Ana Paula Garini

**Contribuições do grupo terapêutico de abordagem gestáltica no tratamento
do transtorno depressivo recorrente moderado a grave**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Fisiopatologia Experimental
Orientador: Dr.Teng Chei Tung

São Paulo

2014

Ana Paula Garini

**Contribuições do grupo terapêutico de abordagem gestáltica no tratamento
do Transtorno Depressivo Recorrente moderado a grave**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Fisiopatologia Experimental
Orientador: Dr.Teng Chei Tung

São Paulo

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Garini, Ana Paula

Contribuições do grupo terapêutico de abordagem gestáltica no tratamento do transtorno depressivo recorrente moderado a grave / Ana Paula Garini. -- São Paulo, 2014.

**Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.**

Programa de Fisiopatologia Experimental.
Orientador: Teng Chei Tung.

Descritores: 1.Psicoterapia de grupo 2.Terapia Gestalt 3.Terapêutica
4.Transtorno depressivo maior 5.Escalas

USP/FM/DBD-262/14

Dedicatória

*Ao Rafa, Otto e Zeca...
Meus sobrinhos amados!*

Agradecimentos

À minha mãe, por ser exatamente quem ela é.

Às minhas irmãs, por serem meu norte, meu porto-seguro.

Ao meu pai, pelo incentivo.

À minha Grande Família, por acreditarem.

Ao meu orientador, Teng Chei Tung, por acreditar e incentivar o desenvolvimento do meu trabalho.

À querida amiga e colega de grupo Danyella de Melo Santos, de quem tive todo o suporte e apoio necessários para a elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Luiz Teixeira Sperry Cezar, por toda a disponibilidade e paciência durante a triagem dos pacientes.

Ao Prof. Dr. Renério Fraguas Junior, pela atenção excepcional durante o desenvolvimento deste trabalho.

À Dra. Luiza Terroni, pela sua delicadeza e contribuição enriquecedora.

Aos colegas do grupo: Renato Mancini, Eduardo Humes, Renata Bolibio, Matildes Sobreiro, Valeri Guajardo por serem tão generosos e acolhedores.

À gestalt-terapeuta Claudia Ranaldi, pelas valiosas discussões.

À querida Maria de Betânia Paes Norgren, minha psicóloga, por todo suporte e acolhimento durante este projeto.

Às queridas amigas Juliana B., Gabriella, Fernanda, Juliana e Ana Luisa pela torcida.

Às colegas do Ceapesq Luciana e Alessandra por todo o suporte.

Agradeço especialmente aos meus pacientes, por dividirem suas vivências de maneira verdadeira e autêntica, e por se entregarem ao processo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

OMS	Organização Mundial de Saúde
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> 4ª edição
CID.10	Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças relacionados à saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
SF-36	<i>Short-Form Health Survey 36 items</i>
HAM-D-17	Escala de Hamilton de 17 itens para depressão
EAS	Escala de Adequação Social
CF	Capacidade Funcional
LAF	Limitação por Aspectos Físicos
D	Dor
EGS	Estado Geral da Saúde
V	Vitalidade
AS	Aspecto Social
LAE	Limitação por Aspectos Emocionais
SM	Saúde Mental
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
T1	Tempo 1 – uma semana antes de iniciar Grupo Terapêutico
T2	Tempo 2 – uma semana depois de encerrar Grupo Terapêutico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de fluxo de pacientes

Figura 2. Gráfico de Dispersão dos escores Ham-D-17 entre T1 e T2

Figura 3. Gráfico de Dispersão dos escores de BDI entre T1 e T2

Figura 4. Gráfico de Dispersão dos escores da EAS entre T1 e T2

Figura 5. Gráfico de Dispersão dos escores da SF-36 - domínio CF

Figura 6. Gráfico de Dispersão dos escores da SF-36 - domínio D

Figura 7. Gráfico de Dispersão dos escores da SF-36 - domínio V

Figura 8. Gráfico de Dispersão dos escores da SF-36 - domínio EGS

Figura 9. Gráfico de Dispersão dos escores da SF-36 - domínio LAF

Figura 10. Gráfico de Dispersão dos escores da SF-36 - domínio AS

Figura 11. Gráfico de Dispersão dos escores da SF-36 - domínio LAE

Figura 12. Gráfico de Dispersão dos escores da SF-36 - domínio SM

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Pacientes que não preencheram os critérios de inclusão

Tabela 2. Motivo da desistência do tratamento e momento da interrupção

Tabela 3. Características dos pacientes, do transtorno depressivo e do tratamento

Tabela 4. Características sócio demográficas dos pacientes

Tabela 5. Escores da escala Ham-D-17 em T1 e T2

Tabela 6. Escores da escala BDI em T1 e T2

Tabela 7. Escores da escala EAS em T1 e T2

Tabela 8. Escores da escala SF-36 em T1

Tabela 9. Escores da escala SF-36 em T2

Tabela 10. Sintomas avaliados pela escala Ham-D-17

Tabela 11. Indicadores clínicos de melhora dos pacientes

Sumário

Dedicatória.....	i
Agradecimentos	ii
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	iii
LISTA DE FIGURAS	iv
LISTA DE TABELAS	v
1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Depressão: conceitos	12
1.2. Psicoterapia e farmacoterapia no tratamento da depressão	14
1.3. Psicoterapia em grupo no tratamento da depressão	15
1.4. A Gestalt-terapia.....	16
1.5. Grupo terapêutico gestáltico	17
1.6. Justificativa do estudo	19
2. OBJETIVOS	21
3. HIPÓTESE	23
4. MÉTODOS.....	25
4.1. Aspecto Ético.....	25
4.2. Desenho do Estudo	25
4.3. Local do estudo.....	25
4.4. Casuística.....	26
4.4.1. Critérios de inclusão:	26
4.4.2. Critérios de exclusão	26
4.5. Instrumentos	27
4.5.1. Entrevista Psiquiátrica	27
4.5.2 Avaliação dos sintomas depressivos	27
4.5.3. Avaliação da qualidade de vida	28
4.5.4. Avaliação da adequação social	28
4.6. Amostra	29
4.7. Procedimentos	30
4.7.1. Primeira avaliação (T1)	30
4.7.2. Segunda Avaliação (T2)	31

4.7.3. Grupo Terapêutico	31
5. RESULTADOS	33
5.1 Caracterização da amostra	33
5.2. Descrição das sessões	34
5.3. Descrição dos escores das escalas	36
5.4. Descrição qualitativa	45
5.5. Apresentação dos pacientes	46
5.6. Temas recorrentes nas sessões.....	51
6. Discussão	54
7.CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS	61
ANEXOS	66
INVESTIGADOR:	66
HAMILTON D-17.....	66
Escala - Beck	71
Escala de EAS	74
SF-36 PESQUISA EM SAÚDE.....	84
MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90

RESUMO

Garini, AP. *Contribuições do grupo terapêutico de abordagem gestáltica no tratamento do Transtorno Depressivo Recorrente moderado a grave* [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014. 95p.

O objetivo do presente estudo foi avaliar preliminarmente a eficácia do grupo terapêutico de abordagem gestáltica no tratamento do Transtorno Depressivo Recorrente através da avaliação quantitativa dos sintomas depressivos, avaliação da qualidade de vida e adequação social. Foi um estudo aberto, exploratório, prospectivo, em pacientes que se encontravam em tratamento farmacológico para Transtorno Depressivo Recorrente, submetidos a dezesseis sessões de grupo terapêutico. Aplicou-se no início e no fim do tratamento: Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: Transtorno do Eixo I, 17-item Hamilton Depression Rating Scale, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey e Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social. Sete pacientes terminaram as dezesseis semanas de tratamento. Observou-se melhora clínica em relação aos sintomas depressivos. Em relação à qualidade de vida, apresentaram melhora nos domínios da capacidade funcional; estado geral da saúde; saúde mental e dor. Perceberam-se inadequados em relação à adequação social, porém apresentaram indicadores clínicos de melhora após grupo terapêutico. Resultados sugerem que a participação no grupo terapêutico de abordagem gestáltica pode auxiliar na redução da sintomatologia depressiva, em certos domínios da qualidade de vida e em ganhos clínicos. Estudos com amostras maiores, com grupo controle e com melhor avaliação da adequação social e funcionalidade dos pacientes são necessários.

Descritores: 1. Psicoterapia de Grupo 2. Terapia Gestalt 3. Terapêutica 4. Transtorno Depressivo Maior 5. Escalas

ABSTRACT

Garini, AP. *The contribution of Gestalt Group Therapy to the treatment of recurrent moderate to severe major depression* [Dissertation] São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2014. 95p.

The intention of this study was to make a preliminary evaluation of the effectiveness of gestalt group therapy in the treatment of major depression through the quantitative assessment of the symptoms of depression and an assessment of quality of life and social functioning. The open study was of an exploratory nature and involved patients who were undergoing pharmacological treatment for major depression and who participated in sixteen gestalt group therapy sessions. The effectiveness of the therapeutic process was assessed by Structured Clinical Interviews at the beginning and at the end of treatment at which were applied the DSM-IV: Disorder Axis I, 17-item Hamilton Depression Rating Scale, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey Scale and Self-Assessment of Social Adequacy. Seven patients completed the sixteen weeks of treatment. A clinical improvement in the depressive symptoms was observed. With regard to quality of life, the patients showed improvement in their physical functioning, general health, mental health and bodily pain. They considered themselves poorly adjusted to society and presented improved clinical indicators after group therapy. The results suggest that participation in gestalt group therapy can help reduce the symptoms of depression, improve some areas of quality of life and demonstrate clinical gains. Further studies with a larger sample, the use of a control group and improved assessment methods of social adequacy and functionality are needed.

Descriptors: 1. Psychotherapy, Group 2. Gestalt Therapy 3. Therapeutics 4. Major Depressive Disorder (MDD) 5. Scales

A prática da psicoterapia de grupo tem se mostrado cada vez mais presente entre as modalidades psicoterapêuticas, principalmente em instituições. Não só pelo aumento da demanda e por seu custo reduzido, mas também por alterações metodológicas na concepção do tratamento do paciente em saúde mental.

O panorama atual mostra uma boa aceitação por parte não só dos profissionais, que vem desenvolvendo, cada vez mais, trabalhos científicos e práticos, auxiliando no avanço teórico e técnico, mas também dos pacientes e das instituições.

Meu contato profissional com a prática grupal iniciou-se há seis anos e meio, a partir da experiência de trabalho dentro do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – HCFMUSP. Meu primeiro trabalho com grupo foi como co-terapeuta, dentro do Ambulatório do Interconsultas, da mesma instituição, onde hoje coordeno os atendimentos psicoterápicos, supervisiono e atuo.

Realizei especialização de três anos no atendimento clínico de abordagem gestáltica no Instituto de Gestalt de São Paulo – IGSP – onde hoje faço parte do corpo docente.

Destas experiências surgiu o interesse pela pesquisa, a fim de melhor compreender o fenômeno grupal, bem como contribuir para o tratamento de pacientes ambulatoriais e para o desenvolvimento de trabalhos científicos na abordagem gestáltica.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Depressão: conceitos

A depressão é um termo genérico que descreve diversas apresentações clínicas com sintomas de humor conexos ao quadro clássico de melancolia e outros quadros relacionados. Atualmente a depressão está associada a dois principais conceitos diagnósticos: a depressão maior e o Transtorno Depressivo Recorrente. A depressão maior, segundo o DSM-IV, (APA 1995), caracteriza-se pela presença de cinco ou mais sintomas, descritos abaixo, por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido e/ou anedonia:

1. Estado deprimido;
2. Anedonia;
3. Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;
4. Dificuldade de concentração;
5. Fadiga ou perda de energia;
6. Distúrbios do sono: insônia ou hipersônia praticamente diárias;
7. Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;
8. Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar;
9. Idéias recorrentes de morte ou suicídio.

O Transtorno Depressivo Recorrente se caracteriza pela ocorrência repetida de episódios depressivos, correspondentes à descrição do quadro acima.

As classificações do Transtorno Depressivo Recorrente, segundo a CID.10 (Saúde 1995), são:

- Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual leve;
- Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual moderado;
- Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos;
- Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos;
- Transtorno Depressivo Recorrente, atualmente em remissão;
- Outros Transtornos Depressivos Recorrentes;
- Transtorno Depressivo Recorrente sem especificação.

A depressão afeta de 3 a 11% da população (incidência em 12 meses), (Bromet, Andrade et al. 2011, Chei-Tung and Demetrio 2011) com prevalência ao longo da vida de 10 a 25% no sexo feminino e de 5 a 12% no sexo masculino.

Dados da Organização Mundial da Saúde, (OMS 2002) revelam que cerca de 121 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão. Destes, 17 milhões são brasileiros, sendo apontada como a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde.

A Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da Depressão aponta que 80% dos casos que receberam tratamento adequado, terão o segundo episódio ao longo da vida e que 12% seguem com curso crônico e sem remissão de sintomas (Fleck, Berlim et al. 2009).

A depressão interfere em todas as áreas da vida do indivíduo, tanto em suas relações pessoais quanto em sua produtividade. Falsas crenças sobre os sintomas emocionais levam os pacientes a não reconhecerem que possuem o problema e, por preconceito e/ou vergonha, acabam não buscando tratamento, representando 30 a 50% dos casos sem tratamento (Chei-Tung and Demetrio 2011).

A depressão está associada a perdas de trabalho e na produtividade, piora na qualidade de vida e grave sofrimento psíquico e físico que pode levar à má evolução de doenças clínicas concomitantes (Tung 2007), causando mais prejuízo no status de saúde do que a angina, artrite, asma e diabetes (Moussavi, Chatterji et al. 2007). Estudos apontam maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas (Cooper, Harris et al. 2002); (Unutzer, Patrick et al. 2002). Pacientes com doenças clínicas e depressão apresentam menor aderência às recomendações médicas (DiMatteo, Lepper et al. 2000).

