiro.
- Birman, J. (2005). Deprimidos, panicados e toxicômanos. Em J. Birman, *Mal-estar na atualidade _ a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. (pp. 244-249). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Canini, S. R. M. S., Reis, R. B., Pereira, L. A., Gir, E., & Pelá, N. T. R. (2004). Qualidade de Vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (6), 1-10.
- Cardoso, L.M. R. (2004). *Exercício aeróbio associado aos reforçadores generalizados na redução da intensidade da depressão*. Dissertação não-publicada, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Classificação de transtornos mentais de comportamento — descrições clínicas e diretrizes diagnósticas — CID-10. (1993). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cordás, T. A. (2002). *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores — uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Dalgalarrodo, P. (2000). Funções psíquicas compostas e suas alterações: consciência e valoração do eu, esquema corporal e identidade. Em P. Dalgalarrodo (Org.),

- Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (pp. 150-158). São Paulo: Artmed.
- Delouya, D. (2002). *Depressão, estação psique: refúgio, espera, encontro*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Freud, S. (1917/ 2006). Luto e melancolia. Em L. A. Hanns et al. (Org.), *Obras psicológicas Sigmund Freud: Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Volume 2. (coordenação geral de tradução: Luiz Alberto Hanns). (pp. 99-122). Rio de Janeiro: Imago.
- Giorgi, A. (2000). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquenses University Press.
- Gomes, W. B. *A Entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente*. Psicol. USP., São Paulo, v. 8, n. 2, 1997. Acesso em 12 de fev, 2006, disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0103-65641997000200015&lng=pt&nrm=iso.
- Gomes, W. B. (1998). *Fenomenologia e pesquisa em psicologia*. Porto Alegre: UFRGS.
- Houaiss, I. A. (2004). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Jaspers, K. (1913/ 2005). *Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Vol. 1 e 2. São Paulo: Atheneu.
- Jung, F. H. (2006). *Abuso sexual na infância: uma leitura fenomenológica-existencial através do psicodiagnóstico Rorschach*. Dissertação não-publicada, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Kurtz, R. & Prestera, H. (1984). *O Corpo revela, um guia para a leitura corporal*. São Paulo: Summus Editorial.
- Maj, M. & Sartorius, N. (2005). *Transtornos depressivos*. Porto Alegre: Artmed.

- Merleau-Ponty, M. (1975). *Estrutura do Comportamento*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2006). *Dia Mundial da Saúde Mental debate prevenção do suicídio*. Acesso em 23 de outubro, 2006, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28191
- Ministério da Saúde (Brasil). (2006). *Brasil será primeiro país da América Latina a ter proposta para prevenir suicídio*. Acesso em 23 de outubro, 2006, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=27942
- Mira y López, E. (1949). *Estudo da personalidade pelo método dos testes*.
- Mira y López, E. (1958). Los métodos y tests expresivos. Em E. Mira y López, (Org.), *Compendio de psiquiatria*. (pp. 363-375). Buenos Aires: El Ateneo.
- Mira y López, E. (1966a). Axiestereómetro de Mira y Calcagno Em: B. Székely (Org.), *Los testes: manual de técnicas de exploración psicológica*. (pp. 1013-1027). Buenos Aires: Kapelusz.
- Mira y López, E. (1966b). El psicodiagnóstico miokinético. Em B. Székely, (Org.), *Los testes: manual de técnicas de exploración psicológica*. (pp. 1421-1434). Buenos Aires: Kapelusz.
- Mira y López, E. (1967). *Manual de psicoterapia*. São Paulo: Mestre Jou.
- Mira y López, E. (1972a). *Ilustraciones del manual psicodiagnóstico miokinético*. Dirigida por Jaime Bernstein. Buenos Aires: Paidós.
- Mira y López, E. (1972b). *Psicodiagnóstico miokinético (PMK): Manual*. 4ª edición, dirigida por Jaime Bernstein. Buenos Aires: Paidós.
- Mira, A. M. G. (2004). *P.M.K: Psicodiagnóstico miocinético*. Vol. 1 e 2. São Paulo: Vetor.

- Mohanty, J. N. (2000). *Layers of selfhood*. Em J. N. Mohanty (Org.), *The self and its other: philosophical essays*. (pp. 71-85). New York: Oxford University Press.
- Moreira, A.C.G. (2002). *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta.
- Moreira, D.A. (2002). *O Método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Oliveira, E. H. P. D. (2004). *Reforçadores Generalizados e o Comportamento Depressivo em Contexto Clínico*. Dissertação não-publicada, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Oliveira, M. M. L. de (2006). *Encontro com o ser: Um olhar fenomenológico sobre a reconstrução do universo existencial de jovens que tentaram suicídio*. Dissertação não-publicada, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Organização Mundial de Saúde — OMS (World Health Organization — WHO). (2003). *Depression*. Acesso em 23 de outubro, 2006, disponível em <http://www.who.int/topics/depression/en/>
- Organização Mundial de Saúde — OMS (World Health Organization — WHO). (2004). *Suicide huge but preventable public health problem, says WHO. World Suicide Prevention Day — 10 September*. Acesso em 23 de outubro, 2006, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>
- Organização Mundial de Saúde — OMS (World Health Organization — WHO): *World Mental Health Day 2006: 'Building Awareness — Reducing Risks: Suicide and Mental Illness'*. Acesso em 23 de outubro, 2006, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr53/em/index.html>.
- Pereira, A. O. (1950). *Psicodiagnóstico Miocinético do Professor Emilio Mira y López*. Rio de Janeiro.
- Ramón, S. P. (2006). *A importância da Act-Psychology de Franz Brentano*. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19 (2), 340-345.

- Rezende, A. A. de & Moraes, E. de (2003). Visão histórica da questão corporal na depressão. Em (Org.), *Corpo e existência*. (pp. 269-276). São Bernardo do Campo: UMESP: FENPEC.
- Ribeiro Júnior, J. (2003). *Introdução à Fenomenologia*. São Paulo Edicamp.
- Rodrigues, L. A. V. (2001). *Terceira idade e práticas religiosas como expressão de solidariedade*. Dissertação não-publicada, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião, da Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Rosas, P. (1995). *Mira y López: 30 anos depois*. São Paulo: Vetor.
- Santos, G. A. C. dos (2004). *Educação, Profissão Perigo: Burnout, Depressão e o Tratamento Espiritual no Espiritismo*. Dissertação não-publicada, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião, da Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Schilder, P. (1999). *A Imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Schultz & Schultz, S. (1996). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cultrix.
- Tavares, M. (2002). A entrevista clínica. Em: J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico – V*. (pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed.
- Tous, J. M.; Viadé, A. & Chico, E. (2003). Aplicación Del psicodiagnóstico miokinético revisado (PMK - R) al estudio da la violencia. *Psicothema*, 2, 15, 253-259.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana*. Petrópolis: Vozes.
- United Nations — U.N (Organização das Nações Unidas — ONU). U.N — News Service (Centro de Informações da U. N.). (2004). *UN agency seeks to curb 'huge but largely preventable' problem of suicide*, Acesso em 23 de outubro, 2006, disponível em <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=11857&Cr=&Cr1=#>

Wannmacher (2003). *Depressão maior: da descoberta à solução?* OPAS — Organização Pan-Americana da Saúde, v.1, n. 05. Acesso em 23 de outubro, 2006, disponível em http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/HSE_URM_DEP_0404.pdf

ARTIGO

Diagnóstico da Depressão numa Perspectiva Fenomenológico/Existencial, através do PMK; do CET-DE e da Entrevista: um Estudo de Caso*.

Luciana Teixeira Fernandes**

Saturnino Pesquero Ramón***

Resumo

Este estudo objetiva apresentar os resultados do uso conjugado de três técnicas que, numa perspectiva diagnóstica fenomenológica, exploram os significados do estado depressivo vivenciados pelo sujeito pesquisado. A verbalização dos mesmos foi estimulada nestas quatro dimensões: *humor depressivo, anergia, descomunicação, ritmopatia biopsicológica*. A técnica projetiva-expressiva do PMK os explorou através da linguagem gestual miocinética irrefletida, tanto temperamental ou genotípica quanto caraterial ou fenotípica. Já as técnicas diretas do CET-DE (*Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión*) e da Entrevista os exploraram mediante sua verbalização refletida ou consciente. Os resultados atestam a utilidade do emprego conjunto de uma técnica projetiva e de duas, chamadas diretas, no sentido de que as segundas ajudam na interpretação dos dados da primeira e esta última alicerça a veracidade dos dados obtidos com as outras duas. Confirmam, todavia, a atualidade diagnóstica clínica da técnica do PMK, pelo caráter indissimulável da linguagem que utiliza.

Palavras-chave: Fenomenologia; Depressão; Psicodiagnóstico Miocinético (PMK); Questionário Estrutural Tetradimensional para a Depressão (CET-DE).

* Este estudo faz parte da Dissertação de Mestrado em Psicologia do primeiro autor, orientado pelo segundo.

** Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás. (luciana.psi@hotmail.com)

*** Professor Doutor no Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás. (ramonpesquero@uol.com)

Diagnosis of Depression in a Phenomenological/Existential perspective, through the PMK, the CET-DE and the Interview: a case study *.

Fernandes, Luciana Teixeira **

Ramón, Saturnino Pesquero ***

Abstract

This study aims to present the results of the conjugated use of three techniques that, in a phenomenological diagnostic perspective, explore the meaning of the depressive state lived by the researched subject. The verbalization of the same was stimulated in these four dimensions: *depressive humor, anergy, discommunication, biopsychological rhythmopathy*. The expressive-projective technique of the PMK explores them through the irreflected miocinetic gestural language, such temperamental or genotypic as characterial or phenotypic. The direct techniques of the CET-DE (Tetradimensional Structural Questionnaire for the Depression) and the interview explore them by means of its verbalization reflected or conscious. The results attest the utility of the connected use of a projective technique and two called direct, in the sense that the second ones help in the interpretation of the data of the first one and this last one establishes the veracity of the data obtained with the others ones. They confirm, however, the present clinic diagnostic of the PMK technique, by the undisguisable character of the language it uses.

Keywords: Phenomenology; Depression; Myokinetic Psychodiagnostic (PMK); The Structural Tetradimensional Questionnaire for the Depression (CET-DE).

* This study is part of the first author's Psychology master essay, oriented by the second one.

** Psychologist and Master in Psychology by Catholic University of Goiás. (luciana.psi@hotmail.com)

*** Professor Doctor of the Master Course in Psychology of the Catholic University of Goiás. (ramonpesquero@uol.com)

A depressão, pela Organização Mundial da Saúde OMS (2003), é considerada doença e uma das que tem maior impacto social no mundo, devendo ser considerada um problema de saúde pública. Estima-se (OMS, 2001) que cerca de 121 milhões de pessoas apresentam depressão em todo mundo e, que só no Brasil, haja 13 milhões de casos, algumas mais leves, outras nem tanto.

O modelo de diagnóstico da depressão usado no estudo de caso do presente trabalho é o proposto por Francisco Alonso-Fernández¹ (1988). Esse autor, numa perspectiva fenomenológica, defende que a sintomatologia da depressão não pode ficar restrita apenas a dois grupos de sintomas (como o fazem muitos autores): o do humor depressivo e o da inibição psicomotora, pois “cerca de 50% dos sintomas ficam sem achar um marco adequado para sua agrupação” (Alonso-Fernández, 1988, p. 5). Para superar tal limitação, Alonso-Fernández (1988) propõe uma concepção tetradimensional da depressão que permite agrupar, seguindo uma ordem, a totalidade dos componentes semiológicos da estrutura da síndrome depressiva. Sobre esta particularidade de seu modelo, que o diferencia dos outros existentes, escreve: “De modo diferente, nossa concepção tetradimensional da depressão permite agrupar hierarquicamente [conforme o grau de sua intensidade] a totalidade dos sintomas e sinais depressivos. Simplesmente, este dado representa um ganho em amplitude e profundidade, tendo em vistas sua aplicação clínica e a tarefa docente” (Alonso-Fernández, 1988, pp.5-6). As quatro dimensões propostas para um diagnóstico estrutural dos estados depressivos são:

- 1ª) *Humor depressivo*, caracterizado fundamentalmente “por um sofrimento em continuar vivendo”. Que inclui um sentimento de *autodesvalorização* e,

¹Atual professor catedrático e chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Complutense de Madrid.

muitas vezes, pode tornar-se “o germe psicopatológico das tendências autodestrutivas imanentes no quadro depressivo” (Alonso-Fernández, 1988, p. 34).

2ª) *Anergia*, caracterizada por um “esvaziamento impulsivo-afetivo”, que se manifesta tanto no plano psíquico quanto corporal (Alonso-Fernández, 1988, p. 40).

3ª) *Descomunicação*, caracterizada por “uma diminuição da capacidade de sintonização vital”, que conduz “a uma postura radicalmente introvertida”, que afeta a sociabilidade (Alonso-Fernández, 1988, p. 47).

4ª) *Ritmopatia*, caracterizada por transtornos de sincronização, tanto dos ritmos biológicos (sono, alimentação, atividade/descanso, etc.) quanto dos psicológicos: “oscilação emocional pendular” ou instabilidade pulsional. (Alonso-Fernández, 1988, pp. 56-57).

Sob esta orientação teórica e empregando o que chama de “método fenomenológico estrutural, onde se associa a atitude fenomenológica com o enfoque estrutural” (Alonso-Fernández, 1988, p. 5), o autor construiu *O Questionário Estrutural Tetradimensional para a Depressão* (CET-DE), que como prova, também psicométrica, supera pela sua abrangência e aprofundamento as técnicas até hoje conhecidas. Por exemplo, citamos:

A *Escala Hamilton de Mensuração da Depressão (HAM-D)*, publicada em 1960, foi a primeira escala específica e chegou a ser a escala referencial para a depressão. E segundo Stefanis & Stefanis (s.d., citados por Maj & Sartorius, 2005), é a escala de hetero avaliação mais utilizada até hoje no mundo. De acordo com Alonso-Fernández, esta escala tem a vantagem de cobrir as quatro dimensões do CET-DE: *humor depressivo* (7 itens), *anergia*

(5 itens), *descomunicação* (4 itens) e *ritmopatia* (5 itens), compreendendo quase tantos itens corporais como psíquicos. Apresenta, entretanto, no primeiro item (*humor depressivo*), uma definição imprecisa, o que pode levar ao erro ao ser confundido com “tristeza, desamparo ou inutilidade” (Alonso-Fernández, 1988, p. 216). Stefanis & Stefanis (s. d., citados por Maj & Sartorius, 2005) também a critica pela ênfase dada à sintomatologia ansiosa.

O *Inventário da Depressão de Beck* (BDI) foi inicialmente construído, em 1961, como uma medida de hetero avaliação (com 21 itens) que possuía “mais da metade da sua composição absorvida pela dimensão do *humor depressivo* (11 itens)” (Alonso-Fernández, 1988, p. 218). Os outros dados se distribuíam nas outras 3 dimensões, da seguinte forma: *anergia* (4 itens), *descomunicação* (3 itens) e *ritmopatia* (3 itens). Em 1974, uma versão mais breve (de 13 itens) e auto-aplicada é apresentada, sendo a escala deste tipo (auto-aplicada) mais relatada nos ensaios, de acordo com Perris (s. d., citado por Maj & Sartorius, 2005). Porém, por seu “caráter fundamentalmente auto-aplicada (...) sua principal indicação fica limitada aos graus suave e moderado da depressão, como costuma ocorrer em todas as provas auto-aplicadas” (Alonso-Fernández, 1988, p. 219).

A *Escala de Montgomery-Asberg de Mensuração da Depressão* (MADRS) (1979) uma prova heteroaplicada que objetiva avaliar as mudanças na sintomatologia depressiva. Conforme esta técnica, o paciente, através de uma entrevista dirigida, verbaliza sua vivência em cada um dos dez itens que o referido instrumento explora para diagnosticar as mudanças no seu estado depressivo. Sobre esta Escala, Alonso-Fernández (1988), citando outros autores, assinala estas duas limitações: a de não conter nenhum item que avalie a *descomunicação*; a da precariedade de apenas com dez itens explorar a experiência depressiva. Segundo este autor (1988, p. 224), este pormenor: “dificulta poder cumprir seu

objetivo primordial de efetuar uma descrição qualitativa do estado depressivo e determinar a partir da mesma a medição das mudanças”.

A vantagem do uso de técnicas de avaliação da depressão que, numa abordagem fenomenológica, exploram o significados vividos pelo próprio paciente, é propugnada por muitos autores. Jaspers por exemplo, recomenda que, para “conseguir clareza fenomenológica” no diagnóstico das anormalidades da vida psíquica, devemos explorar, sempre que possível, a vivência de tais distúrbios a partir dos sujeitos implicados. Com tal finalidade, os pacientes devem “ser conduzidos à auto-observação a fim de saber alguma coisa sobre as modalidades subjetivas de suas experiências, não apenas sobre os conteúdos destas” (Jaspers, 1913/2005, p. 932). Ou seja, não basta apenas referir à experiência, faz-se necessário refletir, também, sobre os significados vivenciados nela.

Sob esta perspectiva teórica-fenomenológica, o psicodiagnóstico de um estudo de caso de depressão apresentado seguiu duas etapas. Na primeira, através do PMK e do CET-DE foram estimulados os significados vividos nestas quatro dimensões que compõem as síndromes depressivas, segundo a referência teórica anunciada: 1) *humor depressivo*; 2) *anergia*; 3) *descomunicação*; 4) *ritmopatia*. Na segunda, os significados apenas expressos irrefletidamente através da linguagem corporal, no caso do PMK e/ou apenas auto-confirmados nas respostas do CET-DE, foram explorados em sua dimensão vivencial-existencial através de uma entrevista semidirigida, ou seja, o paciente verbalizou os aspectos de vivência em cada uma das quatro dimensões com que é estudada a experiência de um estado depressivo.

