

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina

Eliana Cecília Ciasca

**Arteterapia e depressão: efeitos da arteterapia como terapia complementar no
tratamento da depressão em idosos**

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

Programa de: Fisiopatologia Experimental
Orientadora: Profa Dra. Paula Villela Nunes

Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 01 de novembro de 2011.

A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP

São Paulo

2017

Eliana Cecília Ciasca

**Arteterapia e depressão: efeitos da arteterapia como terapia complementar no
tratamento da depressão em idosos**

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

Programa de: Fisiopatologia Experimental
Orientadora: Profa Dra. Paula Villela Nunes

Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 01 de novembro de 2011.

A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
©reprodução autorizada pelo autor

Ciasca, Eliana Cecília

Arteterapia e depressão : efeitos da arteterapia como terapia complementar no tratamento da depressão em idosos / Eliana Cecília Ciasca. -- São Paulo, 2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Fisiopatologia experimental.

Orientador: Paula Villela Nunes.

Descritores: 1.Arteterapia 2.Depressão 3.Ansiedade 4.Idosos 5.Psicoterapia 6.Intervenção

USP/FM/DBD-020/17

Nome: Ciasca, Eliana Cecília

Título: Arteterapia e depressão: efeitos da arteterapia como terapia complementar no tratamento da depressão em idosos

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

Aprovado(a) em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico este trabalho a minha família,
especialmente a meus pais.

Agradecimentos

À Paula Villela Nunes, minha orientadora, que me incentivou a iniciar este estudo e sempre esteve presente;

À Ilka Ramalho Vecchiatti, que me auxiliou na mudança de área de trabalho;

À Carmen Lúcia Albuquerque Santana, presente no início e ainda hoje nesta jornada da Arteterapia;

À Maria Inês Rimolli, que me sugeriu caminhos a seguir;

À Rita Cecília Ferreira, amiga e parceira;

À Glenda Dias dos Santos e Paula Schimidt Brum, amigas presentes e prestativas;

À Melaine Oliveira, excelente estatística que muito me auxiliou;

Às Pacientes que participaram das oficinas de Arteterapia, sem as quais esta pesquisa não se realizaria;

Às Estagiárias que me auxiliaram durante este percurso, especialmente Luciana Monagatti e Adriana Coluccini.

À Equipe do Programa de estimulação cognitiva em idosos;

À Marina Von Zuben Camargo e a equipe de neuropsicólogas e gerontólogas;

À Igor Tolgyesi e Vanda Mariscal do departamento de Fisiopatologia Experimental;

À Valéria De Vilhena Lombardi, Gildete Batista, Márcia Maria arruda Silva e Quintino João de Souza Teixeira da Biblioteca Central da FMUSP, sempre atenciosos;

À Edeli Inês Ciasca, irmã e amiga sempre pronta para revisar meus textos;

À Paula Luiza Passini e novamente Edeli, grandes incentivadoras do meu trabalho;

À Evani M. Ciasca Passini, irmã querida e apoiadora;

À Jouce Gabriela Almeida, grande colaboradora em todos os momentos;

À Julieta Magalhães, que me auxiliou na divulgação do estudo;

À Dorli Kamkhagi, que indicou pacientes para as oficinas;



Albrecht Dürer – Melencolia I. 1514

RESUMO

Ciasca EC. Arteterapia e depressão: efeitos da arteterapia como terapia complementar no tratamento da depressão em idosos [Dissertação]. São Paulo. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2017.

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) está entre as síndromes psiquiátricas que mais atingem a população em geral. A prevalência da depressão durante a vida é de 7 a 12% para homens e 20 a 25% para mulheres, independente de raça, educação, estado civil ou renda. Entre os idosos a prevalência é de aproximadamente 5%. Além do tratamento medicamentoso, as psicoterapias têm um papel importante durante a fase aguda e na fase de remissão. A Arteterapia é uma abordagem terapêutica primordialmente não verbal, e tem sido utilizada em diversos contextos, mas há carência de estudos quantitativos que comprovem sua eficácia. O objetivo deste trabalho foi avaliar a eficácia da Arteterapia para uma população de mulheres idosas com diagnóstico de TDM, segundo o DSM - 5 = Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – 5ª versão, medicadas. Participaram do estudo 66 idosas com diagnóstico de TDM em tratamento medicamentoso, sem mudança medicamentosa durante o estudo e intactas no ponto de vista da cognição. Essas idosas foram alocadas aleatoriamente em dois grupos: 33 constituíram o Grupo Experimental (GE), que constou de 20 oficinas de Arteterapia com duração de noventa minutos, semanalmente, e 33 participaram do Grupo Controle (GC) o qual não recebeu nenhuma intervenção. Ambos os grupos foram avaliados com as mesmas escalas no início e após 20 semanas. Foram utilizadas as seguintes escalas para avaliar aspectos cognitivos – Mini exame do Estado Mental (MEEM), o Teste do Desenho do Relógio (TDR), o teste de Fluência Verbal – categoria animal (FV), e o teste Trilhas A. Para a avaliação Visuoespacial foi utilizada a Figura complexa de Rey – cópia e evocação. Para avaliar aspectos psiquiátricos foram utilizadas a *Geriatric Depression Scale* (GDS), a Escala de Beck para Depressão (BDI) e a Escala de Beck para Ansiedade (BAI). Para avaliar qualidade de vida – *Functional Assessment Staging Test* (FAST). No final do estudo 31 idosas completaram todas as oficinas do GE e 25 idosas do GC retornaram para as avaliações finais, apesar de todas terem sido contatadas. O GC diminuiu na GDS $0,6 \pm 2,3$ pontos, enquanto o GE diminuiu $3,2 \pm 3,4$ pontos, e esta diferença entre os grupos foi significativa ($p = 0,007$). Na escala BDI, o GC diminuiu $1,6 \pm 4,9$ pontos e o GE diminuiu $8,6 \pm 12,8$ pontos ($p = 0,025$). Na escala BAI, o GC diminuiu $2,9 \pm 1,4$ pontos e o GE diminuiu $8,9 \pm 14,5$ pontos ($p = 0,032$). Não foram encontradas diferenças nas demais escalas. Assim, houve diferença entre os grupos Controle e Experimental após as 20 semanas nos aspectos psiquiátricos de depressão e ansiedade. Não foram observadas mudanças na cognição. Desta forma, intervenções como a deste estudo parecem auxiliar no tratamento de sintomas depressivos e ansiosos de idosas com TDM.