Mesmo que o paciente seja diagnosticado e receba adequadamente o tratamento antidepressivo esperado, a taxa de melhora ideal (remissão) é baixa, entre 25% e 35% no primeiro tratamento com antidepressivos (Tung 2007).

O tratamento de primeira linha da depressão moderada inclui antidepressivos em monoterapia, psicoterapia e a combinação de ambos. Para a depressão grave, pode-se combinar um antidepressivo e um antipsicótico, eletroconvulsoterapia ou a combinação de um antidepressivo e psicoterapia (Chei-Tung and Demetrio 2011).

1.2. Psicoterapia e farmacoterapia no tratamento da depressão

A Associação de Psiquiatria Americana (APA) e o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) recomendam a psicoterapia no tratamento da depressão (Zimmerman 2012).

Os benefícios de combinar farmacoterapia e psicoterapia incluem melhora da resposta ao tratamento, redução das taxas de recidiva, aumento da qualidade de vida e aumento da adesão à farmacoterapia (Bauer, Bschor et al. 2007).

Desta forma, muitos pesquisadores têm se preocupado cada vez mais em estudar a combinação entre psicoterapia e farmacoterapia no tratamento da depressão. Koscis *et al.* (Kocsis, Gelenberg et al. 2009), avaliaram pacientes com depressão maior em três fases de tratamento: farmacoterapia e psicoterapia cognitivo comportamental (fase 1); farmacoterapia e psicoterapia breve de apoio (fase 2) e otimização do tratamento farmacológico (fase 3). Cerca de 37,5% dos pacientes já apresentaram resposta parcial ou remissão na fase 2, não necessitando prosseguir para a fase 3.

As abordagens teóricas psicoterápicas utilizadas para tratar a depressão mais citadas são a cognitiva (Ward, King et al. 2000, Leichsenring 2001, Segal, Vincent et al. 2002), interpessoal (de Mello, de Jesus Mari et al. 2005), psicanalítica (Leichsenring 2001, Hilsenroth, Ackerman et al. 2003, Kool, Dekker et al. 2003) e a comportamental (FLECK, Lafer et al. 2003). Todas parecem ser eficazes tanto para redução, remissão e prevenção dos sintomas depressivos, quanto para aderência de outras terapêuticas (Segal, Vincent et al. 2002). Uma revisão de metanálises (Schestatsky and Fleck 1999), listou a eficácia geral das psicoterapias combinadas e de cada uma individualmente, usando a eficácia da imipramina apenas como referência. Para a terapia comportamental, a eficácia geral foi de 55,3% e, contrastada com todas as outras terapias, foi 9,1% mais efetiva; comparada com listas de espera, foi 17,1% mais efetiva. A psicoterapia breve dinâmica teve uma eficácia de 34,8%, levemente menos efetiva que as outras (-7,8%). A terapia cognitiva teve uma eficácia de 46,6%, aproximadamente igual às demais (-4,4%). E para a Terapia Interpessoal, sua eficácia foi de 52,3%, excedendo a eficácia da terapia cognitiva em 13,3%.

Apenas um artigo sobre Gestalt-terapia foi encontrado na base de dados indexada ao pubmed, tratando-se de um relato de caso de psicoterapia individual no transtorno de personalidade *borderline* (Knez, Gudelj et al. 2013).

Conforme descrito por (Segal, Vincent et al. 2002), a reincidência dos sintomas depressivos após o tratamento bem sucedido da depressão maior é frequente. Nesse sentido,

os autores realizaram uma revisão sistemática da literatura para verificar se a psicoterapia e a farmacologia produzem resultados para minimizar esse efeito. Três intervenções foram revisadas: tratamentos concorrentes, sequenciais e cruzamento de psicoterapia e farmacologia. De acordo com os autores, a combinação de ambas as formas de tratamento (cruzamento) é superior a qualquer outra intervenção sozinha, apesar das diferenças estatísticas serem baixas. As intervenções psicoterápicas foram superiores para prevenir reincidências. Da mesma maneira, o sequenciamento de terapias (trocar de intervenção após uma primeira bem sucedida) também se mostrou adequado para evitar a reincidência.

As intervenções psicoterápicas mostraram ser importantes ferramentas no manejo da depressão. Os estudos avaliados mostraram, em sua maioria, que os procedimentos psicoterapêuticos podem ser eficazes, independente de linha teórica, idade e gênero dos pacientes. Assim, a maioria das pesquisas aponta para a importância da aplicação de processos psicoterápicos na diminuição de sintomas, bem como na melhora indireta, como por exemplo, aumento de pontuação de instrumentos de qualidade de vida ou de relacionamentos sociais, o que parece mostrar a importância e eficácia das intervenções (Baptista, Berberian et al. 2007).

1.3. Psicoterapia em grupo no tratamento da depressão

Diversos estudos têm destacado a importância da psicoterapia em grupo no tratamento da depressão (Krishna, Jauhari et al. 2011, Sochting, O'Neal et al. 2013). Autores descrevem apoio dos membros do grupo, atenuação do isolamento e incentivo do compartilhamento como ganhos nesta modalidade, e afirmam que a aderência é maior que na terapia individual, auxiliando no tratamento (Cuijpers, van Straten et al. 2008). Pacientes apontam ser útil ouvir a estratégia que os membros do grupo encontram para lidar com a doença, bem como a observação do progresso trazendo esperança para sua própria recuperação (Newbold, Hardy et al. 2013). O grupo auxilia o paciente nas questões de isolamento social e alienação em relação a outras pessoas (Zinker 2007).

Segundo Zimmerman (Zimmerman 2012), a psicoterapia grupal auxilia o paciente pois possibilita a identificação entre os membros favorecendo a construção de um sentimento de identidade; é um continente de angústias; oferece a possibilidade de reparação, atribui

importância à realidade atual e ao sofrimento psíquico dos participantes e valoriza a capacidade de socialização.

A eficácia do grupo pode ser observada na diminuição da sintomatologia depressiva (Wang, Tzeng et al. 2014), em pacientes com HIV no pós-tratamento (Honagodu, Krishna et al. 2013), em pacientes idosos (Wuthrich and Rapee 2013), e após um ano do término da psicoterapia (Teismann, Brachel et al. 2013).

1.4. A Gestalt-terapia

Fritz Perls fundou a Gestalt-terapia entre 1940 e 1950, com a colaboração de Laura Perls e Paul Goodman (Yontef and Jacobs 2007). É uma psicoterapia experiencial, relacional e processo-orientada. A fundamentação filosófica da abordagem gestáltica baseia-se em princípios do humanismo, do existencialismo e da fenomenologia (Ribeiro 1999).

Seu foco é no aqui-e-agora facilitando o reconhecimento das necessidades, objetivos e valores pessoais (Yontef and Jacobs 2007).

O homem é concebido como um ser de possibilidades e de potencialidades, as quais devem ser valorizadas ao longo do processo terapêutico. Também é considerado como um ser livre para fazer as escolhas de seu projeto de vida, pelas quais deve se responsabilizar. Além disso, é um ser dotado de consciência ativa que atribui a tudo um sentido (conceito fenomenológico de “intencionalidade da consciência”). Assim, toda consciência implica um objeto e todo objeto implica uma consciência a qual lhe atribui um sentido particular. Na prática, isso significa que cada pessoa percebe o mundo a partir de sua própria perspectiva (Ribeiro 1999).

A Gestalt-terapia concebe o homem como um ser em relação consigo mesmo e com o mundo, num constante vir-a-ser e sempre existindo num campo circundante. A partir dessa condição humana, o contato é considerado a matéria-prima da relação humana (Perls, Hefferline et al. 1997).

No primeiro livro publicado sobre Gestalt-terapia (original em 1951), sustentam que todo organismo vive em função da manutenção do diferente, sendo pela assimilação desse diferente que o organismo cresce e se desenvolve. O contato é justamente essa troca com o meio (na chamada fronteira-de-contato) que permite a mudança. O diferente não é introjetado passivamente pelo organismo, mas é assimilado, respeitando as características daquele, num processo de ajustamento criativo. É através da relação com o “não-eu” que o

“eu” se constitui. Para tanto, o trabalho do Gestalt-terapeuta consiste em facilitar a ampliação da *awareness*, que pode ser entendida como a ampliação da consciência que o indivíduo tem de si, em relação com o mundo. Os autores ressaltam que esse processo ocorre desde as formas vivas mais simples até as mais complexas, incluindo o homem. Abarca desde as funções mais objetivas, como a respiração, até as mais subjetivas (constituição do eu e aquisição da cultura, por exemplo). Daí a busca para se estabelecer a qualidade de contato como critério de saúde e normalidade e, na terapia, uma ênfase na capacitação do indivíduo em se colocar crítica e autonomamente em relação ao meio social. A ideia de ajustamento criativo que inclui auto-regulação, abertura ao novo, contato vivo e vitalizante, em contraposição ao controle externo, dependência, agarramento ao passado e comportamento estereotipado, é o que desdobra este critério de saúde e norteia os procedimentos terapêuticos na abordagem gestáltica (Tellegen 1984).

A integração de partes fragmentadas do *self* em um “todo”, no contexto social e ambiental na vida de uma pessoa, é a abordagem central na Gestalt-terapia (Yontef and Jacobs 2007).

1.5. Grupo terapêutico gestáltico

O grupo é uma realidade maior e diferente da soma dos indivíduos que o compõem. Engloba tudo o que eles têm e transforma esse conteúdo em um continente de imensas e vastas possibilidades. O grupo é um fenômeno com poder de transformação, na sua capacidade de escutar, de sentir, de se posicionar, de se arriscar a compreender o processo de significação do viver e do responsabilizar-se (Ribeiro 1994).

Tudo deve ser compreendido como parte do processo grupal, o que acontece dentro e fora do grupo, e o significado depende do campo (Tellegen 1984).

Os princípios do processo grupal em gestalt-terapia, descritos por Zinker (Zinker 2007) são:

- 1) Primazia da experiência grupal em andamento;
- 2) O processo de desenvolver a *awareness* grupal;
- 3) A importância do contato ativo entre os participantes;
- 4) O uso de experimentos interativos, estimulados por um líder ativamente envolvido.

Os princípios da gestalt-terapia se aplicam a pessoas reais, encontrando problemas reais, num ambiente real. O gestalt-terapeuta é um ser humano na *awareness* e interação. Para ele, não existe uma essência pura de um paciente. Existe apenas a pessoa em relacionamento com

sua cena social, buscando crescer e integrar todos os aspectos de si mesmo (Polster and Polster 2001).

A essência do grupo está no potencial para a comunicação e no processo de aquisição deste potencial; portanto, o processo de terapia em grupo tem maior potencial do que o individual. Na terapia em grupo pode-se observar por exemplo, como o cliente faz ou evita o contato, do que o cliente se permite “estar *aware*”, e quais “*awareness*” ele bloqueia (Tellegen 1984).

O grupo surge como um espaço onde o cliente pode experienciar formas saudáveis ou não de relacionamento, evidenciando sua forma de agir no mundo. O *feedback* vindo dos membros do grupo são aceitos mais facilmente pelo paciente do que os do terapeuta, que podem ser vistos como suportivo por conta da técnica, e não de forma espontânea (Philippon 2001). O autor aponta que o grupo age como uma representação no mundo, com possibilidades confortáveis ou não para o relacionamento.

O paciente pode, então, usar a situação terapêutica para experimentar novas formas de contatar, e novas áreas de “*awareness*”. Neste sentido, a terapia gestáltica é menos propensa a fixar um problema particular e mais inclinada a explorar e permitir a mudança na relação com o mundo, na qual surge o problema (Zinker 2007).

O autor aponta as regras básicas para a participação em um grupo de abordagem gestáltica:

- 1) Assumir a autoria da fala e do comportamento: falar na primeira pessoa;
- 2) Prioridade ao que está experienciando aqui e agora. Compartilhe sentimentos, pensamentos e sensações presentes;
- 3) Prestar atenção na maneira em que ouve os outros;
- 4) Fazer afirmações no lugar de perguntas, como uma forma de se responsabilizar pelo que você pensa, sente;
- 5) Fazer um esforço para falar diretamente com o outro participante;
- 6) Ouvir o que a outra pessoa está sentindo e validar essa experiência;
- 7) Prestar atenção na sua experiência física e nos demais do grupo, e compartilhar essa vivência com o grupo;
- 8) Confidencialidade;
- 9) Experimentar correr riscos enquanto participa das conversas – o grupo é um laboratório humanista, no qual o indivíduo pode testar a influência de comportamentos que considerava inaceitáveis;

- 10) Aprender a colocar entre parênteses sentimentos e expressões quando sentir que interromperá algum movimento em andamento no grupo;
- 11) Respeitar o espaço psicológico dos membros do grupo.

Assim, o grupo pode ser visto como a oportunidade experimental de por à prova novos modos de ser e se relacionar uns com os outros (Polster and Polster 2001).

1.6. Justificativa do estudo

A depressão é uma doença comum e, nas formas mais intensas, incapacitante. Quando não tratada adequadamente pode tornar-se crônica. Estudos apontam a importância da psicoterapia combinada à farmacoterapia para o tratamento da depressão. Algumas abordagens psicoterápicas foram estudadas e mostraram-se úteis no tratamento, porém, não foram suficientes para controlá-la de forma plena. Portanto, é importante avaliar o papel de novas abordagens psicoterápicas no tratamento desta patologia, como por exemplo, a Gestalt-terapia.

Não foram encontrados estudos científicos que avaliem o uso da psicoterapia baseada na Gestalt-terapia no tratamento da depressão. Desse modo, o presente estudo visa trazer informações sobre o tema e contribuir com a produção de novos estudos para que se desenvolva a prática da Gestalt-terapia com pacientes deprimidos. A psicoterapia de grupo oferece ao paciente deprimido a possibilidade de suporte dos outros participantes, a troca de experiências e o aprimoramento nas habilidades de relação interpessoal. Além disso, do ponto de vista de saúde pública, o grupo terapêutico permite o atendimento de um número maior de pacientes, permitindo uma melhor relação custo – benefício.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Objetivo Principal:

Avaliar qualitativa e quantitativamente os sintomas depressivos em pacientes com Transtorno Depressivo Recorrente em episódio atual moderado a grave após o grupo terapêutico de abordagem gestáltica.