O emprego conjugado das três técnicas diagnósticas: uma de natureza projetiva, o PMK, e duas de natureza direta, o questionário e a entrevista, obedecem a uma necessidade prática de obter um diagnóstico o mais sólido possível. Sobre este particular, Allport (1986, p. 518) afirma taxativo: “É impossível avaliar os conhecimentos

proporcionados pelo método projetivo se não dispomos de um estudo baseado nos métodos diretos que nos proporciona a informação consciente do sujeito”.

O PMK, como lembra seu autor Mira y López tem a vantagem de impossibilitar a fraude ou dissimulação por parte do examinando, o que pode acontecer nas outras técnicas projetivas verbais e até nas outras técnicas motrizes com controle visual pois, com relação as motrizes e outras do gênero, salienta: “Desgraçadamente, as provas motrizes, incluindo as denominadas provas de trabalho *Arbeitsproben*, assim como os testes situacionais e realistas, tampouco oferecem garantias suficientes contra a fraude ou o dissimulo, pois qualquer indivíduo inteligente é capaz de captar seu sentido e organizar uma resposta artificial”. Acrescentando, nesse mesmo escrito, que a prova do PMK. consegue ainda “associar as vantagens das provas projetivas e das provas de expressão ativa involuntária, possibilitando, assim, uma base mais sólida a partir das qual se possa obter, com certa segurança, uma investigação dos traços típicos de qualquer personalidade humana” (Mira y López, 1972, p.13).

Por sua vez, o CET-DE, segundo atesta Ojeda (s. d., citado por Maj & Sartorius, 2005, p. 75), constitui-se num valioso instrumento diagnóstico para avaliação da depressão: “os resultados diagnósticos melhoraram significativamente” com o uso de “técnicas apropriadas de entrevistas e instrumentos diagnósticos (...) como o CET-DE”. Por outro lado, como já foi assinalado, este questionário além de ser uma prova psicométrica, validada estatisticamente, não tão só avalia de forma exaustiva os sintomas em cada uma das quatro dimensões que caracterizam o distúrbio senão que também possibilita obter uma visão hierarquizada de qual é a dimensão que tem maior e menor peso semiológico na descrição do estado depressivo estudado, e poder obter todavia, “uma classificação clínica dos estados depressivos” no sentido de poder ser definido, em cada caso, se o tipo de depressão é: unidimensional, bidimensional, tridimensional ou

tetradimensional, conforme sejam os escores superiores a 32, apenas alcançados numa, duas, três ou quatro das dimensões exploradas (Alonso-Fernández, 1988, p. 233).

Finalmente, a importância técnica da entrevista no diagnóstico da depressão é atestada por Alonso-Fernández (1988, p. 97), ao escrever: “O ato primordial para o diagnóstico da síndrome depressiva é a *entrevista com o doente*. Através dessa entrevista, ampliada com os informes transmitidos pelos familiares, se poderá comprovar ou não a existência de um estado depressivo mórbido”.

Convém sublinhar ainda que a entrevista é a técnica privilegiada do método fenomenológico. Sobre este particular, Gomes (1997/ 1998), depois de salientar que “a contribuição da fenomenologia é a reflexão sistemática” (p.12), ao escrever sobre a entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente, afirma: “A entrevista explora o mundo vivido do entrevistado, definido como experiência consciente, e está à procura do sentido que este mundo vivido tem para o entrevistado” (Gomes, 1997, p. 10). No nosso caso de diagnóstico de um estado depressivo, a entrevista serve para ampliar e reforçar os significados da experiência estudada, levantados através das outras duas técnicas.

Por outro lado, o uso conjugado das duas técnicas estimuladoras da vivência depressiva: teste miocinético e questionário estrutural tetradimensional se justifica pelo fato de que ambas as provas, além de sua natureza psicométrica objetiva, avaliam as quatro categorias de sintomas depressivos. De fato, com relação ao PMK, Mira y López afirma que ele nos informa sobre as quatro dimensões que caracterizam o deprimido: a) “se ataca ou foge” [*humor depressivo*]; b) “se o sujeito se exalta ou se deprime” [*anergia*]; c) “se se fecha ou introverte ou mais bem se abre” [*descomunicação*]; (Mira y López, 1966, p. 1429). Informa-nos também sobre, d) “o grau de emotividade ou pulsividade involuntária do sujeito” [*ritmopatia psicológica*] (Mira y López, 1972, p. 52).

Avilez (1952), da equipe de Mira y López do ISOP - RJ (Instituto de Seleção e Orientação Profissional – Rio de Janeiro), afirma que o PMK pode ser usado de vários modos de forma reduzida, sem perder suas propriedades principais, de acordo com o objetivo que se tem em vista, contendo assim vantagens de custo e de tempo. Escreve: “O teste pode ser reduzido para o maior rendimento, de vários modos, tendo-se em vista os seguintes objetivos:

- 1) exame específico de personalidade [uso clínico];
- 2) orientação profissional;
- 3) para seleção” (Avilez, 1952, p. 54).

Seguindo esta orientação e fazendo um uso clínico do PMK, para levantamento dos dados referentes à síndrome estudada, foram aplicadas estas provas:

a) Lineogramas, que segundo Mira y López “os dados essenciais do PMK são obtidos nos Lineogramas fundamentais servindo os demais para comprová-los” (1949, citado por Tous, Viadé & Chico, 2003, p. 253), pois ao explorar os cinco aspectos (1- tônus vital; 2- intra e extra tensão; 3- auto e hetero agressividade; 4- emotividade e, 5- excitabilidade e inibição) nos dá o perfil no mal patológico do indivíduo. Fornece-nos “com a máxima simplicidade, a arquitetura tensional da pessoa”, com que se define sua conduta normal ou anormal.

Por outro lado, Mira y López alerta sobre as limitações desta parte da prova, Lineogramas Fundamentais, que devem ser confirmadas com outras, segundo seja o perfil do transtorno estudado. Explica: “Os lineogramas seguem merecendo o qualitativo de Lineogramas fundamentais por ser os que nos mostram a máxima simplicidade, a arquitetura tensional da pessoa, mas não por ser os que nos dão os dados mais significativos” (Mira y López, 1958, p. 370).

b) Círculos, por ser a prova que, de acordo com Mira y López, constitui “a melhor forma cinética reveladora da ansiedade” e por estar “o desvio secundário dos círculos” sumamente influenciado pela atitude de intratensão. (Mira y López, 1958, pp. 372-373). Sobeja assinalar que tanto a ansiedade quanto a introversão são os sintomas mais recorrentes nas síndromes depressivas.

c) Escadas, segundo Mira y López (1972), o objetivo fundamental desta prova “é a comprovação dos dados referentes ao plano vertical, (onde se mede a intensidade do tono psicomotor e se deduz da mesma o grau de equilíbrio, depressão ou elação vital do sujeito)” (p. 44).

d) Cadeias, por ser considerada por Mira y López (1958, p. 373) “a prova mais indicada para comprovar os dados referentes a auto ou hetero agressividade, a depressão ou elação”.

Com o uso conjugado da técnica projetiva do PMK, que traduz, através do simbolismo, os desvios nas dimensões da depressão, e do CET-DE que, como prova direta, estimula a verbalização das mesmas dimensões da experiência depressiva, confirmadas e refletidas através de uma entrevista semidirigida, propiciou alcançar os seguintes objetivos propostos, no nosso trabalho:

Objetivo Geral: diagnosticar a depressão numa abordagem fenomenológica, ou seja, através da experiência vivida do sujeito pesquisado.

Objetivo Específico: constatar a utilidade do uso conjugado das três técnicas empregadas para a obtenção de um sólido diagnóstico da depressão.

Método

Campo de Trabalho

A coleta de dados da pesquisa foi realizada na ala de internação feminina de pacientes com depressão, em uma Clínica de tratamento psiquiátrico de Goiânia-GO, sendo que a mesma apresenta como objetivo social disponibilizar diversos tipos de tratamento (como o de médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc.) à população e atendimento gratuito a pessoas de baixa renda.

Participante

O sujeito deste estudo é do sexo feminino, 37 anos de idade, divorciada, natural do interior de Goiás, residente em Goiânia em companhia da mãe e de três filhos menores, escolaridade completa até o nível médio, classe econômica média baixa, desempregada há mais de dois anos. A participante, Marli (nome fictício), estava internada na Clínica com o diagnóstico psiquiátrico de transtorno depressivo e participou do estudo por livre consentimento. O prontuário da participante na Clínica consta várias internações, com reincidências da depressão.