Descritores: Arteterapia. Depressão. Ansiedade. Idosos. Psicoterapia. Ensaio Clínico.

ABSTRACT

Ciasca, EC. Art therapy and depression: effects of art therapy as a complementary therapy in the treatment of depression in the elderly São Paulo. "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

Major Depressive Disorder (MDD) is, among the psychiatric syndromes, that most affect the general population. The prevalence of depression during life is 7 to 12% for men and 20 to 25% for women, regardless of race, education, marital status or income.

Among the elderly, the prevalence is approximately 5%. In addition to drug treatment, psychotherapies have an important role during the acute phase and in the remission phase. Art Therapy is a therapeutic approach primarily nonverbal, and has been used in several contexts, but there is a lack of quantitative studies that prove its efficacy.

The objective of this study was to evaluate the efficacy of Art therapy for a population of elderly women diagnosed with MDD, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM - 5). A total of 66 elderly women with a diagnosis of MDD were enrolled in the drug treatment, without drug change during the study and intact from the point of view of cognition. These elderly women were randomly allocated into two groups: 33 were the Experimental Group (EG), which consisted of 20 Art therapy workshops lasting 90 minutes, weekly, and 33 participated in the Control Group (CG), which received no intervention. Both groups were evaluated with the same scales at baseline and after 20 weeks. The following scales were used to evaluate cognitive aspects - Mini Mental State Examination (MMSE), Clock Drawing Test, Verbal Fluency Test - Animal Category (VF), and Trail A. To evaluate psychiatric aspects, the Geriatric Depression Scale (GDS), the Beck Depression Scale (BDI) and the Beck Anxiety Scale (BAI) were used. For the Visuoconstructive evaluation, Rey's Complex Figure and Delayed Recall was used. And to evaluate quality of life - Functional Assessment Staging Test (FAST). At the end of the study, 31 elderly women completed all EG workshops and 25 elderly women of CG returned to the final evaluations, although all were contacted. The CG decreased in the GDS 0.6 ± 2.3 points, while the EG decreased by 3.2 ± 3.4 points, and this difference between the groups was significant ($p = 0.007$). On the BDI scale, the CG decreased by 1.6 ± 4.9 points and the EG decreased by 8.6 ± 12.8 points ($p = 0.025$). On the BAI scale, the CG decreased by 2.9 ± 1.4 points and the EG decreased by 8.9 ± 14.5 points ($p = 0.032$). No differences were found in the other scales. Thus, there was difference between the Control and Experimental groups after the 20 weeks in the psychiatric depression and anxiety aspects. No changes in cognition were observed. Thus, interventions such as this study seem to aid in the treatment of depressive and anxious symptoms of elderly patients with TDM.

Descriptors: Art therapy. Depression. Anxiety. Elderly patients. Psychotherapy. Clinical Trail.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Depressão	16
2.1.1 Depressão em idosos	19
2.1.2 Fatores de risco biológicos para depressão em idosos	20
2.1.3 Fatores de risco emocionais e psicossociais para depressão em idosos	21
2.2 Tratamentos para depressão em idosos	27
2.2.1 Tratamento farmacológico	27
2.2.2 Intervenções não farmacológicas	29
2.3 Arte e Saúde Mental	34
2.3.1 Arte e Sociedade	34
2.3.2 Arte e Criatividade	35
2.3.3 Arte e saúde, Arteterapia– breve histórico	37
2.3.4 Arteterapia e a abordagem “Arte como prescrição”	39
2.3.5 Intervenções em Arteterapia	42
2.3.6 Arteterapia e Depressão	44
2.3.7 Arteterapia para Idosos	46
2.3.8 Intervenções com Imaginação Dirigida e Relaxamento	46
3. JUSTIFICATIVA	49
3.1 HIPÓTESE	49
4. OBJETIVOS	50
4.1 Objetivo geral	50
4.2 Objetivos específicos	50
5. MÉTODO	51
5.1 Amostra do estudo	51
5.2 Aspectos Éticos do Estudo	52
5.3 Procedimento	52
5.4 Instrumentos	54
5.5 Programação e Descrição das Oficinas de Arteterapia	57
6. ANÁLISE DOS DADOS	59
7. RESULTADOS	60
8. DISCUSSÃO	71
9. CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS	89

LISTA DE FIGURA, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Fluxograma – Grupo Experimental e Grupo Controle	53
Tabela 1 – Dados sociodemográficos de todas as participantes no início do estudo.	61
Tabela 2 – Avaliação sintomas psiquiátricos, cognitivos e de funcionamento no início do experimento (Tempo 1) com 66 participantes.Erro! Indicador não definido.	62
Tabela 3 – Dados sociodemográficos e medicação das 56 participantes que terminaram o estudo (Tempo 1)	63
Tabela 4 – Avaliação sintomas psiquiátricos, cognitivos e de funcionamento no Tempo 1 no início do experimento, apenas com as participantes que concluíram o estudo.....	64
Tabela 5 – Comparação longitudinal separada por grupo.....	65
Tabela 6 – Comparação da diferença (Delta = Tempo 2 - Tempo 1) das escalas no início do experimento (Tempo 1) e 20 semanas depois (Tempo 2) entre os grupos.	66
Gráfico 1 – Gráficos de dispersão da GDS no início do experimento e 20 semanas depois no Grupo Controle e Grupo Experimental.....	67
Gráfico 2 – Gráficos de dispersão da Beck D no início do experimento e 20 semanas depois no Grupo Controle e Grupo Experimental.....	68
Gráfico 3 – Gráficos de dispersão da Beck A no início do experimento e 20 semanas depois no Grupo Controle e Grupo Experimental.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI = Beck Anxiety Inventory – Escala Beck Ansiedade