Objetivos Secundários:

Avaliar a contribuição do grupo terapêutico de abordagem gestáltica na melhora da qualidade de vida e adequação social em pacientes com Transtorno Depressivo Recorrente em episódio atual moderado a grave.

HIPÓTESE

3. HIPÓTESE

Hipótese Principal:

Pacientes com Transtorno Depressivo Recorrente em episódio atual moderado a grave, submetidos ao grupo terapêutico de abordagem gestáltica, apresentam melhora na qualidade e intensidade dos sintomas depressivos.

Hipóteses Secundárias:

Pacientes com Transtorno Depressivo Recorrente em episódio atual moderado a grave, submetidos ao grupo terapêutico de abordagem gestáltica, apresentam melhora na qualidade de vida e adequação social.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

4.1. Aspecto Ético

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Normas Éticas e Regulamentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Todos os indivíduos seguidos e avaliados assinaram um termo de consentimento contendo informações sobre o risco da pesquisa da qual participaram e o caráter voluntário da participação.

4.2. Desenho do Estudo

O desenho do presente estudo foi exploratório prospectivo com 16 encontros de grupo terapêutico semanal de abordagem gestáltica com duração de 1 hora e meia cada encontro, realizada pela autora da pesquisa. Os pacientes foram avaliados em dois momentos, em relação à qualidade de vida, adequação social e a sintomatologia depressiva, por um psiquiatra, avaliador cego, que não era responsável pelo tratamento farmacológico dos pacientes. Os resultados de tais avaliações só foram analisados pela pesquisadora após o término do grupo terapêutico.

A primeira avaliação (T1) foi realizada uma semana antes do primeiro encontro de grupo terapêutico – semana 1 - para avaliar a gravidade e a qualidade dos sintomas depressivos, qualidade de vida e adequação social.

A segunda avaliação (T2) foi realizada após uma semana do último encontro do grupo terapêutico – semana 18 - para reavaliar a gravidade e qualidade de sintomas depressivos, qualidade de vida e adequação social.

4.3. Local do estudo

O presente estudo foi realizado no Instituto de Psiquiatria (IPQ) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), no quarto andar, sala 5.

4.4. Casuística

Para constituição da amostra do estudo, foi realizada divulgação na mídia leiga, além de participantes provenientes tanto do ambulatório do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, quanto de outras instituições de saúde mental. Os sujeitos que declararam interesse em participar do estudo foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão descritos abaixo.

4.4.1. *Critérios de inclusão:*

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

1. Idade entre 18 e 65 anos de ambos os sexos
2. Diagnóstico de Transtorno Depressivo Recorrente definido segundo os critérios do DSM-IV
3. Apresentar episódio atual moderado a grave definido por um escore total ou maior de 17 pontos na HAM-D-17
4. Estar em tratamento médico farmacológico para depressão
5. Disponibilidade para grupo terapêutico

4.4.2. *Critérios de exclusão*

Foram excluídos do estudo pacientes que apresentavam:

1. Dependência de álcool/drogas - últimos 12 meses
2. Diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) segundo critérios do DSM-IV

3. Sintomas psicóticos
4. Risco de suicídio
5. Histórico de má aderência ao tratamento farmacológico e/ou psicológico

4.5. Instrumentos

4.5.1. *Entrevista Psiquiátrica*

Para a realização da triagem dos pacientes foi utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: Transtorno do Eixo I (SCID). Para o atual estudo, utilizou-se a versão em português, traduzida por Tavares (Tavares 1996). Trata-se de uma entrevista semiestruturada que permite realizar o diagnóstico do Eixo I de acordo com os critérios do DSM-IV.

4.5.2 *Avaliação dos sintomas depressivos*

Para avaliar e quantificar os sintomas depressivos, utilizou-se dois instrumentos. O Manual Estruturado para Entrevista da Escala de HAM-D 17 (Williams 1988), que foca aspectos somáticos da depressão. A aplicação é realizada através de uma entrevista, cujo objetivo é medir a frequência e a intensidade dos sintomas depressivos. É composta por 17 itens, e os escores variam entre 0 a 2, e 0 a 4. As linhas de corte para definição da intensidade dos sintomas depressivos foram de 7 ou menos consideradas normais, de 8 a 13 indicando depressão leve, de 14 a 18 indicando depressão moderada, e acima 19 indicando depressão grave (Dratcu, da Costa Ribeiro et al. 1987).

O segundo instrumento utilizado foi o Inventário de depressão de Beck, (Beck, Warde et al. 1961) que é um questionário de auto avaliação que foca os aspectos cognitivos da depressão. Composta por 21 itens de múltipla escolha, relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Para avaliar o resultado, um valor de 0 a 3 é determinado para cada resposta e o resultado final é comparado a critérios que determinam a gravidade do quadro depressivo. Os valores básicos são: 0-9 indicam que o indivíduo não está deprimido, 10-18 indicam depressão leve a moderada, 19-29 indicam depressão moderada a grave e 30-63 indicam depressão grave. A escala foi validada e traduzida por Gorestein e Andrade (1998).

4.5.3. Avaliação da qualidade de vida

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), que é um instrumento genérico que tem por finalidade avaliar os diferentes aspectos da vida relacionados à saúde, do ponto de vista subjetivo. É um questionário curto, de autopreenchimento, composto por 36 itens que avaliam oito domínios: Capacidade funcional (10 itens); Aspecto físico (4 itens); Dor (2 itens); Estado geral de saúde (5 itens); Vitalidade (4 itens); Aspecto social (2 itens); Aspecto emocional (3 itens) e Saúde mental (5 itens). Para avaliação de seus resultados, cada domínio recebe, separadamente, um escore total que varia de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e cem indica uma boa percepção da saúde, função preservada e ausência de dor.

O instrumento foi idealizado por Ware e Sherbourne (Ware and Sherbourne 1992), validado e traduzido por Ciconelli (1997).

4.5.4. Avaliação da adequação social

Para avaliação da Adequação Social utilizou-se a Escala de Auto Avaliação de Adequação Social (Gorenstein, Andrade et al. 2000), que avalia aspectos do desempenho, a qualidade das relações interpessoais e os sentimentos e satisfação pessoais, em relação às duas últimas semanas. Trata-se de um questionário auto aplicativo que contém 54 questões, das quais 42 são relacionadas à área de trabalho, sendo que o participante responde a 6 das 18 questões de acordo com sua ocupação principal. A EAS permite uma avaliação individual de sete áreas específicas: trabalho (fora de casa [questões de 1-6]); trabalho em casa [questões 7-12]; como estudante [questões 13-18]; vida social e lazer [questões 19-29]; relação com a família – incluindo pais, irmãos, cunhados e outros membros da família que não moram na mesma casa [questões 30-37]; relação marital [questão 38-46]; relação com os filhos [questões 47-50]; vida doméstica [questões 51-53]; situação financeira (questão 54). Os itens avaliam aspectos do desempenho, a qualidade das relações interpessoais, os sentimentos e satisfações pessoais, em relação às duas últimas semanas. Além disso, a escala mostrou-se sensível para detectar a melhora dos pacientes em função do tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico. Para obter-se o valor total da escala é necessário somar os escores de todos os

itens e dividir pelo número de itens respondidos. Cada item é avaliado de 1 a 5, e o escore 8 (condição ausente) não é computado, escores mais altos indicam maior incapacitação social.

4.6. Amostra

Foram triados 57 pacientes, dos quais 45 não preencheram os critérios de seleção (tabela 1) e 12 preencheram os critérios de inclusão aceitando participar do estudo. Na figura 1 é apresentado o diagrama do fluxo de pacientes. Desses 12 pacientes incluídos, 1 paciente realizou apenas a primeira sessão do grupo terapêutico, 4 pacientes desistiram durante o processo (tabela 2) e 7 completaram o tratamento proposto.

Figura 1. Diagrama de fluxo de pacientes

Tabela 1. Pacientes que não preencheram os critérios de inclusão.

<i>Motivo da exclusão</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Diagnóstico de TAB	27	60
Gravidez	1	2,2
Histórico de má aderência à psicoterapia	5	11,11
Pontuação abaixo de 17 na escala Ham-D-17	12	26,6

TAB: Transtorno Afetivo Bipolar; **Ham-D-17:** Escala de Hamilton 17 itens

Tabela 2. Motivo da desistência do tratamento e momento da interrupção.

<i>Pacientes</i>	<i>Motivo</i>	<i>Momento (semana)</i>
M.C.S.R	Longa distância e falta de condução	2 ^a
T.R.F.A	Incompatibilidade de horário: chefe não a liberou	2 ^a
A.S	Mudança de Cidade	4 ^a
D.C.J	Dificuldade em se adequar aos moldes do grupo	4 ^a
P.B	Rompimento dos tendões do pé	4 ^a

4.7. Procedimentos

4.7.1. Primeira avaliação (T1)

A primeira avaliação dos pacientes foi realizada uma semana antes do início do grupo terapêutico (semana um). Foram submetidos às seguintes avaliações:

- HAM-D-17
- SF-36
- EAS

- BDI

4.7.2. Segunda Avaliação (T2)

A segunda avaliação foi realizada uma semana após o término do grupo terapêutico (semana dezoito), com os instrumentos:

- HAM-D-17
- SF-36
- EAS
- BDI

4.7.3. Grupo Terapêutico

Tendo em vista a escassez de literatura específica no tratamento de pacientes com depressão recorrente, o processo terapêutico grupal seguiu a proposta encontrada na literatura especializada que aborda a psicoterapia gestáltica de curta duração (Pinto, 2009), e o trabalho com grupo (Tellegen 1984, Ribeiro 1994, Philippon 2001, Polster and Polster 2001, Zinker 2007). Foram propostos 16 encontros com frequência semanal e duração de uma hora e meia por sessão.

O conteúdo de cada sessão dependia das vivências e reflexões trazidas pelos participantes, de forma espontânea em todas as sessões, sem nenhum tema pré-definido. A ausência de uma programação previamente definida teve como objetivo possibilitar o reconhecimento da forma que cada um se relaciona com o mundo e consigo mesmo, auxiliando a aceitação da condição atual – depressão – criando, assim, possibilidades de transformação através das relações no grupo.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 7 pacientes, dos quais 5 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Na tabela 3, são apresentadas as características dos pacientes, do transtorno depressivo e tratamento de cada paciente.

Conforme tabela, os pacientes apresentaram uma média de idade de 49,4 anos ($DP \pm 8,44$). Apenas uma paciente apresentou 2 episódios depressivos ao longo da vida, os demais variaram de 3 a + de 5. A idade do início do tratamento teve uma média de 32,4 anos. O tempo de tratamento do episódio atual, em média, foi de 19 meses. Apenas 3 pacientes já haviam realizado psicoterapia no passado.

Tabela 3. Características dos pacientes, do transtorno depressivo e tratamento

<i>Pacientes</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Nº episódios</i>	<i>Idade início do tratamento (anos)</i>	<i>Tratamento realizado</i>	<i>Tempo episódio atual (meses)</i>	<i>Medicamento início da psicoterapia (mg/dia)</i>	<i>Medicamento final da psicoterapia (mg/dia)</i>
A.P.A	63	M	>5	33	Diazepan Divalproato de sódio Fluoxetina	>24	Venlafaxina (75) Quetiapina (600) Lamotrigina (100) Mirtazapina (30)	Sertralina (150) Litio 12h Amitriptilina (100) Lorazepam(10)
D.F.T	47	M	>5	22	Anafranil Diazepan	24	Sertralina(200)	Sertralina(200)
M.A.S.S	56	F	3	45	Diazepan Fluoxetina	8	Sertralina (100)	Sertralina (100)
M.L.A	48	F	>5	29	Amitriptilina Paroxetina Psicoterapia	>24	Sertralina (100)	Sertralina (100)
M.M.N.A	42	F	3	30	Prozac Psicoterapia	24	Fluoxetina (20)	Fluoxetina (20)
R.C	52	F	2	35	Paroxetina Psicoterapia	18	Sertralina (150) Diazepam (10)	Sertralina (150) Diazepam (10)
R.S.M	38	F	>5	33	Venlafaxina	12	Lamotrigina (50) Divalproato de sódio (250)	Sertralina (50) Lamotrigina (100)

As características sócio demográficas dos pacientes do estudo (n=7) são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4. Características sócio demográficas dos pacientes

<i>Pacientes</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Trabalho</i>
A.P.A	63	M	Divorciado	Ensino Médio	Desempregado
D.F.T	47	M	Solteiro	Superio	Desempregado
M.A.S.S	56	F	Casada	Ensino Médio I	Trabalhando
M.L.A	48	F	Casada	Ensino Médio	Trabalhando
M.M.N.A	42	F	Casada	Superior	Desempregado
R.C	52	F	Divorciada	Ensino Médio	Desempregado
R.S.M	38	F	Solteira	Superior (cursando)	Nunca Trabalhou

5.2. Descrição das sessões

A seguir serão descritas, de forma resumida, as 16 sessões do grupo terapêutico.

1ª sessão:

Pacientes se apresentaram falando sobre seus episódios depressivos, sobre o vazio que não é preenchido com nada, a sensação de ser um peso para a família, sentimento de culpa e sobre a dificuldade em aceitar e lidar com este diagnóstico. Após metade da sessão os pacientes já se dirigiam uns aos outros para fazerem perguntas. Um dos membros do grupo, que é psicóloga, falou da importância da empatia no grupo e com a terapeuta.

2ª sessão:

Apontaram a importância da fé e da religião como suporte nos momentos de crise e as dificuldades na relação com os familiares.

3ª sessão:

Falaram sobre efeitos colaterais, fantasias e expectativas em relação ao tratamento farmacológico.

4ª sessão:

Trouxeram a dificuldade em focar na carreira profissional e as consequências que isso traz.