Durante a aplicação da prova, estava sob a influência de tratamento farmacológico, que não interferiu na sua disponibilidade e capacidade de submeter-se às técnicas aplicadas, nem conseguiu ainda debelar, de forma satisfatória, os sintomas depressivos nas quatro dimensões levantadas, como atestam os resultados obtidos e o fato da participante ainda permanecer internada. Esta circunstância possibilitou a exploração do seu perfil psicológico depressivo seguindo o modelo tetradimensional adotado. A este respeito convém assinalar que o estudo de caso apenas objetiva apresentar tal perfil, sem pretender avaliar as mudanças do mesmo a partir do tratamento farmacológico recebido. Em tal caso,

seria necessário seguir um desenho metodológico que contemplasse, na avaliação de tal perfil, os momentos do *antes* e do *depois* do uso dos medicamentos.

Procedimentos

- Etapa 1: Coleta de Dados

Foi feito o contato com um médico psiquiatra da clínica, que disponibilizou, para a realização da pesquisa, um consultório da ala de internação feminina com depressão. Os dados foram coletados em três encontros, com intervalos aproximadamente de uma semana e, em torno de 50 minutos de duração cada um. O PMK foi o primeiro a ser aplicado, no segundo encontro o CET-DE e, por último a entrevista semidirigida.

- Etapa 2: Análise dos Dados

O PMK teve seus dados corrigidos segundo o manual original do próprio autor, Mira y López (1972a, 1972b, 4ª edição).

A correção do CET-DE foi feita com o proposto por Alonso-Fernández (1988): cada item recebe um valor (de zero a quatro pontos) de acordo com a intensidade do sintoma. Na primeira dimensão (*humor depressivo*), como recomendado pelo autor, foi feita uma pontuação ponderada, pois esta tem 21 itens, e as demais possuem 14, cada uma. Assim sendo, ao total da primeira dimensão multiplicou-se por 0,66 (pontuação ponderada). Neste questionário, Alonso-Fernández explica que, em qualquer uma das dimensões, o valor maior ou igual a 32 pontos, já é indicio de depressão.

O CET-DE corrigido serviu de base para a elaboração da entrevista fenomenológica semidirigida. Foram escolhidas, de cada dimensão, três respostas da participante, para que na entrevista ela comentasse, confirmando ou não o que disse. A partir da transcrição da entrevista gravada, com a autorização da participante, os dados descritivos foram analisados referentes às quatro dimensões do Modelo.

Resultados

Psicodiagnóstico Miocinético (PMK):

Resultados obtidos nas provas utilizadas para avaliação das quatro dimensões:

Tabela 1

Dimensão I (Humor Depressivo): auto/ hetero agressividade

1 – Lineogramas sagitais, Desvio primário (DP):		
	Mão Esquerda = +1	Mão Direita = + 4
2 – Cadeias sagitais, Desvio primário (DP):		
	Mão Esquerda = - 5	Mão Direita = - 4

Leitura: Apesar de que nos Lineogramas Fundamentais apresente uma hetero agressividade na Zona Média, na prova específica para avaliação da auto-agressividade: o desvio primário das Cadeias sagitais apresenta, tanto na mão dominante quanto na dominada, uma acentuada e patológica auto-agressividade.

Tabela 2

Dimensão II (Anergia): elação/ depressão

1 – Lineogramas verticais, Desvio primário (DP):		
	Mão Esquerda = - 6	Mão Direita = - 4
2 – Escadas, Desvio primário (DP):		
	Mão Esquerda = - 2	Mão Direita = - 3
3 – Círculos, Desvio primário (DP):		
	Mão Esquerda = - 2	Mão Direita = - 2
4 – Cadeias verticais, Desvio primário (DP):		
	Mão Esquerda = - 3	Mão Direita = - 3

Leitura: Observa-se que tanto os desvios na mão dominante como na dominada, em todos os Desvios Primários das provas aplicadas, apresentam um moderado baixo tônus

vital de caráter depressivo, mostrando ser mais evidente na mão dominada dos Desvios Secundários dos Lineogramas Verticais.

Tabela 3

Dimensão III (Descomunicação): extra/ intra tensão

1 – Lineogramas horizontais, Desvio primário (DP):		
Mão Esquerda = + 5		Mão Direita = - 3
2 – Cadeias egocífugas, Desvio axial (DA):		
Mão Esquerda = 23° > 10°		Mão Direita = 5° < 10°
3 – Cadeias egocípetas, Desvio axial (DA):		
Mão Esquerda = 9° < 10°		Mão Direita = 11° > 10°
4 – Cadeias ascendentes, Desvio axial (DA):		
Mão Esquerda = 21° > 8°		Mão Direita = 23° > 9°
5 – Cadeias descendentes, Desvio axial (DA):		
Mão Esquerda = 14° > 10°		Mão Direita = 9° = 9°

Leitura: Nos Lineogramas Fundamentais uma constituição extratensa (mão dominada) neutralizada por uma tendência de controle intratensa, porém nas outras provas de avaliação da dimensão estudada observam-se Desvios Axiais acentuados, que caracterizam uma atitude de fechamento, que oscila com tentativas de aberturas.

Tabela 4

Dimensão IV (Ritmopatia): emotividade, excitação/ inibição e impulsividade/ rigidez

1 – Lineogramas verticais, Média dos Desvios secundários (MDS):		
Mão Esquerda = 16		Mão Direita = 15
2 – Lineogramas, Média do Comprimento Linear (MCL):		
Mão Esquerda = ZM		Mão Direita = + 1
3 – Lineogramas, Diferença do Comprimento Linear (\neq CL):		

(leitura qualitativa)

4 – Círculos, Desvio secundário (DS):

Mão Esquerda = - 3

Mão Direita = - 3

5 – Círculos, Diferença do Tamanho Linear (\neq TL):

(leitura qualitativa)

6 – Cadeias, Desvios Axiais (DA) maiores que 15°:

Mão Esquerda = 21° e 23°

Mão Direita = 23°

Leitura: Nas provas dos Lineogramas Fundamentais apresentam uma leve ritmopatia psicológica ou instabilidade emocional. O mesmo não acontece na prova dos Círculos, considerada como falamos “a melhor forma cinética reveladora da ansiedade ou excitabilidade emocional”, pois a diferença apresentada de tamanho inicial e o tamanho final dos Círculos revelam uma acentuada excitabilidade psíquica. Por outro lado, em uma análise qualitativa deste aspecto em alguns traços, as provas apresentam mudanças bruscas de tamanhos lineares e aberturas angulares, ou seja, com caráter “saltativos” próprio de falta de controle emocional ou da chamada na pesquisa de ritmopatia psicológica.

Questionário Estrutural Tetradimensional para a Depressão (CET-DE):

Os resultados foram os seguintes:

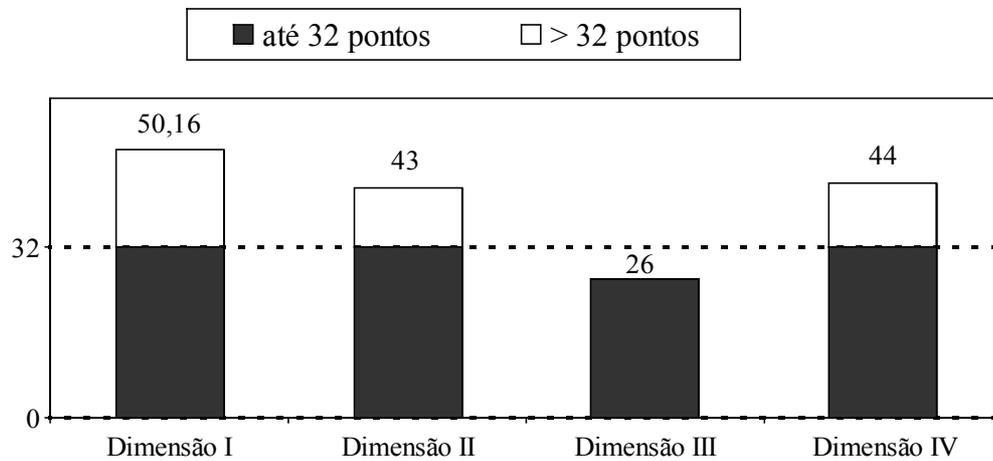
Tabela 5

Pontuação total obtida nas quatro dimensões estudadas:

Dimensão I (<i>Humor Depressivo</i>)	Dimensão II (<i>Anergia</i>)	Dimensão III (<i>Descomunicação</i>)	Dimensão IV (<i>Ritmopatia</i>)
50 pontos > 32	43 pontos > 32	26 pontos < 32	44 pontos > 32

Gráfico 1

Representação da pontuação nas quatro dimensões:



Leitura: Os resultados obtidos assinalam que nas Dimensões I, II e IV, o sujeito apresenta uma pontuação superior à linha de corte estabelecida estatisticamente. Nesta prova psicométrica, segundo seu autor, qualquer resultado superior a 32 pontos, em qualquer uma das dimensões, assinala uma depressão patológica.