BDI = Beck Depression Inventory – Escala Beck Depressão

CID 10 = Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão

DSM - 5 = Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – 5ª versão

FAST = Functional Assessment Staging Test

FV = Fluência Verbal

GDS = Geriatric Depression Scale

GE = Grupo Experimental

GC = Grupo Controle

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPq-FMUSP = Instituto de Psiquiatria Da faculdade de Medicina da universidade de São Paulo

ISRS = Inibidores seletivos de recaptção da serotonina

LIM - 27 = Laboratório de Investigações Médicas – Neurociências

MEEM = Mini Exame do Estado Mental

OMS = Organização Mundial de Saúde – WHO

Rey = Figura Complexa de Rey

Rey evoc = Evocação da Figura de Rey

SCID = Structured Clinical Interview for DSM-IV

T1 = Tempo 1 – Avaliação Inicial

T2 = Tempo 2 – Avaliação Final

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDM = Transtorno Depressivo Maior

TDR = Teste do Desenho do Relógio

Tr A = Trilhas A

1. INTRODUÇÃO

A busca da longevidade sempre foi uma meta da humanidade e da ciência.

Ao longo dos anos, principalmente a partir do século passado, houve uma grande transformação no contingente populacional. Diversos fatores, tais como a queda da fecundidade aliada ao avanço das ciências da saúde, a melhoria do saneamento básico, a introdução de vacinas para diversas enfermidades, a descoberta de novos medicamentos, contribuíram para a configuração atual da pirâmide populacional, que indica o crescimento da população idosa em detrimento da população mais jovem.

No Brasil, a expectativa de vida dobrou desde o início do século XX. Em 1992, a expectativa de vida foi estimada em 67,3 anos, em 2006 foi de 72,3 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010a), e segundo dados do IBGE de novembro de 2012, a expectativa de vida do brasileiro em 2011 atingiu 74,1 anos (Vieira, 2012). A estrutura etária da população também se modificou rapidamente. Em 2008, para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 25 idosos de 65 anos ou mais. Estima-se que em 2050 para cada 100 crianças até 14 anos haverá 170 idosos (IBGE, 2008). Dentro destas previsões calcula-se que já em 2020 os idosos representarão 14% da população brasileira, um contingente de aproximadamente 31 milhões de pessoas (Paschoal et al., 2005). Em todas as regiões do Brasil é possível observar o envelhecimento da população; contudo, nas regiões Sul e Sudeste este processo é mais intenso (IBGE, 2011). Existe também maior proporção de idosos nos grandes centros urbanos. Como ilustração, nas capitais vivem 25% dos idosos do país, ou seja, um em cada quatro indivíduos (IBGE, 2010b).

Em países como os Estados Unidos, Japão e outros da Europa Ocidental, o processo de envelhecimento aconteceu ao longo das últimas décadas, e durante esse período foram necessárias adaptações, a fim de acolher com dignidade essa população. De forma diferente, em diversos países da América Latina a população está envelhecendo rapidamente sem que a estrutura econômica destes acompanhe esse processo, ocasionando grandes dificuldades a serem enfrentadas (Kalache, 2008). No Brasil, o sistema de saúde, a previdência social, o urbanismo, as próprias famílias e a comunidade em geral nem sempre estão preparados para arcar com os cuidados aos idosos, muitas vezes frágeis e dependentes.

Há diferentes formas de envelhecer. Além disso, no mesmo indivíduo cada órgão ou sistema apresenta declínio diverso, um podendo degenerar enquanto outro está em perfeito funcionamento (Papaléo Netto, 2006). Os processos de envelhecimento variam também em relação a gênero, etnia, classe social, cultura. As condições de vida, de trabalho, de recursos

são determinantes para a qualidade do envelhecer, e podem trazer limitações e diferentes graus de vulnerabilidade (Louvison, Rosa, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS – WHO, 2016), mais de 20% das pessoas com 60 anos ou mais sofrem de alguma doença neurológica ou mental e 6,6% da incapacidade nessa faixa etária é atribuída a distúrbios neurológicos ou mentais. Na população idosa, os transtornos mentais são responsáveis por 17,4% em se tratando dos anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability – YLD*). Os transtornos neuropsiquiátricos mais encontrados em idosos são a depressão e a demência; os transtornos de ansiedade afetam 3,8% da população idosa e aproximadamente um quarto das mortes por suicídio acontecem com pessoas de 60 anos ou mais (OMS – WHO, 2016). A depressão, embora não faça parte do envelhecimento normal, é um problema muito comum na velhice. É uma doença complexa, estando associada com maior frequência à inadaptação a situações adversas, a aspectos psicossociais, estresse crônico, sobrecarga e genética. A depressão crônica tem consequências físicas e mentais que podem agravar a condição de saúde do idoso e desencadear novas comorbidades.

O tratamento medicamentoso é frequentemente indicado para o manejo da depressão. Porém, a complementação do tratamento para depressão com intervenções não farmacológicas pode ser de grande valia. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de estudos que comprovem a eficácia dessas intervenções.