5ª sessão:

Apontaram algumas pessoas próximas que poderiam ser consideradas o “porto-seguro” de cada um, trouxeram o isolamento social como causador de muita dor e sofrimento.

6ª sessão:

Falaram da cobrança que sentem vinda da família e do preconceito que sofrem por fazerem um tratamento psiquiátrico.

7ª sessão:

Apontaram a falta de cuidados pessoais. Compartilharam a falta de vontade em se arrumar, escolher uma roupa, em realizar a higiene pessoal.

8ª sessão:

Discutiu-se a dificuldade do tratamento realizado na UBS, a falta de contato mais próximo com o psiquiatra e o quanto traz de impacto na má aderência ao tratamento.

9ª sessão e 10ª sessão:

Apontaram a importância do grupo na vida de cada um e compartilharam as mudanças que perceberam em suas vidas após o início do processo terapêutico.

11ª sessão:

Falaram sobre a grande expectativa que traziam com o processo terapêutico. Trabalhou-se a questão da cura através da psicoterapia e a percepção de cada um em depositar no processo toda a responsabilidade do tratamento.

12ª sessão:

Apontaram o sentimento de culpa e rememoraram perdas do passado e algumas consequências por conta do diagnóstico, como rompimento de relacionamentos, demissões e discussões com familiares.

13ª sessão:

Discutiu-se a postura que cada um tinha em relação ao contato com o diagnóstico e o tratamento. Os participantes relataram sentirem-se alheios aos resultados obtidos tanto com a medicação quanto com os processos terapêuticos. Compartilham a vivência de que é a primeira vez, em psicoterapia, em que falam mais do que ouvem e o quanto “se ouvirem” trouxe uma nova percepção do processo de adoecimento.

14ª sessão:

Receberam a orientação para compartilharem as novas formas de percepção do adoecimento e o impacto que sentiam ter no processo agora.

15ª sessão:

Relataram o que acharam de mais importante durante o processo, quais os ganhos e o que continuava difícil de entrar em contato. Avaliaram os pontos positivos e negativos do processo terapêutico.

16ª sessão:

Trouxeram a dificuldade em encerrar o processo, a vontade de dar continuidade, o medo da recaída, porém, apontaram sentirem certa segurança em lidar com novas crises e que a sensação de maior esclarecimento sobre o adoecimento trazia uma segurança e maior aceitação do diagnóstico.

5.3. Descrição dos escores das escalas

A tabela 5 apresenta os escores da escala de Ham-D-17 para sintomas depressivos em T1 e T2. Apenas um paciente apresentou piora, com maior pontuação em T2, demonstrando que os pacientes obtiveram uma melhora clínica em relação aos sintomas depressivos. A figura 2 apresenta o gráfico de dispersão dos resultados dessa escala entre T1 e T2.

Tabela 5 – Escore da escala Ham-D-17 em T1 e T2

<i>Pacientes</i>	<i>Ham- D- 17 T1</i>	<i>Ham- D- 17 T2</i>
M.N.N.A	22	6
D.F.T	18	10
M.L.A	20	13
M.A.S.S	18	11
R.C	21	16
R.S.M	24	20
A.P.A	22	24

Figura 2. Gráfico de Dispersão dos escores Ham-D-17 entre T1 e T2

Na tabela 6 são apresentados os escores da BDI para sintomas depressivos em T1 e T2. Dois pacientes tiveram aumento de um ponto na escala em T2 e uma paciente teve aumento de sete pontos em T2, totalizando a piora de três pacientes. Quatro pacientes apresentaram melhora diminuindo a pontuação em T2. Destes quatro, apenas uma paciente diminuiu 2 pontos, os três pacientes restantes tiveram um aumento de 5 ou mais pontos, mostrando que, de uma maneira geral, os pacientes se perceberam melhor, em relação à depressão, após o grupo terapêutico. A figura 3 apresenta o gráfico de dispersão dos resultados da BDI entre T1 e T2.

Tabela 6 - Escores da escala BDI em T1 e T2

<i>Pacientes</i>	<i>BDI T1</i>	<i>BDI T2</i>
A.P.A	32	33
M.L.A	13	14
R.C	31	38
D.F.T	31	23
M.A.S.S	22	15
R.S.M	32	27
M.M.N.A	10	8

Figura 3. Gráfico de dispersão dos escores da escala BDI entre T1 e T2

Na tabela 7 são apresentados os escores da escala EAS. Dois pacientes apresentam uma diminuição na pontuação em T2 demonstrando uma melhor adequação social após o grupo terapêutico. A figura 4 ilustra o gráfico de dispersão dos escores entre T1 e T2.

Tabela 7 – Escores da escala EAS em T1 e T2

<i>Pacientes</i>	<i>EAS T1</i>	<i>EAS T2</i>
M.A.S.S	2,39	1,94
M.L.A	3,44	3,13
R.C	3,38	3,58
D.F.T	3,21	3,45
M.M.N.A	2,25	2,5
R.S.M	3,33	3,6
A.P.A	2,05	3,28

Figura 4. Gráfico de Dispersão dos escores da escala EAS entre T1 e T2

Nas tabelas 8 e 9 são apresentados os escores da escala SF-36 em T1 e T2, respectivamente, nos oito domínios.

Tabela 8 - Escores da escala SF-36 em T1

<i>Pacientes</i>	<i>CF</i>	<i>LAF</i>	<i>D</i>	<i>EGS</i>	<i>V</i>	<i>AS</i>	<i>LAE</i>	<i>SM</i>
A.P.A	15	0	41	50	25	38	0	12
D.F.T	45	0	51	72	20	0	0	28
M.A.S.S	35	0	41	87	45	38	33,33	48
M.L.A	55	25	30	-8	20	13	0	16
M.M.N.A	95	100	41	62	55	63	66,66	56
R.C	40	0	31	45	20	38	0	32
R.S.M	70	0	31	30	5	13	0	16

Tabela 9 - Escores da escala SF-36 em T2

<i>Pacientes</i>	<i>CF</i>	<i>LAF</i>	<i>D</i>	<i>EGS</i>	<i>V</i>	<i>AS</i>	<i>LAE</i>	<i>SM</i>
A.P.A	10	25	61	5	10	0	0	4
D.F.T	70	0	41	62	10	0	0	32
M.A.S.S	50	50	52	52	50	75	0	52
M.L.A	80	100	41	45	20	37,5	66,66	28
M.M.N.A	100	100	62	72	50	50	100	48
R.C	65	0	20	55	35	25	0	21
R.S.M	45	0	0	15	0	12,5	0	12

Nos domínios CF; EGS; SM e D, os pacientes apresentaram melhora com aumento do escore em T2. As figuras 5 a 12 ilustram os gráficos de dispersão dos escores entre T1 e T2 nos oito domínios.

Figura 5. Gráfico de Dispersão da escala SF-36 – domínio Capacidade Funcional entre T1 e T2

Figura 6. Gráfico de Dispersão da escala SF-36 – domínio Dor entre T1 e T2

Figura 7. Gráfico de Dispersão da escala SF-36 – domínio Vitalidade entre T1 e T2

Figura 8. Gráfico de Dispersão da escala SF-36 – domínio Estado Geral de Saúde entre T1 e T2

Figura 9. Gráfico de Dispersão da escala SF-36 – domínio Limitações por Aspectos Físicos entre T1 e T2

Figura 10. Gráfico de Dispersão da escala SF-36 – domínio Aspectos Sociais entre T1 e T2

Figura 11. Gráfico de Dispersão da escala SF-36 – domínio Limitações por Aspectos Emocionais entre T1 e T2

Figura 12. Gráfico de Dispersão da escala SF-36 – domínio Saúde Mental entre T1 e T2

5.4. Descrição qualitativa

Considerando-se o número da amostra e o desenho do presente estudo, optou-se por realizar uma descrição qualitativa dos resultados observados após o grupo terapêutico.

Em relação à sintomatologia depressiva, avaliou-se a variação da pontuação dos 17 sintomas da escala Ham-D-17 entre T1 e T2 de cada pacientes. Assim como na escala, a diminuição da pontuação foi considerada como melhora, o aumento como piora e os pacientes que mantiveram a mesma pontuação foram considerados como sem alteração. A tabela 10 mostra que a maioria dos pacientes apresentou melhora em relação aos seguintes sintomas: interesse no trabalho e nas atividades; lentificação dos pensamentos e dificuldade de concentração; humor depressivo; sentimento de culpa; qualidade do sono; ansiedade psíquica – tensão e irritabilidade; sintomas somáticos – energia e pensamentos em relação à saúde do corpo. Os sintomas que menos apresentaram alterações foram suicídio e *insight*. O sintoma que apresentou maior piora foi Insônia Intermediária.

Tabela 10: Sintomas avaliados pela escala HAM-D-17

<i>Sintomas</i>	<i>MELHORA</i>	<i>PIORA</i>	<i>SEM ALTERAÇÃO</i>
Trabalho e atividades	5		2
Retardo	5		2
Humor Depressivo	4	2	1
Sentimento de Culpa	4	1	2
Insônia Inicial	4	1	2
Insônia Tardia	4	1	2
Ansiedade Psíquica	4		3
Sintomas somáticos (gerais)	4		3
Hipocondria	4	1	2
Ansiedade somática	3	1	3
Sintomas somáticos	3		4
Insônia Intermediária	2	3	2
Agitação	1	2	4
Sintomas genitais	1	1	5
Perda de peso	1	2	4
Suicídio		2	5
Insight		2	5

Na tabela 11 são apresentados pontos que podem ser considerados como indicadores clínicos de melhora dos pacientes.

Tabela 11. Indicadores clínicos de melhora dos pacientes

Paciente	Indicadores de melhora
A.P.A	Ganho de certa autonomia
	Aumento de atividades
	Diminuição de pensamento de morte
D.F.T	Melhora no relacionamento familiar
	Aumento da responsabilização de suas escolhas
	Melhora nos seus relacionamentos interpessoais
M.A.S.S	Exercícios físicos
	Melhor aceitação de sua comorbidade clínica e as limitações que a doença lhe causa
	Maior facilidade em pedir ajuda e em colocar suas necessidades em primeiro lugar
M.L.A	Melhor aceitação do diagnóstico
	Melhor aderência ao tratamento medicamentoso e psicoterápico
	Melhora na relação com o marido
M.M.N.	Melhora na capacidade em ouvir o outro
	Maior responsabilidade em suas escolhas
	A Passou a fazer exercícios físicos
R.C	Aumento da socialização com colegas do grupo
	Volta ao exercício físico
	Melhora na aderência ao tratamento da comorbidade clínica
R.S.M	Melhora na socialização
	Melhor compreensão do diagnóstico
R.S.M	Melhora na autoestima

5.5. Apresentação dos pacientes

Segue abaixo a descrição de acordo com os aspectos subjetivos de cada paciente.

A.P.A, 63 anos, sexo M, desempregado.

Na escala BDI o paciente não apresentou nenhuma alteração, mantendo a depressão severa, segundo a avaliação da escala. Na escala Ham-D-17 o paciente também manteve, segundo a avaliação da escala, a depressão severa. Segundo os sintomas da escala, o paciente apresentou melhora em relação ao sentimento de culpa e hipocondria. Apresentou uma piora na adequação social, segundo a escala EAS. Na escala SF-36 apresentou melhora nos

domínios LAF e D. Nos domínios CF; EGS; V; AS e SM o paciente apresentou piora. Não houve alteração no domínio LAE.

O paciente passou quase 40 anos morando nos EUA, casado com uma americana. Havia voltado a morar no Brasil há 5 meses, na casa de um irmão. Durante o processo compartilhou sua dificuldade em sair sozinho de casa e de realizar tarefas simples, como arrumar a cama e tomar banho: “não tenho força nem coragem para fazer nada, principalmente sozinho” (SIC). Chegava sempre tremendo e suando muito nas primeiras sessões, olhando para baixo e com dificuldade em ouvir enquanto algum outro membro do grupo falava. Expressava seu desespero e a vontade de estar morto. Com o passar das sessões passou a vir sozinho para o grupo, olhar para as pessoas enquanto falavam, passou a fazer perguntas e a trocar experiências espontaneamente e parou de expressar sua vontade de estar morto, porém, sempre que alguém apontava alguma mudança em sua postura ou comportamento, o paciente negava, mostrando-se bastante resistente: “consegui vir sozinho, mas ainda fico muito desesperado” (SIC).

D.F.T, 47 anos, sexo M, desempregado.

Na escala BDI o paciente passou, segundo a avaliação da escala, de depressão severa para depressão moderada. Na escala Ham-D-17 o paciente passou, segundo a avaliação da escala, de depressão moderada para depressão leve. Apresentou uma pequena piora em relação à adequação social, segundo a escala EAS. Na escala SF-36, o paciente apresentou uma melhora nos domínios CF e SM. Nos domínios D; EGS e V apresentou uma piora e não houve alteração nos domínios LAF, AS e LAE.

O paciente morava em uma casa com um irmão mais velho portador de necessidades especiais. Expressava-se bem, porém, apresentava dificuldade em escutar outros membros do grupo. Em seu discurso colocava-se muito vitimizado pelo mundo assumindo pouca responsabilidade pela sua vida e suas escolhas: “as pessoas nunca quiseram se aproximar de mim” (SIC) – não conseguia ver nenhuma outra possibilidade em sua vida que não fosse o sofrimento. Relatava muita dificuldade no relacionamento familiar e interpessoal: “minha família nunca me aceitou e meus amigos me acham um saco” (SIC). Durante o processo compartilhou a importância do grupo em sua vida e o quanto compartilhar sua história e ouvir a história dos outros membros fizeram com que refletisse e assumisse uma

postura mais responsável em sua vida: “ser ouvido e aceito por vocês me faz pensar que talvez consiga isso lá fora” (SIC).

M.A.S.S, 56 anos, sexo F, trabalhando.

Na escala BDI, segundo a avaliação da escala, passou de depressão moderada para depressão leve, bem como na escala de Ham-D-17. Apresentou uma melhora na adequação social, segundo a escala EAS. Na escala SF-36, apresentou melhora nos domínios CF; LAF; D; AS e SM. Houve uma piora nos domínios EGS; V e LAE.