Entrevista Semidirigida:

Resultados dos conteúdos obtidos nas verbalizações:

Tabela 6

Respostas Ilustrativas em cada uma das quatro dimensões:

Dimensões	<i>Respostas Ilustrativas:</i>
Dimensão I <i>(Humor Depressivo)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - “(...) se eu não consigo alguma coisa, (...) pra mim nada serve, tudo acabou, não tem volta... Aí eu penso em suicídio”. - “Triste! Não sinto muita graça no que o povo fala: ‘A vida é tão bela! A vida é bonita! O mundo é bonito.’ Eu não vejo assim!!” - “Eu não posso chegar num lugar e ficar desse jeito (...) Tenho que agir! Entrar no ritmo do que o povo está fazendo, né!?” - “(...) desde os 13 anos (...) chorava sem motivo (...) foi agravando (...) com 19 anos eu engravidei, fiquei com depressão profunda (...) parecendo que o mundo que tinha caído em cima da minha cabeça! Chorava que nem uma condenada. (...) meu leite secou (...) eu não nasci pra ser mãe (...) eu não sei nem corrigir direito!”.
Dimensão II <i>(Anergia)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - “Quando estou deprimida meu rendimento [nas atividades mentais e físicas] é zero! Porque eu não tenho vontade de fazer nada, nada, nada! Eu fico acamada”. - “O desânimo é total! Não assisto televisão (...) Quando eu estou com depressão profunda mesma, é só de cama mesmo que eu fico”. - “É [sem vontade de sair, passear e, quando vai tem vontade logo de voltar] O corpo pesado como que não quer nada!”

-
- Dimensão III
(*Descomunicação*)
- “Quando estou com depressão eu não converso! Só com uma mulher que (...) fica insistindo (...), mas do contrário não converso com ninguém! (...) Nem vontade de ver meus filhos. Aí eu fico trancada no quarto”.
 - “Procuro ficar só, mas não fico incomodada não. Porque fico só no meu canto, aí, às vezes, saio pra pegar alguma coisa e volto (...) quando não tem ninguém por perto”.

Ritmopatia psicológica:

- Dimensão IV
(*Ritmopatia*)
- “(...) tem hora que a gente nem lembra que está deprimida! Você dá risada, (...) outra hora, você está tão pra baixo, que não quer ver a cara de ninguém (...)”.
 - “(...) se eu ficar aqui, é pior!! (...) procuro uma coisa, procuro outra! Eu bebo água o dia inteiro! É uma ansiedade fora do comum!!”
- [A instabilidade emocional também observada na mudança do tom de voz da participante, ora chorosa/ ansiosa, ora tranqüila].

Ritmopatia biológica:

- “Eu não tenho fome (...) fiquei aqui, quatro meses, não punha um nada na boca (...) Não almoçava, nem jantava!”
 - “(...) estou com a mania de antes de dormir, sentar e comer (...), até não ter mais nada. (...) Parecia uma carência, por causa da ansiedade”
 - “(...) acho que estava com retenção [de líquido] (...) não conseguindo arrotar, (...) soltar gases (...) eu comi demais!”
-

- “(...) aqui, fico a maior parte do tempo dormindo!”
 - “(...) Dessa vez deu insônia terrível (...) Às vezes, acordo à noite, mas aí durmo de novo um pouco, acordo, durmo!”.
-

Leitura: O conteúdo das respostas a cada uma das perguntas formuladas para estimular os significados vividos, em cada uma das dimensões estudadas, confirma os dados obtidos nas provas projetiva/ expressiva e direta aplicadas.

Discussão e Considerações finais

No que se refere aos aspectos mais relevantes deste presente trabalho, inicialmente constata-se a utilidade do uso clínico do PMK no Psicodiagnóstico da síndrome depressiva, pelos seguintes motivos:

Primeiro, o da atualidade do modelo semiológico que utiliza ao estudar este distúrbio. De fato, o manual de Mira y López (1972b) estabelece que, no quadro clássico de *lipemania* ou melancolia, se caracteriza: 1) pela auto -agressividade (*humor depressivo*), 2) por desvios negativos no plano vertical (*anergia*), 3) pela profunda introversão (*descomunicação*) e 4) acentuada instabilidade emocional e ansiedade (*ritmopatia psicológica*) (Mira y López, 1972b).

Segundo, o do seu poder diagnóstico do *humor depressivo* no seu aspecto mais trágico, ou seja, o da própria auto-destruição. Assim, no seu *Compêndio de Psiquiatria*, ao discorrer sobre os distúrbios da chamada constelação ciclofrênica: Psicoses maníaco-depressivas e formas afins sublinha a importância e utilidade da sua prova do psicodiagnóstico miocinético para avaliar a tendência auto-destrutiva no sujeito deprimido. Afirma: “esta prova se revela especialmente útil para determinar o potencial auto-agressivo vigente nas diferentes fases dos quadros depressivos” (Mira y López, 1958, p.280). Por outro lado, ao explicar qual seria o melhor indicador para avaliar este potencial auto-agressivo esclarece serem os desvios primários das cadeias sagitais os que oferecem dados mais sólidos para diagnosticar este traço de personalidade do deprimido. Afirma: “Consideramos que esta parte do PMK é a mais indicada para comprovar os dados referentes à auto ou hetero - agressividade à depressão ou elação”. Esclarece que este valor da prova se fundamenta no fato de ser a prova que mais tempo requer, pois, inclui oito provas parciais, que “*exigem a perda periódica do ponto de apoio sólido durante a*

execução dos traçados”, o que possibilita “uma maior facilidade de manifestar-se o desequilíbrio tensional”. Em função disso contrariamente ao que antes pensava, sobre o valor que dava a prova dos UU, agora pondera: De forma diferente ao que inicialmente tínhamos pensado sobre as UU servirem para controle dos resultados das cadeias, são estas as que têm que servir de pauta para controle daquelas” (Mira y López, 1958, p.373).

Terceiro, o do, já comentado, caráter indissimulável e infraudável de seus grafogramas. Esta peculiaridade vem ao encontro da premente necessidade da psicologia clínica de ter, no seu acervo, técnicas psicodiagnósticas, cujos resultados não possam ser alterados nem questionados, sobretudo, na área da psicologia jurídica, onde a possibilidade do fingimento judicial se torna mais plausível. No caso concreto da avaliação da depressão John E. Exner, Jr. cita a pesquisa de Ros, sobre: *A vulnerabilidade do teste do Rorschach e do MMPI em relação a depressão simulada* (1990). Os resultados deste estudo apontam que o questionário do MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) se mostrou mais vulnerável à dissimulação das respostas verbalizadas. A partir desses dados, o mesmo autor conclui que, apesar de que os estudos existentes, na área da dissimulação da depressão, sejam poucos, “os dados disponíveis, no entanto, sugerem que algumas pessoas são capazes de fazer-se passar por deprimidas ou mostrar certos traços de mal-estar emocional” (J. Exner, 1990, p. 220).

O fato do PMK oferecer informações sobre a tendência auto-destrutiva sem possibilidade de serem dissimuladas pelo sujeito, por si só, justifica a necessidade e utilidade do seu uso clínico num psicodiagnóstico preventivo de possíveis condutas suicidas. Este tipo de conduta alcança níveis epidêmicos. Ajudar a evitá-los e preveni-los é um imperativo dos profissionais das áreas da psicologia e da psiquiatria. O teste miocinético oferece ainda subsídios, como atestam os resultados, para averiguar se tal tendência auto-agressiva é de natureza constitucional ou temperamental ou apenas reativa.

No caso estudado sua origem tem predisposição endógena e na apenas reativa. Este pormenor abre perspectivas para o acompanhamento da solidez da sua neutralização ou cura através do tratamento farmacológico e psicológico.

O uso do CET-DE, demonstrou-se de grande utilidade, tanto pela abrangência da sintomatologia levantada, quanto, sobretudo, pela vantagem de facilitar uma avaliação hierarquizada do grau de morbidade da sintomatologia avaliada em cada dimensão. No caso estudado, desenhou um tipo de depressão tridimensional, com maior morbidade da dimensão do *humor depressivo*, que confirma o perfil diagnóstico do PMK.

O uso conjugado de uma entrevista fenomenológica dirigida,- explorando, a partir do sujeito implicado, os principais significados ou aspectos vivenciais do seu estado depressivo, levantados com o uso das duas técnicas complementares anteriores – demonstrou também sua utilidade e eficácia, no sentido de confirmar a validade das características diagnósticas levantadas com as mesmas.

Finalmente, salientamos o caráter exploratório do presente estudo de caso. Futuramente, pensamos completá-lo com uma pesquisa mais abrangente e representativa, cujos resultados possam ser, estatisticamente, validados.

O problema do psicodiagnóstico, do tratamento e da cura da depressão pela sua gravidade, complexidade e urgência, pode comparar-se ao diagnóstico, tratamento e cura do câncer. Saliente-se ainda que um psicodiagnóstico de enfoque fenomenológico de qualquer distúrbio mental pode mostrar-se, também, especialmente útil no acompanhamento das mudanças vividas pelos sujeitos implicados a partir do tratamento farmacológico e psicológico que possam receber. Testar tal utilidade foge, como foi assinalado, ao objetivo do presente estudo.