A Arteterapia é uma abordagem psicoterapêutica que se apresenta como alternativa à psicoterapia exclusivamente verbal. Seu valor está na forma como os aspectos emocionais e sentimentos emergem no processo terapêutico. Entretanto, uma pesquisa de avaliação quantitativa dessa intervenção no tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) se torna importante e necessária, na medida em que a literatura existente não é expressiva.

Neste estudo avaliou-se o efeito de 20 oficinas de Arteterapia em idosas com diagnóstico de TDM por meio de escalas de depressão, ansiedade, qualidade de vida e testes cognitivos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Depressão

O TDM está entre as síndromes psiquiátricas que mais atingem a população em geral, afetando 5% da população mundial, e dentre os problemas de saúde pública, é o que mais ocasiona incapacidade, ocupando a terceira posição em termos de “anos vividos com incapacidade”, segundo a OMS (2016). Projeções apontam para uma tendência de crescimento da depressão na população, podendo chegar à segunda causa de incapacidade em 2020, atrás apenas de doenças cardiovasculares (Cooper et al., 2011; Reynolds, 2009; Andreescu, Reynolds, 2011). No Brasil, a prevalência do TDM variou de 4% a 10% em um ano (Ferreira, Bottino, 2012).

A depressão pode ser crônica ou recorrente e apresentar sintomas graves que podem levar ao suicídio. A prevalência de depressão durante a vida é de 7 a 12% para homens e 20 a 25% para mulheres, independente de raça, educação, estado civil ou renda (Ferreira, Bottino, 2012). Aproximadamente 30% dos indivíduos com depressão não responde bem a antidepressivos na dosagem recomendada, sendo este quadro classificado como depressão refratária, e 3% da população com depressão não obtém resposta aos tratamentos (Cooper et al., 2011; Andreescu, Reynolds, 2011).

Em uma pesquisa de 2007, envolvendo 60 países de todas as regiões do mundo, com 245.404 adultos a partir de 18 anos, utilizando critérios da CID-10, constatou-se que a prevalência da depressão em um ano foi de 3,2%, a prevalência para angina 4,5%, para asma 3,3%, para artrite 4,1%. Todavia, a média entre 9,3% e 23% dos participantes da pesquisa que apresentavam uma ou mais doenças crônicas, tinham a depressão como comorbidade (Moussavi et al., 2007).

A coexistência de doenças crônicas e depressão pode ter uma relação bilateral, como por exemplo, a dor crônica pode predispor à depressão e a depressão pode aumentar a sensação de dor, além da chance de comorbidades com outras doenças. Idosos geralmente têm doenças crônicas e a simultaneidade de uma doença complica o tratamento da depressão. O declínio cognitivo também está associado à depressão no idoso e pode abranger vários domínios, como: funções executivas, atenção, memória (Taylor, 2014).

Dados epidemiológicos mostram que as taxas de depressão para a população em geral são similares nos países desenvolvidos (5,5%) e nos países em desenvolvimento (5,9%); entretanto, considerando-se apenas a população idosa, nos países desenvolvidos a taxa média

de depressão tende a diminuir (2,6%), enquanto nos países em desenvolvimento a média pode ser três vezes maior (7,5%) (Park, Unützer, 2011).

A CID-10 reconhece os seguintes sintomas como parte da caracterização do TDM: humor deprimido, perda de interesse ou prazer, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, cansaço, perda de energia, sentimentos de culpa ou desvalia, prejuízos na cognição, agitação ou retardo psicomotor, pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa ou plano para cometer suicídio. O humor deprimido ou perda de interesse ou prazer são características essenciais para o diagnóstico. Pelo menos cinco sintomas devem estar presentes todos os dias, a maior parte do tempo, por pelo menos duas semanas. A irritabilidade, a raiva persistente ou a baixa tolerância à frustração também podem estar presentes, bem como sintomas ansiosos ou angústia entre outros, o que está de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta versão – DSM-V.

Considerando-se algumas mudanças ocorridas no DSM-V em relação ao DSM-IV, o capítulo dos Transtornos do Humor foi alterado para Transtornos Depressivos; contudo, os sintomas centrais do TDM foram conservados, admitindo agora termos como “com Características Mistas” e “com Ansiedade”. A presença de características mistas pode sugerir a possibilidade do espectro bipolar (Araújo, Lotufo, 2014).

O DSM-V promoveu discussões a respeito da “patologização” de reações normais e da superestimativa do número de casos de depressão (Araújo, Lotufo, 2014).

Uma questão controversa é a eliminação do luto como critério de exclusão do TDM. O DSM-V permite utilizar esse diagnóstico até para quem sofreu a perda de um ente querido há menos de dois anos. O luto é um intenso fator de estresse, o qual pode acarretar graves transtornos mentais, e embora seja uma reação comum, pode apresentar uma configuração patológica. Essa alteração tem como finalidade possibilitar que pessoas que estejam suportando um grave sofrimento psíquico devido ao luto, recebam cuidado apropriado, incluindo medicação quando necessário (Araújo, Lotufo, 2014).

O TDM não é simplesmente “depressão”. Seu espectro é extremamente amplo, havendo inúmeros e diversos sintomas, tais como melancólicos e ansiosos, os quais implicam em diferente compreensão e conduta no tratamento (Ghaemi et al., 2012).

A depressão melancólica é considerada uma expressão grave da depressão. Suas características essenciais são o retardo psicomotor e a falta de reatividade do humor, além de acentuada anedonia, déficit cognitivo, perda de apetite e insônia. Frequentemente não está associada a sintomas ansiosos. Quando ocorre algum evento estressante ou prazeroso, o

indivíduo não experiencia emoções boas ou ruins, apenas permanece em um estado de apatia e indiferença.