Paciente relatou que apresentou piora do quadro depressivo há 11 anos, quando foi diagnosticada com Parkinson. Compartilhou sua dificuldade em aceitar o diagnóstico bem como as limitações que a doença lhe causa com o passar dos anos: “me recuso a usar a bengala, não vou ficar dependendo dela nem de ninguém” (SIC). Relatou certa dificuldade em falar de si mesma para familiares e no grupo, pois tinha a sensação de que se tornaria uma preocupação para o outro. Com isso, adotava uma postura de dizer que estava sempre tudo bem. Durante as sessões, mostrava-se bastante acolhedora e interessada na fala dos membros do grupo, porém, quando alguém lhe fazia alguma pergunta ou pontuação, fechava-se e dava respostas evasivas. Com o passar das sessões, passou a compartilhar alguns fatos de sua vida e atribuiu esta mudança a maior identificação com o grupo: “aqui posso falar porque parece que não sou a única a sentir essas coisas” (SIC). Contava que sentia-se envergonhada em ter que tomar a medicação do Parkinson durante as sessões, mas que agora sentia que poderia compartilhar este momento com os outros membros.

M.L.A, 48 anos, sexo F, trabalhando.

Na escala BDI a paciente não mostrou uma alteração entre T1 e T2, apresentando, segundo a avaliação da escala, uma depressão de leve a moderada. Na escala Ham-D- 17, a paciente passou, segundo a avaliação da escala, de uma depressão grave para uma depressão leve. Na escala EAS a paciente baixou a pontuação mostrando uma melhora na adequação social. Na escala SF-36 a paciente apresentou melhora nos domínios CF; LAF, D; EGS; AS; LAE, e SM. O domínio V não teve alteração.

Nas primeiras sessões a paciente apresentava-se muito chorosa e falava muito sobre culpa e mágoa. Compartilhou que foi obrigada a casar, pois estava grávida e atribui este fato ao início de seu quadro depressivo, há mais de 30 anos, uma vez que nunca falou sobre isso

com o marido. Com o diagnóstico de lúpus, há 17 anos, teve uma piora no quadro. Relatou que a participação no grupo terapêutico a fez conversar com o marido sobre a relação do casal: “depois da sessão da semana passada consegui dizer para o meu marido o trauma que foi ter que me casar sem amor” (SIC). Compartilhou que passou a assumir algumas responsabilidades em sua vida e principalmente se dar conta de seu quadro depressivo: “percebi que não é porque eu quero, mas porque tenho uma doença que me faz desanimar e chorar o tempo todo” (SIC) e desenvolver a vontade de tratar-se e melhorar.

M.M.N.A, 42 anos, sexo F, desempregada.

Na escala BDI a paciente passou, segundo a avaliação da escala, de depressão leve/moderada para sem depressão. Na escala de Ham-D-17 a paciente passou, segundo a avaliação da escala, de depressão grave para normal. Apresentou uma piora na adequação social, segundo a escala EAS. Na escala SF-36 a paciente apresentou uma melhora nos domínios CF; D; EGS; LAE. Apresentou piora nos domínios V; AS e SM. Não houve alteração no domínio LAF.

A paciente mostrava-se bastante resistente nas primeiras sessões. Ouvia bastante os membros do grupo e sempre se colocava de maneira otimista frente às dificuldades trazidas pelo grupo. Chegou a ser questionada sobre seu diagnóstico de depressão recorrente. Com o passar das sessões foi sentindo-se a vontade em compartilhar suas dores e suas dificuldades no casamento e na vida profissional. Falou da frustração e da culpa que o diagnóstico trouxe à sua vida e o quanto sentia-se isolada do mundo: “para falar a verdade, não consigo pensar em uma pessoa com quem eu possa me abrir de verdade, que me ouça e me compreenda como acontece aqui” (SIC). Relatou que ao participar do grupo terapêutico passou a cuidar mais desse isolamento e a se responsabilizar por algumas situações em sua vida, e o quanto havia facilitado para realizar algumas transformações: “percebo que se não mudar minha postura, me abrir, sem medo, as pessoas não vão conseguir se aproximar de mim” (SIC).

R.C, 52 anos, sexo F, desempregada.

Na escala BDI a paciente não teve nenhuma alteração, mantendo, segundo a avaliação da escala, a depressão severa. Na escala Ham-D-17 a paciente passou, segundo a avaliação da escala, de depressão grave para depressão moderada. Apresentou uma melhora na adequação social, segundo a escala EAS. Na escala SF-36, a paciente apresentou melhora nos domínios CF; EGS e V. Nos domínios D; AS; LAE e SM apresentou piora. Não houve alteração no domínio LAF.

Paciente relatava que sua comorbidade clínica, Hepatite C, trouxe uma piora em seu quadro depressivo. Durante as sessões compartilhou que havia sido traída pelo atual companheiro e que perdeu o emprego na mesma fase e que esta situação a paralisava, fazendo com que voltasse a “desconfiar do mundo” (SIC) e não sentisse vontade de estar com as pessoas, nem mesmo familiares. Com o passar das sessões relatou que sua autoestima estava sendo resgatada, por sentir-se ouvida e acolhida pelo grupo. Apontou que gostaria de se “lamentar menos e fazer mais” (SIC). As pioras nos domínios da escala SF-36 podem ser compreendidas pela presença de um tumor no joelho – já se encontrava na fila de espera para operação, que a desestabilizou durante o processo terapêutico.

R.S.M, 38 anos, sexo F, desempregada.

Na escala BDI a paciente passou, segundo a avaliação da escala, de depressão severa para depressão moderada. Na escala Ham-D-17 não apresentou alteração, ficando, segundo a avaliação da escala, na depressão grave. Apresentou melhora da adequação social, segundo a escala EAS. Na escala SF-36 apresentou piora nos domínios CF; D; EGS; V e SM. Não houve alteração nos domínios LAF; AS e LAE.

A paciente compartilhou que desde pequena se percebia “diferente das pessoas” (SIC). Relatava muita dificuldade em conversar com as pessoas e que sentia-se muito desconfortável e desacreditada de si mesma, porém, estudou em escola pública a vida inteira com muita dificuldade, parou de estudar durante alguns anos, terminou o segundo grau e hoje cursa filosofia na USP e está no segundo ano do curso de francês. Quando o grupo apontava suas conquistas, a paciente chegava a olhar para baixo e tremer e dizia que não se sentia segura e que a sensação de que “não vou dar conta” (SIC) a acompanhava. Estava bastante mobilizada para realizar o processo terapêutico e com o passar das sessões passou a ter uma melhor

compreensão do diagnóstico de depressão recorrente, facilitando seu relacionamento consigo mesma e com os outros: “sempre me achei estranha, mas hoje sei o que eu tenho” (SIC).

5.6. Temas recorrentes nas sessões

Durante o processo terapêutico, todos os pacientes trouxeram três conteúdos específicos de forma bastante significativa e comum entre os participantes, na maioria das sessões. Estes “temas recorrentes” causaram um impacto direto e indireto no tratamento de cada um, e estão descritos a seguir:

- **Dificuldade em aceitar o diagnóstico:** sentimento de culpa toda vez que aparece um novo episódio depressivo, como se provocassem o aparecimento. Não compreendiam a depressão como uma doença clínica e sim apenas ligada ao lado emocional ou com características da personalidade de cada um. Relatam cansaço em ter que sempre “combater” um novo episódio e que quando estão bem não conseguem aproveitar, pois o pensamento de que logo aparecerá o próximo é comum.
- **Dificuldade nas relações interpessoais:** como estão sempre depressivos ou tomando medicamento não se sentem acolhidos pela família, muito menos compreendidos, uma vez que a doença não é acusada em exame físico. Por se tratar de algo recorrente, as pessoas mais próximas chegam a falar que é preguiça, falta de vergonha na cara e até injustiça e falta de fé. Os sintomas prejudicam a socialização, o que contribui para que o paciente se feche cada vez mais em seu mundo.
- **Participar da pesquisa como porta de entrada para o tratamento no Hospital das Clínicas:** reclamavam muito do atendimento recebido pelo posto de saúde onde se tratavam, relatando descaso por parte dos psiquiatras e tinham o Instituto de Psiquiatria como um local seguro de bom atendimento. Chegaram a pontuar que esta seria a última tentativa, pois já haviam tomado diversos medicamentos, passado por diversos profissionais e que esta seria a única chance de cura.

DISCUSSÃO

6. Discussão

O objetivo inicial do presente estudo, foi avaliar quantitativa e qualitativamente os sintomas depressivos dos pacientes com Transtorno Depressivo Recorrente após participarem do grupo terapêutico de abordagem gestáltica. A alta prevalência e cronicidade deste transtorno, quando não tratado adequadamente, associado as vantagens que o grupo terapêutico oferece, justificou a escolha desta modalidade, de abordagem gestáltica, no tratamento, ainda não testada para estes pacientes em estudo científico. Desta forma, buscou-se conhecer as contribuições da Gestalt-terapia no tratamento do Transtorno Depressivo Recorrente. Em relação à sintomatologia depressiva, notou-se melhora clínica na avaliação com a escala Ham- D-17, que não foi observada na escala BDI. Uma explicação para este resultado contraditório seria a de que os pacientes poderiam ter ressaltado de forma mais intensa os sintomas depressivos ao responderem a escala BDI, pois desejavam iniciar o tratamento clínico no IPq-HCFMUSP. Tal explicação pode ser hipotetizada uma vez que durante o grupo um dos temas recorrentes era o desejo que os pacientes apresentavam de se tratar integralmente no IPq-HCFMUSP e sabiam que a instituição só aceita em tratamento pacientes com transtornos psiquiátricos graves e crônicos. Outra hipótese para essa diferença é o fato de que as duas escalas avaliam aspectos diferentes da depressão, a BDI focando nos aspectos cognitivos e a Ham-D-17 nos aspectos somáticos da depressão. Hipotetizamos que os aspectos cognitivos não apresentaram melhora pelo fato dos pacientes apresentarem dificuldade em lidar com o diagnóstico, também apontado como tema recorrente. O fato de vivenciarem episódios depressivos ao longo da vida trazia uma crença de que não haveria cura, pois mesmo nos momentos em que não estavam depressivos, tinham a sensação que outro episódio apareceria, demonstrado na fala de A.P.A: “...isso não vai ter fim...mesmo que tome remédio, mesmo que me trate, sempre terei depressão, viverei doente para sempre”. Tais crenças podem ter influenciado na maneira dos pacientes olharem para seu processo de adoecimento e cura e também para seu processo terapêutico, uma vez que, na literatura, a Gestalt-terapia enfatiza que cada pessoa percebe o mundo a partir de sua própria perspectiva (Ribeiro 1999) e traz a ideia de ajustamento criativo como critério de saúde, que inclui auto-regulação, abertura ao novo, contato vivo e vitalizante, em contraposição ao controle externo, dependência, agarramento ao passado e comportamento estereotipado (Tellegen 1984).

Em relação à adequação social, os resultados mostraram que os pacientes se perceberam mais inadequados após o grupo terapêutico. Uma vez que a Gestalt-terapia trabalha com a possibilidade de o paciente ter uma melhor percepção de si mesmo e o foco do grupo ser o reconhecimento da forma de se relacionar consigo mesmo e com o mundo/sociedade, durante o processo terapêutico os pacientes foram percebendo sua própria inadequação social, provavelmente relacionada à presença da depressão recorrente, uma vez que em decorrência dos repetidos episódios depressivos apresentavam um maior isolamento, medo e dificuldade em compartilhar suas dores e sofrimentos com o passar do tempo. Tal resultado pode ser compreendido através da “Teoria Paradoxal da Mudança”, defendida por Beisser (Beisser 1980) que afirma que a mudança ocorre quando a pessoa busca ser o que é, e não quando tenta tornar-se aquilo que não é:

A mudança não ocorre através de uma tentativa coerciva por parte do indivíduo ou de outra pessoa para mudá-lo, mas acontece se dedicarmos tempo e esforço a ser o que somos – a estarmos plenamente investidos em nossas posições correntes (Beisser, 1980, p.110).

Em outras palavras, quanto mais o paciente se aproxima daquilo que realmente ele é, mais se apropria de suas possibilidades e limitações, tornando maior seu potencial para a mudança e condições para superar obstáculos. Hipotetizamos que o grupo terapêutico trouxe esta compreensão aos pacientes, porém, como o número de sessões era limitado, não houve tempo hábil para que cada paciente trabalhasse sua habilidade social. O fato de não existir pesquisas científicas que tragam dados sobre o trabalho da Gestalt-terapia com pacientes depressivos, trouxe dificuldade para desenhar a metodologia do presente estudo assim utilizamos outras abordagens como referência para o desenho do estudo. Uma das principais abordagens utilizada como modelo foi a da Terapia Cognitivo Comportamental, que apresenta estudos que comprovam a melhora dos pacientes em dezesseis sessões. Porém, diferente da abordagem gestáltica, a terapia cognitivo comportamental trabalha com sessões diretivas. Portanto, acreditamos que para o tratamento com a Gestalt terapia seja necessário um número maior de sessões, principalmente se levarmos em consideração os aspectos relacionados à adequação social. A piora nos domínios Vitalidade e Aspectos Sociais da escala SF-36 parece corroborar os resultados encontrados na Escala de Adequação Social, onde os pacientes apresentaram maior percepção de inadequação social. A literatura confirma que o grupo age como uma representação no mundo, com possibilidades confortáveis ou não para o relacionamento (Philippson 2001).