Referências

- Allport, G. W. (1986). Examen de los métodos (Cap. 13) (pp. 495-536). Em: *La personalidad – su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- Alonso-Fernández, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico: Nuevo modelo clínico*. Madrid: Labor.
- Avilez, T. (1952). *Pesquisa sobre os desvios secundários no psico-diagnóstico miocinético do Prof. Mira y López*. Arquivos Brasileiros de Psicotécnica. Rio de Janeiro.
- Exner, J. E. (1998). *Simulación y Fingimiento M: EXNER*. Em: Sendin, C.: *Manual de interpretación del Rorschach - Para el sistema comprehensivo*. Madrid: Psicamática.
- Gomes, W. B. *A Entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente*. Psicol. USP., São Paulo, v. 8, n. 2, 1997. Acesso em 12 de fev, 2006, disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000200015&lng=pt&nrm=iso.
- Gomes, W. B. (1998). *Fenomenologia e pesquisa em psicologia*. Porto Alegre: UFRGS.
- Jaspers, K. (1913/2005). *Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Vol. 2. São Paulo: Atheneu.
- Maj, M. & Sartorius, N. (2005). *Transtornos depressivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mira y López, E. (1972a). *Ilustraciones del manual psicodiagnóstico miocinético*. Dirigida por Jaime Bernstein. Buenos Aires: Paidós.
- Mira y López, E. (1972b). *Psicodiagnóstico miocinético (PMK) - Manual*. 4ª edición, dirigida por Jaime Bernstein. Buenos Aires: Paidós.

Mira y López, E., Mira, A. y Oliveira, A. (1949). Aplicação do psicodiagnóstico-miokinético ao estudo da agressividade. *Arquivos Brasileiros de Psicotenia*, nº 1, 1, 69-116.

Tous, J. M.; Viadé, A.& Chico, E. (2003). Aplicación del psicodiagnóstico miokinético revisado (PMK - R) al estudio da la violencia. *Psicothema*, 2, 15, 253-259.

Anexos

Anexo 1- Questionário CET-DE;

Anexo 2- Pontuação obtida no CET-DE

Anexo 3- Entrevista semidirigida, de acordo com os dados colhidos do CET-DE.

Anexo 4- PMK

Anexo -1

QUESTIONÁRIO ESTRUTURAL TETRADIMENSIONAL PARA A DEPRESSÃO (CET-DE) ¹ (Alonso-Fernández)

Nome: _____ Sexo: _____ Data de Aplicação: _____

DIMENSÃO I (HUMOR DEPRESSIVO)

1. Nota pessimismo ou sensações de amargura?
2. Se sente triste?
3. Nota falta de prazer ou de alegria?
4. Tem sentimento de inquietude, ansiedade, medo ou temor?
5. Tem muita vontade de chorar ou chora facilmente?
6. Sente sofrimento por viver ou lhe pesa a vida?
7. Se sente enfermo do corpo ou está escravo de como vai seu corpo?
8. Sente todo o corpo pesado, rígido com ardências ou com qualquer outra classe de sensações difusas, incômodas ou estranhas?

- ♦ Texto introdutório para as questões: 9, 10, 11 e 12.

- Sofre alguma dor, opressão, ardor, formigamento ou outra sensação incômoda localizada?

9. Na cabeça, na nuca, no pescoço ou no rosto?
10. No peito ou nas costas?
11. No ventre, nas nádegas, nos genitais ou no ânus?
12. Nos membros superiores (os braços), ou nos membros inferiores (nas pernas)?
13. Se nota incapaz de solucionar os problemas habituais de sua vida?
14. Preocupa-se por qualquer contrariedade ou leva as coisas muito a sério? (ver se tem exagero ou não).
15. Pensa mais que o habitual em problemas econômicos ou se crê arruinado?
16. Tem a preocupação de haver feito algo mau ou se sente indigno?
17. Crê ser responsável ou culpado de seus transtornos atuais?
18. Se sente menos que os demais ou inferior a eles?
19. Crê o que lhe acontece não tem conserto?
20. Crê que não vale a pena viver ou tem desejos de morrer?
21. Tem pensado em tirar a vida ou já tentou?

DIMENSÃO II (ANERGIA)

22. Se sente entediado, sem tesão ou desinteressado por tudo?
 23. Tem dificuldade para reter as coisas ou não pode recordar?
 24. Lhe custa pensar ou ter idéias?
- Tem a sensação de não ter sentimentos?

25. Lhe custa tomar decisões?
26. Tem diminuído sua atividade habitual nos seus trabalhos ou nas suas distrações (lazer)?
27. Fica na cama mais tempo do que o habitual?
28. Sente que a cabeça por dentro está paralisada ou vazia?
29. Tem secura na boca?
30. Faz mal as digestões ou tem náuseas ou vômito?
31. Tem prisão de ventre ou diarréias?
32. Se sente esgotado ou se cansa logo?
33. Encontra-se sem desejos ou interesses para a atividade sexual?
34. Rumina as coisas ou tem idéias das quais não pode desvencilhar-se?

DIMENSÃO III (DESCOMUNICAÇÃO)

35. Tem algum transtorno de vista ou de ouvido, alheio a seu possível defeito habitual?
36. Tem deixado de alegrar-se com as experiências agradáveis ou com a companhia dos entes queridos?
37. Se aflige por qualquer coisa ou está mais sensível que antes?
38. Tem deixado de afetá-lo, as coisas importante?
39. fala menos com sua família ou com suas amizades?
40. Se sente só, isolado ou distanciado dos demais?
41. Se sente incompreendido, chateado ou incomodado com outras pessoas?
42. Se sente receoso ou desconfiado?
43. Nota algo estranho ou mudado no ambiente ou no aspecto das pessoas?
44. Lê menos as publicações periódicas (revistas), vê menos a televisão ou escuta menos o rádio?
45. Fala preferencialmente com os demais sobre seus transtornos ou de sua enfermidade?
46. Está menos carinhoso ou expressivo que habitualmente?
47. Fica mais difícil que antes entender as conversas ou a televisão?
48. Tem deixado de arrumar-se ou de vestir-se como habitualmente?

DIMENSÃO IV (RITMOPATIA):

49. Tarda muito em dormir? (Quanto tempo demora? Depois dorme normal? Sempre foi assim? Se sim é normal).
50. Se desperta com frequência durante a noite ou tem pesadelos durante o sono?
51. Se desperta antes do habitual e já não mais pode dormir?
52. Ao despertar se encontra muito cansado, ou se o pior momento do dia é o despertar?
53. No conjunto dorme mais do que antes?
54. Está mais ativo pela noite do que pelo dia?
55. Encontra-se pior pelas manhãs?
56. Nota variações em seu humor, em sua conduta ao longo do dia?
57. Tem momentos durante o dia em que fica sonolento ou levado ao mundo de devaneio?
58. Tem perdido o apetite ou peso?
59. Tem momentos com sensações de fome muito forte?
60. Acha que os dias se tornam muito compridos ou tem sensação de que o tempo não passa?
61. Pensa mais nas coisas do passado do que nas do presente?
62. Tem deixado de fazer planos para o futuro?

Anexo – 2

Pontos obtidos no CET-DE por Questão, em cada Dimensão:

Dimensão I (<i>Humor Depressivo</i>)		Dimensão II (<i>Anergia</i>)		Dimensão III (<i>Descomunicação</i>)		Dimensão IV (<i>Ritmopatia</i>)	
Q*	Pontos	Q*	Pontos	Q*	Pontos	Q*	Pontos
1.	4	22.	4	36.	0	50.	2
2.	4	23.	4	37.	4	51.	2
3.	4	24.	4	38.	4	52.	1
4.	3	25.	4	39.	0	53.	4
5.	3	26.	0	40.	3	54.	4
6.	4	27.	4	41.	0	55.	4
7.	4	28.	4	42.	4	56.	4
8.	2	29.	3	43.	0	57.	4
9.	3	30.	4	44.	1	58.	3
10.	3	31.	0	45.	4	59.	0
11.	3	32.	0	46.	2	60.	4
12.	3	33.	4	47.	1	61.	4
13.	4	34.	4	48.	0	62.	4
14.	4	35.	4	49.	4	63.	4
15.	4	Total 43 pontos		Total 26 pontos		Total 44 pontos	
16.	4	Nota. Legenda: Q* = Questões					
17.	4						
18.	4						
19.	4						
20.	4						
21.	4						
Total 50,16 pontos (já ponderada)							

Anexo – 3

Entrevista de acordo com os dados colhidos do CET-DE.

Nome fictício: Marli (nome fictício) **Sexo:** Feminino **Data de aplicação:**

17/08/2006

I – Humor depressivo

1. Você disse, anteriormente, que sente peso por viver e por isso tem vontade de tirar a vida!?

Verdade! É angústia...é angústia que dá!. Aí, tem a ansiedade! E se eu não consigo alguma coisa, eu fico nervosa, pra mim nada serve, tudo acabou, não tem volta... Aí eu penso em suicídio.