O comprometimento cognitivo presente em inúmeras formas da depressão pode abranger déficit de memória numérica, funcionamento executivo, memória de trabalho espacial, atenção, concentração e redução na capacidade de pensar. A função cognitiva é importante mediadora do funcionamento global, e quando ocorre a disfunção na cognição, o desempenho no trabalho e nas atividades da vida diária é afetado, o que acarreta alto custo social e até econômico (Bortolato et al., 2016).

Uma variação diagnóstica é o Transtorno Depressivo Persistente ou Distímia. Esta forma de depressão, que não preenche sintomas em quantidade suficiente para o TDM, tem importância pela sua cronicidade e impacto na funcionalidade e qualidade de vida. Os critérios para depressão persistente incluem, além do humor triste na maior parte do dia, na maioria dos dias, dois ou mais sintomas: redução ou excesso de apetite, insônia ou hipersonia, fadiga, baixa energia, autoestima rebaixada, dificuldade em tomar decisões, falta de concentração, sentimentos de desesperança. A duração mínima de dois anos configura o diagnóstico de Transtorno Depressivo Persistente. Pode ser precedido por episódio depressivo maior, e durante o Transtorno Depressivo Persistente podem advir episódios depressivos maiores (DSM-V, 2014). Com frequência a depressão persistente se inicia de forma insidiosa e precoce na infância, na adolescência ou no início da idade adulta. Esses indivíduos podem apresentar pior funcionamento global, transtornos ansiosos ou transtornos de conduta. Indivíduos com Transtorno Depressivo Persistente têm, com maior frequência, parentes em primeiro grau afetados também.

A probabilidade de remissão dos sintomas depende de quão crônicos eles são: quanto mais persistentes, maior o risco de transtornos de personalidade associados, ansiedade e abuso de substâncias, e menor a possibilidade de resolução completa dos sintomas depressivos. Indivíduos com Transtorno Depressivo Persistente têm maior prevalência de comorbidades psiquiátricas, além de outras doenças neurológicas e cardiovasculares, do que indivíduos com episódios de TDM (Cooper et al., 2011).

A ansiedade muitas vezes está associada à depressão. O capítulo dos Transtornos de Ansiedade foi reformulado no DSM-V e os diagnósticos de Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Estresse Agudo e Transtorno de Estresse Pós-Traumático foram realocados em novos capítulos (Araújo, Lotufo, 2014).

O diagnóstico de quadros fóbicos, ou seja, Agorafobia, Fobia Específica e Transtorno de Ansiedade Social, não requer mais que o indivíduo com mais de dezoito anos reconheça seu

medo como exagerado ou irracional, pois muitos pacientes inclinam-se a superestimar o risco apresentado pela situação. A duração mínima passa a ser de seis meses para todas as idades (DSM-V, 2014).

O Ataque de Pânico pode ocorrer como comorbidade em outros transtornos mentais além da ansiedade; por essa razão o DSM-V o introduziu como especificador para todos os outros transtornos.

2.1.1 Depressão em idosos

O envelhecimento pode trazer grandes desafios adaptativos. A forma como as pessoas lidam com as adversidades, sejam elas provenientes do luto, de perdas afetivas, de status e financeiras, do sentimento de solidão, de doenças, de incapacidades funcionais ou estresses, pode contribuir para o desenvolvimento da depressão.

Na atenção primária, o TDM ocorre em aproximadamente 5% dos idosos e a depressão subsindrômica em 8% a 16%. Muitos idosos apresentam TDM cursando como comorbidade com outras doenças, sendo que a prevalência varia de 5% a 10% e, em hospitalizações de cuidado intensivo, a taxa pode chegar a 37%. Em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a taxa pode variar de 12% a 30% (Park, Unützer, 2011; Taylor, 2014).

Um estudo da OMS, realizado em 2016, constatou que 60% dos pacientes da atenção básica tratados com medicação antidepressiva ainda apresentavam critérios para depressão um ano mais tarde.

A falta de tratamento de episódios afetivos nos idosos está associada a consequências negativas de curto e longo prazo. Estas incluem maior prevalência de comorbidades médicas, maior mortalidade, piora da qualidade de vida, falta de iniciativa, lentificação no raciocínio, dificuldade para lidar com as questões da vida diária, para enfrentar novos desafios e para se engajar em atividades prazerosas. Além disso, pode haver também comprometimento cognitivo, perda da produtividade, declínio funcional, alterações da estrutura cerebral e aumento do risco de suicídio, que em alguns países tem taxas maiores entre idosos do que entre pessoas mais jovens (Bruce et al., 2004; Alexopoulos, 2005; Lapierre et al., 2011; Samad et al., 2011; Andreescu, Reynolds, 2011; Cooper et al., 2011; Kiosses et al., 2011; Taylor, 2014).

Além disso, a depressão em idosos é frequentemente ignorada, não compreendida ou tratada inadequadamente, pois ainda existe a crença de que a depressão é parte inevitável do envelhecimento e que o tratamento farmacológico pode ser ineficaz ou apresentar riscos. O

relato dos sintomas da depressão em idosos também pode ser diferente do que descrevem as populações mais jovens. Muitos não dizem que estão tristes, mas que sentem mais fadiga, esquecimento (queixas cognitivas), dores, pouca energia, desânimo, falta de esperança, que para eles podem ser atribuídos a causas físicas ou aos eventos estressantes da vida (Park, Unützer, 2011; Castro-Costa, 2012). Idosos experimentam também mais sintomas melancólicos e desordens psicomotoras (Park, Unützer, 2011). A depender da intensidade, tais sintomas trarão prejuízo funcional que pode chegar ao nível de total incapacidade para atender às próprias necessidades e cuidados básicos, além de pior funcionamento social (DSM-V, 2014).