Na avaliação qualitativa observou-se melhoras clínicas, mesmo que discretas, inclusive nos pacientes que não apresentaram melhoras nas escalas, o que pode sugerir limitações das escalas em observar aspectos mais subjetivos e singulares que podem ser relevantes na melhora clínica e da qualidade de vida dos pacientes. Estressores vitais, como as doenças clínicas dos pacientes M.A.S.S; M.L.A e R.C, podem ter impacto nos escores das escalas, obscurecendo algumas melhoras em aspectos psicológicos, que foram observados qualitativamente. Cabe ressaltar que a metodologia utilizada em pesquisas com psicoterapia prioriza os resultados obtidos pela aplicação de escalas ou de técnicas psicoterápicas, e muitas vezes deixa em segundo plano a singularidade de cada paciente e de sua história, bem como a melhora global e funcional do indivíduo tornando-se difícil avaliar quais intervenções poderiam ser as responsáveis pela melhora do paciente. Muitas vezes essas melhoras acontecem por fatores inespecíficos, independente das técnicas, e que são difíceis de serem avaliadas em estudos, como por exemplo, o vínculo terapêutico, características pessoais do terapeuta e o significado da doença e do processo de adoecimento que cada paciente atribui para si.

A Gestalt-terapia prioriza, em seu processo, a ampliação da “awareness”, que pode ser entendida como consciência não só cognitiva, mas também sensório-motora (Yontef and Jacobs 2007). Esta consciência faz com que o paciente aprenda cada vez mais sobre si mesmo e possa entrar em contato com suas possibilidades, seus limites, desejos e necessidades (Zinker 2007). O estado saudável, para a abordagem, se caracteriza por um processo de homeostase interna e de ajustamento criativo, ou seja, é quando o indivíduo identifica sem esforço sua necessidade dominante e sabe fazer escolhas para satisfazê-las e está disponível para a abertura de novas necessidades – sob um fluxo permanente de formações e dissoluções de “Gestalts”, movimento ligado à hierarquização de suas necessidades (Ginger 1995). Os pacientes do presente estudo não apresentavam esse fluxo, estavam cristalizados em sua forma de ver o mundo e a ele mesmo e apresentavam respostas anacrônicas às suas necessidades. Através do grupo terapêutico os pacientes apresentaram uma maior conscientização de si mesmo, que pode ser comprovada através dos resultados da escala EAS, e experienciaram realizar escolhas adequadas às suas necessidades, que pode ser observada pela melhora na escala de Ham-D-17, bem como nos domínios da escala SF-36 e nos indicadores clínicos de melhora de cada paciente.

Uma das limitações do desenho do estudo foi a nota de corte pra a escala Ham-D-17, de 17 pontos, que mostrou ser muito alta, uma vez que o corte para episódio moderado é de 14 pontos. Com isto, caracterizou-se uma amostra com depressão grave, e muito provável que

dezesseis sessões seja um número abaixo do necessário para se obter melhores respostas. Outra limitação diz respeito ao número de pacientes que realizaram o estudo completo (o estudo teve início com doze participantes) pois assim terminamos o estudo com uma amostra limitada.

Tradicionalmente as pesquisas envolvendo psicoterapia são ensaios clínicos controlados que buscam a validade interna dos achados, criação de protocolos e sua aplicabilidade em grupos terapêuticos através do treinamento de diversos terapeutas. Como o intuito deste trabalho foi de conhecer as contribuições da Gestalt-terapia no tratamento da depressão, através de um grupo terapêutico, com apenas uma terapeuta, privilegiou-se o processo terapêutico em si, bem como as características únicas de cada paciente e do processo grupal como um todo. Com isto, cabe ressaltar que o tratamento da depressão recorrente através de psicoterapia de grupo orientada pela Gestalt-terapia pode ter um papel diferenciado, pela proposta com conteúdo aberto, porém focado nas demandas existenciais dos pacientes deprimidos, com possível adaptação mais adequada à realidade destes pacientes.

Tais resultados sugerem a necessidade de se investigar, em estudos futuros, a adequação social dos pacientes com depressão recorrente em um grupo terapêutico com um número maior de sessões. Assim, torna-se necessária uma produção científica que possibilite traçar uma metodologia de trabalho eficaz utilizando a Gestalt-terapia como abordagem.

CONCLUSÃO

7.CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que o grupo terapêutico de abordagem gestáltica pode diminuir os sintomas de depressão, auxiliar na qualidade de vida e trazer indicadores clínicos de melhora para os pacientes. A piora na avaliação da adequação social pode ser um fenômeno esperado e próprio do método utilizado, sugerindo a necessidade de terapias de grupo com maior tempo de tratamento para observar resultados mais consistentes. A utilização da psicoterapia de grupo desta abordagem pode ser uma alternativa importante no tratamento da depressão recorrente. Estudos que investiguem uma população maior, que contenham mais números de sessões são necessários para confirmar os efeitos do grupo terapêutico de abordagem gestáltica.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

- APA (1995). DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. porto alegre.
- Baptista, M. N., A. d. A. Berberian, F. J. M. Rueda and R. M. d. C. B. Mattos (2007). Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão, scielo pepsic. **8**: 77-88.
- Bauer, M., T. Bschor, A. Pfennig, P. C. Whybrow, J. Angst, M. Versiani and H. J. Moller (2007). "World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care." World J Biol Psychiatry **8**(2): 67-104.
- Beck, A. T., C. H. Warde, M. Mendelson, J. Mock and J. Erbaugh (1961). "An inventory for measuring depression." Arch Gen Psychiatry **4**: 561-571.
- Beisser, A. R. (1980). A teoria paradoxal da mudança. Gestalt-terapia: teorias, técnicas e aplicações. J. F. I. L. Shepherd. Rio de Janeiro.
- Bromet, E., L. H. Andrade, I. Hwang, N. A. Sampson, J. Alonso, G. de Girolamo, R. de Graaf, K. Demyttenaere, C. Hu, N. Iwata, A. N. Karam, J. Kaur, S. Kostyuchenko, J. P. Lepine, D. Levinson, H. Matschinger, M. E. Mora, M. O. Browne, J. Posada-Villa, M. C. Viana, D. R. Williams and R. C. Kessler (2011). "Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode." BMC Med **9**: 90.
- Chei-Tung, T. and F. N. Demetrio (2011). Psicofarmacologia aplicada: manejo prático dos transtornos mentais. são paulo, atheneu.
- Cooper, J. K., Y. Harris and J. McGready (2002). "Sadness predicts death in older people." J Aging Health **14**(4): 509-526.
- Cuijpers, P., A. van Straten, L. Warmerdam and G. Andersson (2008). "Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies." BMC Psychiatry **8**: 36.
- de Mello, M. F., J. de Jesus Mari, J. Bacaltchuk, H. Verdelli and R. Neugebauer (2005). "A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci **255**(2): 75-82.
- DiMatteo, M. R., H. S. Lepper and T. W. Croghan (2000). "Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence." Arch Intern Med **160**(14): 2101-2107.
- Dratcu, L., L. da Costa Ribeiro and H. M. Calil (1987). "Depression assessment in Brazil. The first application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale." Br J Psychiatry **150**: 797-800.
- FLECK, M., B. Lafer, E. B. Sougey, J. A. del Porto, M. A. Brasil and M. F. Juruena (2003). "Diretrizes da associação medica brasileira para o tratamento da depressão." Rev Bras Psiquiatr **25**: 114-122.

Fleck, M. P., M. T. Berlim, B. Lafer, E. B. Sougey, J. A. Del Porto, M. A. Brasil, M. F. Jurueña and L. A. Hetem (2009). "[Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Complete version)]." Rev Bras Psiquiatr **31 Suppl 1**: S7-17.

Ginger, S. e. A. (1995). Gestalt: Uma Terapia do Contato. São Paulo, Summus.

Gorenstein, C., L. H. Andrade, R. A. Moreno, M. Bernik, S. Nicastrí, T. Cordás and A. P. P. Camargo (2000). Auto avaliação de adequação social - validação da versão em língua portuguesa. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. L. Editorial. São Paulo. **1**: 401-414.

Hilsenroth, M. J., S. J. Ackerman, M. D. Blagys, M. R. Baity and M. A. Mooney (2003). "Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change." J Nerv Ment Dis **191**(6): 349-357.

Honagodu, A. R., M. Krishna, R. Sundarachar and P. Lepping (2013). "Group psychotherapies for depression in persons with HIV: A systematic review." Indian J Psychiatry **55**(4): 323-330.

Knez, R., L. Gudelj and H. Svesko-Visentin (2013). "Gestalt psychotherapy in the outpatient treatment of borderline personality disorder: a case report." Afr J Psychiatry (Johannesbg) **16**(1): 52-53.

Kocsis, J. H., A. J. Gelenberg, B. O. Rothbaum, D. N. Klein, M. H. Trivedi, R. Manber, M. B. Keller, A. C. Leon, S. R. Wisniewski, B. A. Arnow, J. C. Markowitz and M. E. Thase (2009). "Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial." Arch Gen Psychiatry **66**(11): 1178-1188.

Kool, S., J. Dekker, I. J. Duijsens, F. de Jonghe and B. Puite (2003). "Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders." Harv Rev Psychiatry **11**(3): 133-141.

Krishna, M., A. Jauhari, P. Lepping, J. Turner, D. Crossley and A. Krishnamoorthy (2011). "Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review." Int J Geriatr Psychiatry **26**(4): 331-340.

Leichsenring, F. (2001). "Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach." Clin Psychol Rev **21**(3): 401-419.

Moussavi, S., S. Chatterji, E. Verdes, A. Tandon, V. Patel and B. Ustun (2007). "Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys." Lancet **370**(9590): 851-858.

Newbold, A., G. Hardy and R. Byng (2013). "Staff and patient experience of improving access to psychological therapy group interventions for anxiety and depression." J Ment Health **22**(5): 456-464.

OMS, O. M. d. S. (2002). Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental:nova concepção,nova esperança. M. d. Saúde, CLIMEPSI Editores.

- Perls, F., R. Hefferline and P. Goodman (1997). Gestalt-terapia. São Paulo, Summus.
- Philippson, P. (2001). Self in Relation, Gestalt Journal Press.
- Polster, E. and M. Polster (2001). Gestalt-terapia Integrada. São Paulo, summus.
- Ribeiro, J. (1994). Gestalt-terapia: O processo Grupal – Uma Abordagem Fenomenológica da Teoria de Campo e Holística. São Paulo, Summus.
- Ribeiro, J. (1999). Gestalt-terapia de Curta Duração. São Paulo, Summus.
- Saúde, O. M. d. (1995). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.
- Schestatsky, S. and M. Fleck (1999) "Psicoterapia das depressões." Revista Brasileira de Psiquiatria. [online] **21**, 41-47.
- Segal, Z., P. Vincent and A. Levitt (2002). "Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression." J Psychiatry Neurosci **27**(4): 281-290.
- Sochting, I., E. O'Neal, B. Third, J. Rogers and J. S. Ogrodniczuk (2013). "An integrative group therapy model for depression and anxiety in later life." Int J Group Psychother **63**(4): 502-523.
- Tavares, M. (1996). Entrevista Clínico-Estruturada para o DSM IV – Transtorno do Eixo I. Brasília, DF, Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília, DF.
- Teismann, T., R. v. Brachel, S. Hanning, M. Grilemberger, L. Hebermehl, I. Hornsteins and U. Willutzki (2013). "A randomized controlled trial on the effectiveness of a rumination-focused group treatment for residual depression " Psychotherapy Research **24**(1): 80-90.
- Tellegen, T. (1984). Gestalt e Grupos. São Paulo, Summus.
- Tung, T. C. (2007). Depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria. **64**: 14-29.
- Unutzer, J., D. L. Patrick, T. Marmon, G. E. Simon and W. J. Katon (2002). "Depressive symptoms and mortality in a prospective study of 2,558 older adults." Am J Geriatr Psychiatry **10**(5): 521-530.
- Wang, C. C., D. S. Tzeng and W. C. Chung (2014). "The effect of early group psychotherapy on depressive symptoms and quality of life among residents of an apartment building for seniors." Psychogeriatrics **14**(1): 38-46.
- Ward, E., M. King, M. Lloyd, P. Bower, B. Sibbald, S. Farrelly, M. Gabbay, N. Tarrier and J. Addington-Hall (2000). "Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness." Bmj **321**(7273): 1383-1388.
- Ware, J. E., Jr. and C. D. Sherbourne (1992). "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection." Med Care **30**(6): 473-483.

Williams, J. B. (1988). "A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale." Arch Gen Psychiatry **45**: 8.

Wuthrich, V. M. and R. M. Rapee (2013). "Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults." Behav Res Ther **51**(12): 779-786.

Yontef, G. M. and L. Jacobs (2007). Current Psychotherapies. Belmont, CA, Thomson Brooks/Cole.

Zimmerman, M. (2012). "Symptom severity and guideline-based treatment recommendations for depressed patients: implications of DSM-5's potential recommendation of the PHQ-9 as the measure of choice for depression severity" Psychother Psychosom **81**(6): 329-332.

Zinker, J. (2007). Processo Criativo em Gestalt-terapia, Summus.

ANEXOS

9. ANEXOS

INVESTIGADOR:

DOSE PRESCRITA:

INICIO DO USO DA MEDICAÇÃO:

HAMILTON D-17

Introdução: Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)?

Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Por que não?

1. **Humor depressivo** (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

Como tem estado seu humor na última semana? Você tem se sentido para baixo ou deprimido? Triste? Sem esperança? Na última semana, com que frequência você se sentiu (a palavra usada pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro? Você tem chorado?

0- ausente

1- sentimentos relatados somente se perguntados

2- sentimentos relatados verbal e espontaneamente

3- sentimentos evidentes na expressão facial, postura, voz e tendência ao choro

4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal.

Se pontuou de 1-4, pergunte: Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?

2. **Sentimentos de culpa:**

Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas?

SE SIM: quais foram esses pensamentos? Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez? Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão? Você sente que está sendo punido ficando doente?

0- ausente

1- auto reprovação, acha que decepcionou outras pessoas

2- ideias de culpa ou ruminções de erros ou ações pecaminosas no passado

3- paciente acha que a doença atual é uma punição; delírios de culpa

4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou experiencia alucinações visuais ameaçadoras

3. **Suicídio**

Nesta última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? Ou pensamentos de se machucar ou até de se matar?

SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

0- ausente

1- acha que não vale a pena viver

- 2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si
- 3- ideias ou atitudes suicidas
- 4- tentativas de suicídio

4. Insônia inicial:

Como tem sido seu sono na última semana? Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir? Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

- 0- sem dificuldade para iniciar o sono
- 1- Queixa-se de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora
- 2- Queixa-se de dificuldade para iniciar o sono todas as noites

5. Insônia intermediária:

Durante esta última semana, você tem acordado no meio da noite?

SE SIM: você sai da cama? O que você faz? (Somente vai ao banheiro?) Quando você volta para a cama, você volta a dormir logo? Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

- 0- sem dificuldade
- 1- queixa-se de agitação e perturbação
- 2- acorda durante a noite - qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)

6. Insônia tardia:

A que horas você tem acordado pela manhã na última semana?

Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acorda (ou seja, antes de ficar deprimido)?

- 0- sem dificuldade
- 1- acorda durante a madrugada mas volta a dormir
- 2- não consegue voltar a dormir se levanta da cama durante a noite

7. Trabalho e atividades:

Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)?

Você se sente interessado em fazer (estas atividades) ou você tem que se forçar? Você parou de fazer atividades que costumava fazer?

SE SIM: Por quê? Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente? (No seguimento): Seu interesse voltou ao normal?

- 0- sem dificuldades
- 1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionado à atividade, trabalho ou hobbies
- 2- perda de interesse em atividades, hobbies ou trabalho, relatado diretamente pelo paciente ou indiretamente: indecisão ou vacilo (sente que tem que se forçar para trabalhar ou fazer atividades)
- 3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade; no hospital o paciente se ocupa por menos de três horas/dia em atividades com exceção de tarefas da enfermagem
- 4- parou de trabalhar devido à doença atual; no hospital sem atividades com exceção de tarefas da enfermagem ou não consegue realizar tais tarefas sem ajuda

8. Retardo (lentificação do pensamento e discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):

AVALIAÇÃO BASEADA NA OBSERVAÇÃO

- 0- pensamento e discurso normais
- 1- lentificação discreta à entrevista
- 2- lentificação óbvia durante a entrevista
- 3- entrevista difícil
- 4- estupor completo

9. Agitação:

AVALIAÇÃO BASEADA NA OBSERVAÇÃO

- 0- nenhuma
- 1- inquietação
- 2- mexe as mãos, cabelos, etc.
- 3- movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista
- 4- retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Ansiedade psíquica:

Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana? Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes, com as quais normalmente não se preocuparia?

SE SIM: Como o que, por exemplo?

- 0- sem dificuldade
- 1- tensão e irritabilidade subjetivas
- 2- preocupa-se com trivialidades
- 3- atitude apreensiva aparente na face ou discurso
- 4- paciente expressa medo sem ser perguntado

11. Ansiedade (somática):

Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos?

LEIA A LISTA, parando após cada sintoma para resposta.

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação

CV: palpitação, cefaleia

Resp.: hiperventilação, suspiros

TGU: urinar frequentemente

Sudorese

O quanto estes sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos eles foram?

Quanto tempo ou com que frequência você os teve?

NOTA: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

- 0- ausente
- 1- duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados
- 2- leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são incapacitantes
- 3- moderada: maior número e frequência que 2; acompanhado de estresse subjetivo e prejudica o funcionamento normal

4- grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12. Sintomas somáticos (gastrointestinais):

Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual?)

Você tem tido que se forçar a comer?

As outras pessoas têm que insistir para você comer?

0- nenhum

1- perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência

2- dificuldade para comer sem insistência

13. Sintomas somáticos (gerais):

Como tem estado sua “energia” nesta última semana?

Você se sente cansado o tempo todo?

Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular?

Nesta última semana, você tem se sentido um peso nos membros, costas ou cabeça?

0- nenhum

1- peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, cabeça ou muscular; perda de energia e fadigabilidade

2- algum sintoma óbvio

14. Sintomas genitais (como perda de libido, distúrbios menstruais):

Como tem estado seu interesse em sexo nesta semana? (Não estou lhe perguntando sobre performance, mas sobre seu interesse por sexo - o quanto você tem pensado nisso? Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)? Isso é algo em que você tem pensado muito?

SE NÃO: isso é pouco habitual para você?

0- ausente: sem perda ou informação inadequada

1- leve ou infrequente: perda de libido, performance sexual prejudicada

2- óbvio e severo: perda completa do interesse sexual

15. Hipocondria:

Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual?) Você se queixa muito de sintomas físicos? Você tem se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho?

SE SIM: Como o que, por exemplo? Com que frequência isto tem ocorrido?

0- ausente

1- self-absorption (bodily)

2- preocupação com a saúde

3- queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.

4- delírios hipocondríacos

16. Perda de Peso (desde o início da doença ou última avaliação?)

Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou?

SE SIM: Quanto?

SE INCERTO: Você acha que suas roupas estão mais folgadas? No Seguimento: *Você voltou a ganhar algum peso?*

0- sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual

- 1- perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de *meio quilo*.
- 2- perda de peso definitivamente causada pela doença atual). Perda de *meio quilo* ou mais

17. INSIGHT:**AVALIAÇÃO BASEADA NA OBSERVAÇÃO**

- 0- reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento
- 1- reconhece doença mas atribui a causa a má alimentação, clima, excesso de trabalho, vírus, necessidade de descanso, etc.
- 2- nega estar doente

Iniciais: ____ . ____ . ____ Idade: ____ Sexo: ____ Data: ____ / ____ / ____

Escala - Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 1 Acho que posso ser punido.
 2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
 1 Choro mais agora do que costumava.
 2 Agora, choro o tempo todo.
 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 1 Fico molestando ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 2 Meu apetite está muito pior agora.
 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Escala de EAS

Escala de Adequação Social – EAS

Social Adjustment Scale – Self report (Weissman e Beethwell, 1976) – tradução coordenada por C. Gorenstein

Gostaríamos de saber como você se sentiu no seu trabalho, lazer e vida familiar nas **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Não existem respostas certas ou erradas neste questionário

Escolhas as respostas que melhor descrevem como você esteve nas **duas últimas semanas**

TRABALHO FORA DE CASA

Assinale a resposta que melhor se adapte à sua condição.

- Eu:
- 1 ☐ Sou um trabalhador assalariado e/ou autônomo
 - 2 ☐ Trabalho em casa sem remuneração (prendas domésticas)
 - 3 ☐ Sou estudante
 - 4 ☐ Sou aposentado
 - 5 ☐ Estou desempregado

Você geralmente trabalha mais de 15 horas por semana com remuneração?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.

1. Quantos dias de trabalho remunerado você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não perdi nenhum dia
- 2 ☐ Perdi um dia
- 3 ☐ Perdi cerca de metade de meu tempo de trabalho
- 4 ☐ Perdi mais da metade do tempo de trabalho, mas trabalhei pelo menos um dia
- 5 ☐ Não trabalhei nenhum dia
- 8 ☐ Estive em férias neste período

Se você não trabalhou com remuneração em nenhum dia das duas últimas semanas, pule para a questão 7.

2. Você foi capaz de realizar seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Fiz meu trabalho muito bem
- 2 ☐ Fiz meu trabalho bem, porém tive algumas pequenas dificuldades
- 3 ☐ Necessitei de auxílio no trabalho e cerca de metade do tempo não o fiz adequadamente
- 4 ☐ Fiz meu trabalho de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 ☐ Fiz meu trabalho de maneira inadequada durante o tempo todo
- 8 ☐ Estive em férias neste período

3. Você se sentiu envergonhado de seu desempenho no trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
- 1 ☐ Em nenhum momento me senti envergonhado
- 2 ☐ Uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo me senti envergonhado
- 4 ☐ Senti-me envergonhado a maior parte do tempo
- 5 ☐ Senti-me envergonhado o tempo todo

4. Você teve algum tipo de discussão com as pessoas com quem você trabalha nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ No geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ Tive mais de uma discussão
- 4 ☐ Tive várias discussões
- 5 ☐ Tive discussões constantemente

5. Você se sentiu chateado, preocupado ou desconfortável enquanto realizava seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Em nenhum momento me senti assim
- 2 ☐ Senti-me assim uma ou duas vezes
- 3 ☐ Senti-me assim cerca de metade do tempo
- 4 ☐ Senti-me assim a maior parte do tempo
- 5 ☐ Senti-me assim o tempo todo

6. Você achou seu trabalho interessante nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Meu trabalho foi interessante praticamente todo o tempo
- 2 ☐ Uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 ☐ Meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 ☐ Meu trabalho não foi interessante o tempo todo

TRABALHO EM CASA

As donas de casa devem responder às questões de 7 a 12 – os demais sigam para a questão 13.

7. Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Diariamente
- 2 ☐ Realizei tarefas domésticas quase todos os dias
- 3 ☐ Realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo
- 4 ☐ No geral não realizei tarefas domésticas
- 5 ☐ Fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
- 8 ☐ Estive ausente de casa nas duas últimas semanas

8. Nas duas últimas semanas, você foi capaz de realizar suas tarefas domésticas, tais como cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, consertos caseiros, etc.?

- 1 ☐ Realizei as tarefas muito bem
- 2 ☐ Realizei as tarefas bem, porém tive pequenas dificuldades
- 3 ☐ Necessitei de auxílio nas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 ☐ Fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 ☐ Fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

9. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho nas tarefas domésticas, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 ☐ Uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado(a)
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 ☐ Senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ Senti-me envergonhado(a) o tempo todo

10. Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ No geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ Tive mais de uma discussão
- 4 ☐ Tive várias discussões
- 5 ☐ Tive discussões constantemente

11. Você se sentiu incomodado(a) com seu trabalho doméstico, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Em nenhum momento me senti incomodado(a)
- 2 ☐ Senti-me incomodado(a) uma ou duas vezes
- 3 ☐ Senti-me incomodado(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ Senti-me incomodado(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ Senti-me incomodado(a) o tempo todo

12. Você achou seu trabalho doméstico interessante, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Meu trabalho foi interessante na maior parte do tempo
- 2 ☐ Uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 ☐ Meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 ☐ Meu trabalho não foi interessante o tempo todo

ESTUDANTES

Responda as questões de **13 a 18** se você frequenta escola por meio período ou mais. Caso contrário, pule para a questão **19**.

Quanto tempo você permanece na escola?

- 1 ☐ Período integral
- 2 ☐ Mais que meio período
- 3 ☐ Meio período

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

13. Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não perdi nenhum dia
- 2 ☐ Perdi poucos dias de aula
- 3 ☐ Perdi cerca de metade do tempo de aula
- 4 ☐ Perdi mais da metade do tempo de aula
- 5 ☐ Não fui à escola nenhum dia
- 8 ☐ Estive de férias nesse período

14. Você foi capaz de realizar suas tarefas escolares nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Fiz minhas tarefas muito bem
- 2 ☐ Fiz minhas tarefas bem, porém tive pequenas dificuldades
- 3 ☐ Necessitei de ajuda nas minhas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 ☐ Fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 ☐ Fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

15. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho escolar nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 ☐ Uma ou duas vezes me senti envergonhado(a)
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 ☐ Senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ Senti-me envergonhado(a) o tempo todo

16. Você teve algum tipo de discussão com pessoas ligadas à escola nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ No geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ Tive mais de uma discussão
- 4 ☐ Tive várias discussões
- 5 ☐ Tive discussões constantemente
- 8 ☐ Não se aplica, não frequentei a escola nesse período

17. Você teve algum aborrecimento nas escola nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Em nenhum momento senti-me aborrecido(a)
- 2 ☐ Senti-me aborrecido(a) uma ou duas vezes
- 3 ☐ Senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ Senti-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ Senti-me aborrecido(a) o tempo todo
- 8 ☐ Não se aplica, não frequentei a escola nesse período

18. Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
- 2 ☐ Uma ou duas vezes minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 4 ☐ Minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
- 5 ☐ Minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

LAZER

Todos devem responder às questões de **19 a 27**.

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas semanas.

19. Quantos amigos você viu ou conversou ao telefone nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Nove ou mais amigos
- 2 ☐ Cinco a oito amigos
- 3 ☐ Dois a quatro amigos
- 4 ☐ Um amigo
- 5 ☐ Nenhum amigo

20. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um amigo nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Posso sempre falar sobre meus sentimentos
- 2 ☐ No geral, posso falar sobre meus sentimentos
- 3 ☐ Consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 ☐ Com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ Em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos
- 8 ☐ Não se aplica, não tenho amigos

21. Nas duas últimas semanas, quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas? Por exemplo, visitou amigos, foi ao cinema, a restaurantes, à igreja, convidou amigos para sua casa?

- 1 ☐ Mais de três vezes
- 2 ☐ Três vezes
- 3 ☐ Duas vezes
- 4 ☐ Uma vez
- 5 ☐ Nenhuma vez

22. Quanto tempo você dedicou a suas atividades de lazer, nas últimas duas semanas? Por exemplo, esportes, leitura, ouvir música, etc.

- 1 ☐ Dediquei a maior parte do tempo livre ao lazer praticamente todos os dias
- 2 ☐ Dediquei parte do tempo livre ao lazer em alguns dias
- 3 ☐ Dediquei pouco tempo livre ao lazer
- 4 ☐ No geral, não dediquei nenhum tempo ao lazer, mas assisti à televisão
- 5 ☐ Não dediquei nenhum tempo ao lazer, nem assisti à televisão

23. Você teve algum tipo de discussão com seus amigos nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ No geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ Tive mais de uma discussão
- 4 ☐ Tive várias discussões
- 5 ☐ Tive discussões constantemente
- 8 ☐ Não se aplica, não tenho amigos

24. Se seus sentimentos foram feridos ou se você foi ofendido por um amigo durante as duas últimas semanas, quanto isso o afetou?