2. Você disse também que se sente triste?

Triste! Não sinto muito graça no que o povo fala “ A vida é tão bela!”, “A vida é bonita!”, “O mundo é bonito”, eu não vejo assim! Vejo algumas coisas bonitas, mas...

3. Você tem alguma alegria?

Têm, meus filhos! Eles me fazem ficar, assim, alegre, alegre mesmo!

II - Anergia

4. Você sente, que quando está deprimida, diminui seu rendimento em todas as suas atividades, mentais, sexuais e físicas?

Tudo, tudo! Quando estou deprimida meu rendimento é zero! Porque eu não tenho vontade de fazer nada, nada, nada! Eu fico acamada. Nem vontade de ver meus filhos. Aí eu fico trancada no quarto. Quando eu tenho vontade, aí eu chamo, aí eles vão lá. Então eles já sabem, então já respeitam, né!? Aí quando quero um deles lá, eu chamo, aí eles vão. A pequenininha que sempre vai fica perguntando né... Se tá precisando de alguma coisa: “Mamãe, o que que a senhora tem, mãe!?! Que foi?” Ela não entende ainda! Mas o desânimo é total! Não assisto televisão, às vezes é assim: novela das seis, pronto acabou, eu ia pra cama! E ficava sem assistir o jornal, não assistia nada, nada, nada! Quando eu estou com depressão profunda mesma, é só de cama mesmo que eu fico.

III – Descomunicação

5. Você quando está com depressão disse que se sente incomodada para se relacionar com as pessoas e gostaria de ficar só?

Procuro ficar só, mas não fico incomodada não. Porque fico só no meu canto, aí às vezes saio pra pegar alguma coisa e volto. Assim, procuro sair quando não tem ninguém por perto. Eu saio do quarto, vou ao banheiro, pego alguma coisa pra comer se eu estiver com fome, porque eu não tenho fome. Igual eu fiquei aqui dois dias, essa semana que passou, sem comer nada!! Hoje eu não almocei...Não estou com fome pra jantar...Meu apetite caiu bastante aqui!

6. Agora você está tendo mais falta de apetite, mas às vezes dá uma fome muito aguda?

É muito! Eu estava tão ansiosa, sábado! Sábado jantei, tomei um Danone, depois um Todynho... e fui inchando...minha barriga ficou enorme de inchada e eu fiquei passando

mal. Não sou de comer coisa de doce, mas porque eu tomei remédio pra emagrecer, agora eu gosto de coisa de doce. O remédio fez isso comigo! Então eu deito na cama assim, estou com a mania de antes de dormir, sentar e comer, comer, comer, comer, comer, comer, comer, até não ter mais nada. Aí, eu durmo satisfeita... Aí no outro dia eu arrependo, “Meu Deus eu só estou comendo cada dia mais!” O número 46 já não me serve mais!! Então eu pus na cabeça agora assim: eu não vou comer e comer mais coisa de sal. Agora eu quero assim, eu não vou jantar, se for jantar vou comer bem pouquinho... Eu estou fazendo assim, tudo pra eu não comer, pra eu emagrecer. Porque das outras vezes que eu fiquei aqui, quatro meses, eu não punha um nada na boca, não comia nada! Nada, nada, nada, nada, nada, nada, nada!! Eu emagreci bastante! Não almoçava, nem jantava! Comia o que vinha pra mim, o que minha mãe ou meu pai mandavam. O dia que tinha lanche eu lanchava, se não tinha não lanchava. Dessa vez deu insônia terrível por falta de comida, porque eu não tinha mais nada, já tinha acabado, tinha tomado o iogurte todinho. Aí pedi um pão, passou manteiga e comi, fiquei assim, satisfeita!! Parecia uma carência, por causa da ansiedade. Aí esta semana, estou com fome, estou com fome, terça-feira, estou com fome, estou com fome, estou com fome, estou com fome. Aí disse vou para a Terapia Ocupacional... Aí eu comecei a pintar, passou a fome!! Aí eu pus na minha cabeça “Eu não vou comer mais!!” O mínimo, se tiver que comer, o mínimo! A Dra. (psicóloga) disse pra eu fazer atividade física...andar aqui neste pedacinho...nem que seja um pouquinho...pra eu não ficar só acamada... Eu vou inchando, o calor faz eu inchar e o remédio também (voz de choro quando fala remédio). Retenção de líquido total! E sábado acho que estava com retenção muito grande porque minha barriga estava muito grande, e dura, muito dura, sabe? Eu tava assim, tipo assim, não conseguindo arrotar, não conseguia soltar gases, nada! Aquele peso!! Mas acho que é porque eu comi demais!

7. Você disse que não tem vontade de ir pra uma festa e às vezes quando vai tem vontade logo de voltar!?

É!

8. Você não tem vontade de conversar com as pessoas, participar de festas, divertir-se?

Quando estou com depressão eu não converso! Só com uma mulher que vai lá na minha casa, minha mãe a chama, aí ela entra no quarto, fica insistindo pra eu levar e tomar um banho. Ela conversa comigo, aí converso com ela, mas do contrário não converso com ninguém!! E aqui eu durmo! Fico a maior parte do tempo dormindo! De manhã, estou indo pra T.O. (Terapia Ocupacional), aí quando chega a hora do almoço, eu vou pro quarto e durmo até uma hora dessa (17hs)! Aqui tem hora que a gente nem lembra que está deprimida! Você dá risada, parece que você está feliz, não parece clínica! Outra hora, você está tão pra baixo, que não quer ver a cara de ninguém... e eu deito e durmo! A maior parte do tempo, eu deito e durmo!!

9. A maior parte do tempo te incomoda estar aqui?

Incomoda! Eu preciso ficar aqui, mas incomodo... Porque eu precisava reagir, trabalhar... cuidar dos meus filhos, mas eu não dou conta de reagir, sair daqui!

IV - Ritmopatia

10. Você sente que seu corpo está pesado, não funciona de acordo e não sabe organizar sua vida?

Sim, o corpo pesado como que não quer nada!! Aí fica aquela preguiça... É preguiça, só pode ser preguiça!! Preguiça, aquele sono!! Eu estou com conjuntivite direto agora, não sei o que é. Se é de dormir demais, eu não sei. Sei que durmo, durmo, fico assim! E a hora que eu acordo, já estou cochilando de novo, pra deitar!! E à noite, não consigo nem lê quando tomo o remédio! Aí já durmo direto! Eu começo a ficar hipnotizada, sonolenta, aí não consigo assistir nada. Se tiver passando alguma coisa, não consigo ver nada.

11. E insônia você está tendo?

Às vezes acordo à noite! Mas aí durmo de novo um pouco, acordo, durmo! Ultimamente está sendo assim! Durmo, acordo, durmo, acordo, durmo, acordo, durmo, acordo! Está sendo assim!

12. Você disse que sente variações em seu humor ao longo do dia?

Muda! Ontem mesmo, eu estava boa, voltei da T.O., ótima! Deu uma briga ali com a menina por causa do cartão telefônico que eu emprestei pra ela e ela não queria me pagar...Esmurrei a porta do quarto dela, meu braço está todo dolorido. E ela trancada no quarto dela, falei “sai daí!” A gente ia brigar feio! Depois mais tarde, fui pedi perdão! A outra colega foi e disse tem que perdoar...porque é assim, o diabo aqui que gosta de encrenca. E orou lá com a gente e perdoou. Então pra mim está esquecido, né!? Então eu estava boa, cheguei boa, passou cinco minutos, eu mudei de humor, fiquei nervosa, tremendo de raiva! Acontece quando, assim se eu estiver fazer uma coisa e não der certo, eu fico nervosa, ou sem motivo nenhum eu fico lembrando coisas alegre, eu fico rindo sozinha...Assim!

Dessa vez eu falei pra mim, eu vou pra descansar... Não gosto muito de lá, onde faz a T.O. não! Mas por causa da ansiedade, eu estou indo! Se eu ficar aqui, é pior!! Fica pior,

procuro uma coisa, procuro outra! Eu bebo água o dia inteiro! É uma ansiedade fora do comum!! Eu tinha essa ansiedade quando chegava quinta-feira, pra embora já! O pessoal começava se arrumar pra ir embora, eu ficava ansiosa, agoniada porque minha hora não chegava, querendo receber alta! Eu sou muito ansiosa, eu tenho medo de fazer certas coisas e não dar certo! Aí vem a família jogar na cara “Está vendo!? Não falamos nada, aconteceu do jeito que tinha que acontecer! Quietos num canto quieto, Então...Vamos ver! Eu quero sair daqui!