Estudos apontam que mais da metade dos idosos com TDM apresenta o primeiro episódio depressivo tardiamente. Não há consenso a respeito da idade exata para classificar a depressão como sendo de início tardio, mas há concordância de que idosos com depressão de início tardio apresentam fatores de risco e quadros distintos se comparados a idosos com depressão de início precoce (Caixeta et al., 2016). Assim sendo pode-se estabelecer que a incidência do primeiro episódio de depressão a partir de 60 anos é depressão de início tardio (Taylor, 2014).

2.1.2 Fatores de risco biológicos para depressão em idosos

Segundo a hipótese de depressão vascular, a doença vascular cerebral pode predispor, precipitar ou perpetuar uma síndrome depressiva em idosos. Idosos deprimidos, com lesões isquêmicas subcorticais muitas vezes apresentam um quadro clínico característico, com retardo motor, apatia, déficit cognitivo, aumento do risco de demência, além de baixa incidência de depressão familiar. A maior parte dos estudos mostrou uma pior resposta aos antidepressivos nos pacientes com depressão e lesões vasculares subcorticais (Andreescu, Reynolds, 2011).

Em relação à depressão de início tardio, a idade em que ocorreu o primeiro episódio, antes ou depois dos 60 anos, pode distinguir diferentes mecanismos neuropatológicos independentes. Fatores neurotóxicos associados a repetidos episódios de depressão e estresse podem resultar num pequeno volume do hipocampo e ser um marcador neuroanatômico de depressão de início precoce. Grandes lesões na substância branca subcortical podem ser um pródromo para a doença cerebrovascular na depressão de início tardio (Janssen, 2007).

Alguns idosos podem ter mais déficits cognitivos e mais alterações em exames de neuroimagem do que o normal para a idade. Existe a hipótese de que os sintomas depressivos

neste caso sejam o pródromo de patologia vascular ou que aqueles com depressão de início tardio tenham risco aumentado para demência vascular (Cooper et al., 2011).

A doença vascular parece contribuir para a depressão de início tardio, afetando vias frontais da substância branca e estruturas subcorticais envolvidas na regulação do humor. Uma pesquisa sobre depressão vascular especificou dois subtipos de depressão de início tardio: os identificados clinicamente por características neuropsicológicas, sobretudo de disfunção executiva, e os identificados por alterações observáveis através de ressonância magnética cerebral. As alterações observáveis pela ressonância magnética, hiperintensidades na substância branca, parecem ser produzidas por pequenas isquemias cerebrais. Diversos fatores podem estar associados, especialmente a idade, comorbidades médicas como diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral. (Sheline et al., 2010).

Estudos mostram que em pacientes mais idosos tratados na atenção básica, a depressão contribui para a mortalidade tanto quanto a diabetes e as doenças cardiovasculares (Gallo et al., 2005; Rutledge et al., 2006). Uma possível explicação para esta associação está no fato de que o estresse e a depressão eventualmente podem causar mudanças biológicas, tanto no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal como nas estruturas cerebrais. O sofrimento psicológico crônico pode intensificar a resposta adrenérgica ao estresse e influenciar o comportamento condicionado de aprendizagem (Gameiro et al., 2014).

2.1.3 Fatores de risco emocionais e psicossociais para depressão em idosos

Os eventos que acontecem durante a vida propiciam oportunidades para que modificações ocorram ao longo dos caminhos percorridos pelo homem da infância à velhice. Acontecimentos de ordem biológica, psicológica, social, cultural e ambiental constituem esses eventos de vida, os quais proporcionam as experiências para o desenvolvimento e evolução do indivíduo. As mudanças do ciclo de vida seguem paralelamente às transformações da sociedade. Cada indivíduo terá as experiências de vida e será marcado pela cultura e momento histórico do local em que vive. Esses acontecimentos muitas vezes trazem consequências definitivas para a vida, norteiam a personalidade e determinam a forma como cada pessoa enfrentará as circunstâncias que surgirão, as quais desafiam todos os aspectos humanos, como o físico, o psicológico, o emocional e o social (Aldwin, Gilmer, 2004; Burgos et al., 2008).

Pesquisas que utilizaram uma única escala para avaliar a depressão em idosos de diversos países europeus demonstraram que há uma diferença real entre as várias populações: os

fatores de gênero, idade, nível educacional e déficit cognitivo foram controlados, mas mesmo assim Espanha, França e Itália apresentaram as maiores taxas de depressão. Portanto, as diferenças etnoculturais e os fatores de risco específicos para cada país surgem como os principais determinantes para a diferença da prevalência de depressão em idosos (Andrade et al., 2012).

A depressão de início tardio está mais frequentemente associada à influência de fatores psicossociais estressantes, como estresse crônico, ansiedade, estado civil, luto, maior número de doenças relatadas, percepção de saúde precária, baixo nível de escolaridade, condições econômicas e eventos de vida que geram mudanças na rotina, provocando impactos emocionais. Entre as mulheres está mais relacionada à baixa renda familiar e ao número de problemas de saúde (Nicolosi et al., 2011).

O estresse é resultado da constante interação entre indivíduo e ambiente, na qual as demandas ambientais superam as capacidades individuais de enfrentamento. O estresse também pode ser fisiológico, por superativação ou rebaixamento do nível de alerta, resultando em desconforto psicológico e físico. As consequências dessas interações podem ser negativas, surgindo como sintomas depressivos, ou positivas, aparecendo como estratégias de enfrentamento (Aldwin, Gilmer, 2004). Existe relação entre situações negativas durante a vida e depressão na velhice. O acúmulo de fatos negativos e adversidades, estresses e discussões diárias foram associados a maior risco para altas taxas de sintomas de depressão e baixa qualidade de vida (Kraaij et al., 2002; Shrira, 2012; Lapierre et al., 2012; Gameiro et al., 2014). Pesquisas mostram que mesmo fatos ocorridos no passado, como o abuso durante a infância, aumentam o risco para a presença de transtornos de humor na fase adulta e na velhice. Entre os eventos traumáticos na infância podem ser incluídos acontecimentos como: separação dos pais, guerras, abandono, abuso sexual (Kasen et al., 2010). Eventos de vida negativos podem prever sintomas depressivos, e sintomas depressivos podem prenunciar eventos de vida negativos no futuro, em um círculo no qual uma condição interfere e contribui para o contínuo da outra (Fiske et al., 2003). Dessa forma, o pessimismo, por ser uma das características do indivíduo deprimido, pode fazer com que este se julgue como sendo menos eficaz do que realmente é, e perceba as dificuldades apresentadas pela vida como obstáculos intransponíveis (Seligman, 1977).¹