- 1 ☐ Isso não me afetou ou não aconteceu
- 2 ☐ Superei em poucas horas
- 3 ☐ Superei em poucos dias
- 4 ☐ Superei em uma semana
- 5 ☐ Vai levar meses até que eu me recupere
- 8 ☐ Não se aplica, não tenho amigos

25. Você se sentiu tímido(a) ou desconfortável quando em companhia de outras pessoas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Sempre me senti confortável
- 2 ☐ Algumas vezes me senti desconfortável, mas relaxei depois de pouco tempo
- 3 ☐ Senti-me desconfortável cerca de metade do tempo
- 4 ☐ No geral me senti desconfortável
- 5 ☐ Senti-me desconfortável o tempo todo
- 8 ☐ Não se aplica, não estive com outras pessoas

26. Você se sentiu solitário(a) e desejando ter mais amigos durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não me senti solitário(a)
- 2 ☐ Senti-me solitário(a) algumas vezes
- 3 ☐ Senti-me solitário(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ No geral me senti solitário(a)
- 5 ☐ O tempo todo me senti solitário(a) e desejando ter mais amigos

27. Você se sentiu aborrecido(a) em seu tempo livre durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ Nunca me senti aborrecido(a)
- 2 ☐ No geral não me senti aborrecido(a)
- 3 ☐ Senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ No geral me senti aborrecido(a)
- 5 ☐ Senti-me aborrecido(a) o tempo todo

Você é solteiro, separado ou divorciado e não mora com um parceiro sexual?

- 1 ☐ SIM, responda às questões 28 e 29
- 2 ☐ NÃO, pule para a questão 30

28. Quantas vezes você teve um encontro com intenções amorosas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Mais de três vezes
- 2 ☐ Três vezes
- 3 ☐ Duas vezes
- 4 ☐ Uma vez
- 5 ☐ Nenhuma vez

29. Você se interessou por ter encontros amorosos nas duas últimas semanas? Se não os teve, gostaria de tê-los tido?

- 1 ☐ Interessei-me por encontros o tempo todo
- 2 ☐ A maior parte do tempo me interessei por encontros
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo me interessei por encontros
- 4 ☐ Não me interessei por encontros a maior parte do tempo
- 5 ☐ Estive totalmente desinteressado por encontros

FAMÍLIA

Responda as questões de 30 a 37 sobre seus pais, irmãos, irmãs, sogros e crianças que não moram em sua casa. Você esteve em contato com algum deles nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de 30 a 37
- 2 ☐ NÃO, pule a questão 36

30. Você teve algum tipo de discussão com seus parentes nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Relacionamo-nos bem o tempo todo
- 2 ☐ No geral nos relacionamos bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ Tive mais de uma discussão com pelo menos um parente
- 4 ☐ Tive várias discussões
- 5 ☐ Tive discussões constantemente

31. Você foi capaz de conversar sobre os seus sentimentos e problemas com pelo menos um parente nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Posso sempre falar sobre meus sentimentos com pelo menos um parente
- 2 ☐ No geral posso falar sobre meus sentimentos
- 3 ☐ Consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 ☐ Com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ Nunca consegui falar sobre meus sentimentos

32. Você evitou contato com seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Procurei meus familiares regularmente
- 2 ☐ Procurei algum familiar pelo menos uma vez
- 3 ☐ Esperei que meus familiares me procurassem
- 4 ☐ Com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ Não tenho contato com nenhum familiar

33. Você dependeu de seus familiares para obter ajuda, conselhos, dinheiro ou afeto nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Em nenhum momento preciso ou dependo deles
- 2 ☐ No geral não dependi deles
- 3 ☐ Dependi deles cerca da metade do tempo
- 4 ☐ Dependi deles a maior parte do tempo
- 5 ☐ Dependo completamente de meus familiares

34. Você quis contrariar seus familiares a fim de provoca-los nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não quis contrariá-los
- 2 ☐ Uma ou duas vezes quis contrariá-los
- 3 ☐ Quis contrariá-los cerca de metade do tempo
- 4 ☐ Quis contrariá-los a maior parte do tempo
- 5 ☐ Eu os contrariei o tempo todo

35. Você se preocupou, sem nenhuma razão, com coisas que pudessem acontecer a seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não me preocupei sem razão
- 2 ☐ Preocupei-me uma ou duas vezes
- 3 ☐ Preocupei-me cerca de metade do tempo
- 4 ☐ Preocupei-me a maior parte do tempo
- 5 ☐ Não se aplica, não tenho familiares

TODOS respondem às questões **36** e **37**, mesmo que não tenham familiares.

36. Nas duas últimas semanas, você achou que decepcionou ou foi injusto(a) com seus familiares?

- 1 ☐ Não achei que os decepcionei em nada
- 2 ☐ No geral não achei que os decepcionei
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo achei que os decepcionei
- 4 ☐ A maior parte do tempo achei que os decepcionei
- 5 ☐ O tempo todo achei que os decepcionei

37. Em algum momento nas últimas duas semanas você achou que seus familiares o decepcionaram ou foram injustos com você?

- 1 ☐ Em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
- 2 ☐ No geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 ☐ A maior parte do tempo achei que eles me decepcionaram
- 5 ☐ Tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

Você mora com seu cônjuge ou está morando com um parceiro sexual?

- 1 ☐ SIM, responda às questões **38** e **46**
- 2 ☐ NÃO, pule para a questão **47**

38. Você teve algum tipo de discussão com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não tivemos nenhuma discussão e relacionamo-nos muito bem
- 2 ☐ No geral nos relacionamos bem, mas tivemos pequenas discussões
- 3 ☐ Tivemos mais de uma discussão
- 4 ☐ Tivemos várias discussões
- 5 ☐ Tivemos discussões constantemente

39. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Pude sempre falar sobre meus sentimentos livremente
- 2 ☐ No geral pude falar sobre meus sentimentos
- 3 ☐ Consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 ☐ Com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ Em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos

40. Você exigiu que as coisas em casa fossem feitas do seu jeito nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 2 ☐ No geral eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 3 ☐ Cerca da metade do tempo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 4 ☐ No geral eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 5 ☐ O tempo todo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

41. Você sentiu que seu companheiro(a) foi autoritário com você ou ficou “pegando no seu pé” nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Quase nunca
- 2 ☐ De vez em quando
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo
- 4 ☐ A maior parte do tempo
- 5 ☐ O tempo todo

42. Você se sentiu dependente de seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Senti-me independente
- 2 ☐ No geral me senti independente
- 3 ☐ Senti-me um tanto dependente
- 4 ☐ No geral me senti independente
- 5 ☐ Dependí de meu companheiro(a) para tudo

43. Como você se sentiu em relação a seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Senti afeto o tempo todo
- 2 ☐ No geral senti afeto
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo senti afeto e cerca de metade do tempo senti desagrado
- 4 ☐ No geral senti desagrado
- 5 ☐ Senti desagrado o tempo todo

44. Quantas vezes você e seu companheiro(a) tiveram relações sexuais?

- 1 ☐ Mais de duas vezes por semana
- 2 ☐ Uma ou duas vezes por semana
- 3 ☐ Uma vez a cada duas semanas
- 4 ☐ Menos de uma vez a cada duas semanas, mas pelo menos uma vez no último mês
- 5 ☐ Nenhuma vez no último mês ou mais

45. Você teve algum problema durante relações sexuais, tal como dor, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Nenhum
- 2 ☐ Uma ou duas vezes
- 3 ☐ Cerca de metade das vezes
- 4 ☐ A maior parte das vezes
- 5 ☐ Todas as vezes
- 8 ☐ Não se aplica, não tive relações sexuais nas duas últimas semanas

46. Como você se sentiu quanto às relações sexuais nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Senti prazer todas as vezes
- 2 ☐ No geral senti prazer
- 3 ☐ Senti prazer cerca de metade das vezes
- 4 ☐ No geral não senti prazer
- 5 ☐ Não senti prazer nenhuma das vezes

FILHOS

Nas duas últimas semanas, estiveram morando com você filhos solteiros, adotivos ou enteados?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de 47 a 50
- 2 ☐ NÃO, pule a questão 51

47. Você tem se interessado(a) pelas atividades de seus filhos, escola, lazer, durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ Interessei-me e estive ativamente envolvido(a) o tempo todo
- 2 ☐ No geral me interessei e estive envolvido(a)
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo interessei-me
- 4 ☐ No geral não me interessei
- 5 ☐ Estive desinteressado(a) o tempo todo

48. Você foi capaz de conversar e ouvir seus filhos nas duas últimas semanas? (crianças maiores de 2 anos)

- 1 ☐ Sempre consegui comunicar-me com eles
- 2 ☐ No geral consegui comunicar-me com eles
- 3 ☐ Cerca de metade das vezes consegui comunicar-me com eles
- 4 ☐ No geral não consegui comunicar-me com eles
- 5 ☐ Não consegui comunicar-me com eles
- 8 ☐ Não se aplica, não tenho filhos maiores de 2 anos

49. Como você se relacionou com seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 ☐ No geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ Tive mais de uma discussão
- 4 ☐ Tive várias discussões
- 5 ☐ Tive discussões constantemente

50. Como você se sentiu em relação a seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Senti afeto o tempo todo
- 2 ☐ No geral senti afeto
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo senti afeto
- 4 ☐ No geral não senti afeto
- 5 ☐ Em nenhum momento senti afeto

VIDA FAMILIAR

Você já foi casado, viveu com um parceiro sexual ou teve filhos?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de 51 a 53
- 2 ☐ NÃO, pule a questão 54

51. Você se preocupou com seu companheiro(a) ou com algum de seus filhos sem nenhuma razão nas duas últimas semanas, mesmo não estando morando juntos atualmente?

- 1 ☐ Não me preocupei
- 2 ☐ Preocupe-me uma ou duas vezes
- 3 ☐ Preocupe-me cerca de metade do tempo
- 4 ☐ Preocupe-me a maior parte do tempo
- 5 ☐ Não se aplica, não tenho companheiro ou filhos vivos

52. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que decepcionou o seu parceiro ou algum de seus filhos?

- 1 ☐ Não achei que os decepionei em nada
- 2 ☐ No geral não senti que os decepionei
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo achei que os decepionei
- 4 ☐ A maior parte do tempo achei que os decepionei
- 5 ☐ Eu os decepionei completamente

53. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que seu companheiro ou algum de seus filhos o decepcionou?

- 1 ☐ Em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
- 2 ☐ No geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 ☐ No geral achei que eles me decepcionaram
- 5 ☐ Tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

SITUAÇÃO FINANCEIRA

Todos respondem à questão 54

54. Você teve dinheiro suficiente para suprir suas necessidades e as de sua família nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ Tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas
- 2 ☐ No geral tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades
- 3 ☐ Cerca de metade do tempo tive dificuldades financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado
- 4 ☐ No geral não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado
- 5 ☐ Tive sérias dificuldades financeiras

Iniciais: ____ . ____ . ____ **Idade:** ____ **Sexo:** ____ **Data:** ____ / ____ / ____

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

ESCORE: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(Circule uma)

- Excelente 1
- Muito boa 2
- Boa 3
- Ruim 4
- Muito ruim 5

2. Comparando há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

(Circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2
- Quase a mesma de um ano atrás 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás 5

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

(Circule um número em cada linha)

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

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

(Circule uma em cada linha)

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

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

(Circule uma em cada linha)

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

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

(Circule uma)

- De forma nenhuma..... 1
- Ligeiramente..... 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremamente..... 5

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

(Circule uma)

- Nenhuma..... 1
- Muito leve..... 2
- Leve..... 3
- Moderada..... 4
- Grave..... 5
- Muito grave..... 6

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

(Circule uma)

- De maneira alguma..... 1
- Um pouco..... 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremamente..... 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**.

Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **às últimas 4 semanas**.

(Circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(Circule uma)

- Todo o tempo..... 1
- A maior parte do tempo..... 2
- Alguma parte do tempo..... 3
- Um pequena parte do tempo..... 4
- Nenhuma parte do tempo..... 5

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

(Circule um número em cada linha)

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

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL

LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: A eficácia do grupo terapêutico na abordagem gestáltica no tratamento da depressão

2. PESQUISADOR: Dr. Teng Chei Tung

CARGO/FUNÇÃO: médico psiquiatra INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 65297

UNIDADE DO HCFMUSP: Grupo Interconsultas – IPQ –HC-FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 35 meses

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – Desenho do estudo e objetivo(s)

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que quer saber se o grupo terapêutico pode auxiliar no seu problema de saúde. Este grupo usa uma forma de terapia chamada Gestalt-terapia que acredita que cada pessoa tem sua forma particular de ver o mundo, não acreditando ter uma forma correta e nem uma forma melhor que a outra. Acredita que grupos com participantes sofrendo com o mesmo problema de saúde facilitam na identificação, no oferecimento de apoio e ajuda para resolver as dificuldades e problemas parecidos com os participantes do grupo ao mesmo tempo em que diminui o isolamento.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros;

Caso concorde em participar do estudo, fará parte de um grupo terapêutico, que terá mais 11 pessoas com o mesmo problema de saúde que o seu. Este grupo acontecerá 1 vez por semana, 1 hora e meia e terá, ao todo, 16 sessões.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados

Você terá que responder a um questionário com 17 perguntas, preencher outro com 36 itens, uma escala com 21 perguntas e uma outra com 54 questões. Estes questionários serão preenchidos 1 semana antes e 1 semana depois de você participar do grupo terapêutico.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3;

O desconforto esperado é a disponibilização de seu tempo e de ao participar do grupo terapêutico você pode lembrar de momentos tristes de sua vida, falar de questões que te deixe triste, que o faça chorar.

5 – Benefícios para o participante

Você terá acompanhamento psicológico por 4 meses.

6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar;

Não há

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Teng Chei Tung que pode ser encontrado no endereço *R. Dr. Ovídio Pires de Campos, 785* Telefone(s) 30697804 Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel.: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09 – Direito de confidencialidade

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Despesas e compensações

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo” A eficácia do grupo terapêutico na abordagem gestáltica no tratamento da depressão” Eu discuti com a Ana Paula Garini sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar

quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha _____ Data ____ / ____ / ____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____