13. Você tem medo em relação às coisas que você planeja!?

É! Que vai dar errado! Vamos supor: eu quero montar um berçário. Minha família diz não vai dar certo! Porque eu fui muito protegida! Meu pai não deixava trabalhar, ele não queria que eu trabalhasse. Ainda eu trabalhei... Eu dei aula, trabalhei com contabilidade. Não deixava trabalhar, depois de oito anos, que eu fui trabalhar de novo como secretária de médico, trabalhei três anos com eles. Trabalhar, depois que eu divorciei. Meu pai não deixava, não queria, mas eu fui. E meu marido dizia “Ah, você não tem marido, né!? Por isso que trabalhar!” Falava desse jeito!! Então não podia. Fiquei seis anos, depois mais dois anos fiz o curso de enfermagem, só que não exerci a profissão! Eu não exerci! Quando chegou no final do curso, eu estava grávida e divorciada. Fiquei grávida outras vezes, um dia ele vem, depois vai, eu falei o que que é isso!? Aí eu estava fazendo estágio, perdi sangue demais, nem imaginava que era gravidez. Aí quando fui no médico deu gravidez, era começo de aborto e não sabia. Fiquei de perna pra cima, sem fazer nada. Quando fazia alguma coisa, a barriga parecia que ia sair fora! Não podia virar porque doía! Sofri muito na última gravidez, dessa menininha de oito anos! Muito mesmo! Sem o pai do lado, ele já estava com outra pessoa, morando junto! Eu chamava ele pra voltar, falava “nós vamos voltar, voltar, voltar”! Acabou que voltou nada! Aí um dia a mulher ligou, no

dia que eu cheguei do hospital, minha mãe disse ela acabou de deitar, está descansando. Quando foi o dia do Ano Novo, ela ligou e eu atendi! Chorei muito, porque ela falou muita coisa ruim pra mim, que ia casar... Um monte de coisas! Aí, eu besta fiquei no telefone e eu chorando! Meu leite secou, tive depressão profunda. Que eu saia pro mundo, chegava na porta do serviço dele, e ficava sentada lá esperando a hora do almoço. Ele saia pro almoço, voltava e eu lá, parecendo uma besta! Ele ia lanchar e eu lá! Falava pra ele “Pelo amor de Deus, volta comigo!! Vamos voltar, vamos voltar! Nós temos três filhos!” Aí ela engravidou, tem duas meninas!

14. Essa foi a primeira vez que você teve depressão?

Não! Eu tenho depressão desde 13 anos. Chorava e chorava sem motivo. Não sabia o que quê era! Minha mãe falava que eu estava dando chilikue. Porque quando eu tinha 7 anos, fez todos os exames com o neurologista e não deu nada. Aí falava que era chilikue meu! Aí com 15 anos foi agravando... Fui pro colégio interno com 16, agravando, vivia chorando porque não queria ir. Aí queria ver só meu pai, não queria ver minha mãe porque ela que me pôs lá, então não precisava me ver não! Ela ficou meio assim, mas ia assim mesmo! Aí depois com 19 anos eu engravidei, fiquei com depressão profunda, porque eu não queria ter engravidado! Aí o pai dos meninos ficou alegre demais, feliz demais! Mas eu chorava, chorava!! Parecendo que o mundo que tinha caído em cima da minha cabeça! Chorava que nem uma condenada. Eu falava não quero, não gosto de menino! Vou ser mãe, eu não nasci pra ser mãe porque eu não sei nem corrigir direito! Eu não sei se eu que corrijo errado ou se minha mãe que entra no meio, porque de tudo que é jeito que eu faço está errado! Se põe de castigo, o castigo é longo! Se bate, não pode bater! Está errado bater e eu apanhei que nem uma condenada! Então, eu não sei! Eu tinha que viver na minha casa com eles, pra poder dar certo, pra corrigir do jeito certo!

15. Quais são seus tem planos?

Ah! Eu queria sair daqui...Sair daqui e fazer alguma coisa, porque eu já tem um emprego em vista, né!? Vamos ver na hora que eu sair daqui se vai dar certo. Se eu vou ter ânimo, porque eu tava super animada... Aí, aconteceu umas brigas aqui, eu fiquei desanimada, deprimida demais. O médico disse que ia me dar alta no começo do mês (de Agosto) e acabou que ele não me deu, e não ia me dar. Eu falei: “Doutor, pra quando é minha alta?” Ele falou assim: “Você quer sarar? Você quer? Então!” Então eu não sei quando eu vou sair daqui! Não sei nem se vou trabalhar este não porque já está chegando Setembro! Eu estava tão animada, estimulada, depois eu deprimi de uma hora pra outra, aí fiquei sem vontade, por causa da briga. Eu falei: “Chega lá eu vou ficar assim, querendo dormir, querendo fazer nada, como que eu vou fazer?” Eu não posso chegar num lugar e ficar desse jeito, num marasmo, tem que agir! Entrar no ritmo do que o povo está fazendo, né!? Aí eu disse: “Agora estou desse jeito, como é que vai fazer?” Mas agora, depois disso, eu estou melhorzinha, porque eu chorei. Eu não estava conseguindo chorar, eu fiquei chocada com o fato que aconteceu... A senhora ficou sabendo?

A menina cheirou comprimido, macetou o comprimido e cheirou, porque ela é dependente. E aí agente avisou a enfermagem, umas 18h30 e ninguém deu confiança. Agente falou pra ela, qualquer coisa você chama agente. Agente “pegou ela no pulo”, ela cheirando a última carreira do remédio, se é que era remédio! Tanto ela tomou quanto ela cheirou. Ela falou que estava com vontade de cheirar e o remédio dá a dormência no nariz que precisa, dizendo ela. Quando deu umas 20hs, a hora da medicação, acho que ela não reagiu, só foi subindo enfermeiros, médico... Deu briga porque estava tudo escuro, sem luz, aí minha colega chamou a ronda da polícia e ronda veio e, tinha que assinar um papel e, minha colega nem lembrou disso. Aí a enfermeira chefe chegou e falou: “Quem que foi

a engraçadinha que ligou pra polícia?” Todo mundo ficou calado. “Por causa da irresponsabilidade de vocês, eu tive que assinar um termo! Tive que colocar meu nome, por causa das doiduras de vocês!” Na hora que ela (enfermeira chefe) falou “doidura”, o povo surtou!! As meninas ficaram tudo nervosas e, quebrava trem e, jogava trem pra cima e essa mulher se trancou na enfermaria. Agente falou: “Se você sair, você vai ser moída, apanhar até! Agente não é doida!? Então, agora agüenta as doidas! Está achando que agente está aqui à toa!? Eu não estou aqui porque eu quero não!” Aí o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) chegou e pegou a menina e levou. A menina estava em coma já. Aí fizeram um cordão de isolamento pra enfermeira passar. No que a enfermeira passou, minha colega deu duas chinelada na cara dela e ela virou o pé! Quando ela saiu, falou assim pra polícia: “Pode descer o pau nessa cambada de loucas!”. Só sei que o SAMU bateu em gente, polícia bateu em gente, enfermeiro bateu em gente. Tanto que o enfermeiro bateu em uma colega minha, que amassaram a prótese na perna dela. A prótese de metal vai ter que trocar agora! Aí jogou uma aqui, ela caiu desmaiada. Eu não apanhei porque eu não entrei. Mas eu falei: “Ajuda pelo amor de Deus, ela caiu desmaiada!” E, ele bem assim (imóvel) olhando pra mim. Nem se movia! Foi maldade mesmo! A minha colega que estragou a prótese, ela foi arrastada no asfalto, que a roupa dela chegou toda suja de terra. Nossa, mas o trem foi feio, horrível, horroroso! Aí, a enfermeira foi lá no 7º batalhão mais dois enfermeiros, deu parte (queixa) da agente, de todas nós! Quer dizer, se agente perder na justiça, agente vai ter que pagar, ou então fazer trabalho pra comunidade. Agora não sei o que quê vai acontecer! Mas eles dizem que, como agente está aqui agente não tem consciência do que agente está fazendo. Então este vai ser o termo de defesa pra agente, porque ela entrou mesmo pra valer! E agente entrou contra o SAMU, porque em vez deles chegarem e saírem logo com a menina, não: eles ficaram ajudando na pancadaria. No dia tudo bem, no outro dia tudo bem, no outro dia também tudo bem,

estava chocada. No terceiro dia, eu disse: “Estou com uma angústia tão grande!! Com uma vontade de chorar.” Aí uma colega disse assim “é por causa das coisas que aconteceram”. Aí um amigo meu ligou pra mim, chorando, porque não dá conta de me dar à força que eu dei pra ele quando ele precisou quando estava internado. Não é porque ele é egoísta que ele não vem aqui é porque ele não tem força, porque ele é deprimido também. Aí eu comecei a chorar! Depois que eu desabafei tudo que estava engasgado, aí que eu animei mais um pouco. Mas estava ruim, super abatida!

16. Agora como você está se sentindo?

Médio! Não estou nem eufórica, nem deprimida demais. Estou estável! E vamos ver o que quê vai acontecer de agora pra frente! Eu tenho planos pra mudar daqui, vamos ver se vai dar certo... Porque só eu mudando aqui de Goiânia, pra eu poder... Minha filha mais velha não vai comigo, eu tenho certeza! Os menorzinhos ainda eu tenho controle sobre eles. Então aí eu vou levar e, ver o que quê me aguarda.