Além disso, outros fatores aparecem como agravantes para desenvolver depressão, tais

¹ Seligman MEP. (1977). Desamparo: Sobre depressão, desenvolvimento e morte (M. T. A. Silva, Trad.). São Paulo, SP: Edusp. Apud Burgos et al., 2008.

como: falta de acesso à educação, cuidados parentais insuficientes, estilo de vida imprudente (alcoolismo, tabagismo, obesidade, inatividade física), suporte social precário, doenças crônicas, problemas financeiros. Contudo, estes problemas nem sempre atuam de forma isolada, mas sim em um contínuo. Um indivíduo exposto a infortúnios desde a primeira infância tem probabilidade maior para uso de drogas e para assumir comportamentos mais arriscados do que seus pares, o que leva a desvantagens sociais, acarretando muitas vezes a ocorrência da depressão (Almeida, Almeida, 2014; Gameiro, 2014).

Outra questão que atinge os idosos e pode também ser uma das causas da depressão é a solidão. A solidão aqui considerada diz respeito a uma experiência subjetiva sentida como angustiante e percebida como uma insuficiência nas relações humanas. A solidão e o isolamento social muitas vezes são utilizados como sinônimos, mas são conceitos diferentes. O isolamento social reporta-se ao número de contatos sociais do indivíduo e pode ser medido objetivamente; a solidão, por ser um sentimento subjetivo, só pode ser avaliada pelo indivíduo que a experimenta. Sendo assim, a qualidade e satisfação com os relacionamentos são fatores mais importantes do que o número real de contatos sociais. A solidão pode ser explicada como a discrepância entre os relacionamentos reais e os relacionamentos desejados. Está associada à pior qualidade de vida, maior frequência na busca por serviços sociais e de saúde, percepção subjetiva de saúde precária, maior probabilidade de declínio cognitivo, grande risco para depressão e aumento da mortalidade (Tilvis et al., 2011; Perissinoto et al., 2012).

O sentimento de solidão é um indicador de risco independente da rede social ou contatos do indivíduo; é também, pelo menos em parte, reflexo de atitudes e sentimentos negativos perante a vida (Jylhä et al., 2006). Viver sozinho pode trazer a sensação de menor suporte social, além de ocasionar perdas cognitivas mais aceleradas (Alexandrino-Silva et al., 2011; Forsman et al., 2011). É interessante observar que se pode encontrar baixa prevalência de depressão em pessoas solteiras. Isso porque, em geral, costumam ter uma rede de apoio social mais estabelecida com amigos e familiares, enquanto a pessoa casada, por ser, muitas vezes, mais dependente do cônjuge, pode ter mais chance de desenvolver depressão no caso de morte do parceiro ou divórcio (Kamiya et al., 2013).

O luto pode levar à depressão, não só pela tristeza da perda de pessoa querida, mas também pela mudança súbita no modo de vida. A viuvez, que pode trazer a falta de apoio, perdas financeiras, ou perda do ambiente familiar, caso o idoso tenha de deixar sua casa e passe a residir com parentes, amigos ou Instituições de Longa Permanência para Idosos, pode gerar a solidão. A depressão após o luto pode atingir mais as pessoas com saúde física ou mental debilitada do que idosos saudáveis (Gameiro et al., 2014; Di Giacomo et al., 2013).

A diferença entre gêneros também é relevante. Há diversidade no comportamento e sentimentos das pessoas idosas. As mulheres têm mais prejuízos com a aposentadoria de seus maridos do que eles, como também sofrem maiores perdas, tanto afetivas quanto financeiras, com o divórcio tardio. Entretanto, as mulheres se beneficiam mais com o convívio de amigas, que podem ser suas confidentes e desempenham importante função na manutenção do bem-estar psicológico e mental. Contudo, a morte dessas pessoas acarreta sofrimento e sensação de perda e vazio para elas. Já os homens geralmente têm em suas esposas a única fonte de apoio emocional, sendo ela a pessoa de confiança para desabafar e contar seus problemas; na viuvez perdem esse suporte, além de terem que passar a desempenhar o papel de gestor da casa, o qual cabia anteriormente mais frequentemente à esposa (Alexandrino-Silva et al., 2011).

Pensamentos sobre a morte não são raros em idosos. É necessário diferenciar quais são os pensamentos naturais, que podem espelhar o balanço de vida que muitos idosos costumam fazer em decorrência de acontecimentos estressantes como perdas de pessoas próximas, doenças e isolamento social, e quais são pensamentos patológicos. O desejo de morrer e a ideação suicida podem fazer parte do envelhecimento patológico (Szanto et al., 2013).

As atitudes perante a vida, como a falta de sentido, de controle e de coerência, também são condizentes com o aumento da probabilidade do desejo de morrer na velhice, independente do gênero, da idade e das condições clínicas. O processo de busca do sentido da vida é uma estratégia de enfrentamento para eventos estressantes, os quais na velhice são numerosos, agravados pela consciência da aproximação e da fatalidade da morte (Pompili et al., 2014). Nesta fase os pensamentos existenciais adquirem maior relevância, tanto para o bem-estar como para a perda da vontade de viver.

Os homens em geral reportam menos seus sentimentos de desejo de morrer e, para eles, mesmo um nível mínimo de motivação é suficiente para manter o propósito de vida. Contudo, nos homens, se há a diminuição do propósito de vida pode sobrevir uma situação crítica, sobretudo se cursar com alguma desordem somática, depressão ou outras doenças. A aposentadoria é uma das causas apontadas para a perda de objetivo na vida para os homens. As mulheres são mais vulneráveis e podem perder o propósito de vida com mais facilidade porque estão mais expostas a situações de risco como viuvez, problemas crônicos de saúde e maior probabilidade de viver situação socioeconômica desfavorável. Atitudes de vida autodestrutivas, tentativas de suicídio, autonegligência são associadas ao baixo propósito de vida, o que pode acarretar graves consequências para a saúde (Bonnewyn et al., 2014).

O avanço da idade e as situações decorrentes desse período, tais como perdas diversas, déficits físicos e funcionais, estresses, etc., podem fazer com que o propósito de vida seja

interrompido ou tenha de ser revisto. Quando há significado na vida e alto nível de propósito, o desejo de morrer é reduzido tanto em homens quanto em mulheres, além de estarem associados ao bem-estar psicológico e à satisfação. Esses indivíduos apresentam menos limitações funcionais e níveis mais altos de saúde percebida (Bonnewyn et al., 2014).

Outro aspecto importante que pode levar à depressão é a característica psicológica do indivíduo, que se correlaciona com o funcionamento mental. A agressividade, raiva e hostilidade são sentimentos associados à depressão. Decorrente disso, pessoas com estes atributos têm maior propensão ao isolamento social e, conseqüentemente, à deterioração de sua rede social. Sob outro ponto de vista, a rede social empobrecida desfavorece a autoestima e pode levar à depressão. Traços de personalidade estão associados à visão mais positiva ou negativa das situações, o que pode tornar a pessoa sociável ou arredia, afável ou hostil, proporcionando relações mais ou menos profícuas, o que torna o indivíduo mais ou menos apto a enfrentar os reveses, os quais nessa etapa da vida são inúmeros (Klabbers et al., 2014).

Contudo, os efeitos dos eventos negativos, sejam eles emocionais, psicológicos ou ambos, dependem da percepção do indivíduo e sua forma de encarar os desafios, de seus recursos pessoais, das estratégias para enfrentar as dificuldades e também de sua rede de apoio. Não só os eventos negativos provocam estresse, mas até mesmo situações que seriam agradáveis, como um sucesso pessoal ou o nascimento de uma criança, podem provocar reações inesperadas, atingindo a estabilidade física e emocional do indivíduo (Aldwin, Gilmer, 2004; Gameiro et al., 2014).

Estratégias de enfrentamento são os esforços cognitivos e comportamentais constantemente modificados para lidar com transformações internas e ambientais; esses esforços podem ser considerados como excessivos para os recursos pessoais. As estratégias são classificadas em: a) enfrentamento com base no problema, focando na ação do indivíduo sobre o ambiente, com a intenção de modificá-lo, diminuindo assim a consequência do evento estressor, e b) enfrentamento baseado na cognição ou na emoção, focalizando a modificação do indivíduo através do ajustamento do desgaste emocional causado pela situação estressora (Lazarus, Folkman, 1987).² Esse processo de acomodação e ajustamento pode também ser visto como flexibilidade mental. O indivíduo pode ainda vislumbrar o problema como uma situação de aprendizagem, que o ajuda a aumentar a autoestima, enquanto há uma

² Lazarus, R. S., Folkman, S. 1987. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, apud Burgos et al., 2008.

possibilidade real de alcançar sua meta, o que poderia ser denominado como tenacidade mental (Gameiro et al., 2014).

Outros autores propuseram também o enfrentamento com auxílio religioso, o enfrentamento por meio da rede ou suporte social e ainda o enfrentamento focado na procura de um significado para a dificuldade (Aldwin, Gilmer, 2004).

Em um estudo de análise de frequência de conteúdo a respeito dos eventos estressantes da vida, com critérios de gênero e de idade, foram propostas as seguintes categorias (Burgos et al., 2008):

a) Eventos relacionados à finitude: que podem representar iminência da morte de entes queridos ou da própria morte e problemas da própria saúde ou de alguém próximo.

b) Eventos que afetam os familiares: situações em que o idoso não pode influenciar por se tratar de circunstâncias de vida do outro, podendo lhe dar o sentimento de impotência e originar sentimentos de desconforto e falta de controle, motivados pelo apego afetivo à família e pelo cumprimento dos papéis sociais.

c) Eventos relativos ao cuidado: influências externas: que podem ser complicações da doença, conflitos familiares pela disputa do cuidado, quem assume e quem se esquia, aumento de despesas, ou pressões internas: sentimentos de tristeza, ressentimento, solidão, dúvida, medo, compaixão relacionados ao cuidado de outra pessoa significativa, que esteja em situação frágil.

d) Eventos que influenciam o bem-estar psicológico: adequação e aceitação da velhice, implicando no seu senso de significado, problemas de saúde mental, solidão, conflito espiritual.

e) Eventos pontuais: mudanças de fases da vida, mudanças normativas, como: aposentadoria, perda de poder aquisitivo, ou não normativas durante o envelhecimento, como: divórcio, morte de familiar mais jovem.

Os resultados obtidos foram: quanto à frequência das respostas, os eventos relacionados à finitude foram os mais relatados (66% dos idosos), em seguida os eventos que dizem respeito à vida dos familiares e descendentes (19%), eventos pontuais (8%), relativos ao bem-estar (4%) e referentes ao cuidado (3%).

Finalmente, dos diversos fatores de risco relacionados à depressão em idosos, cinco se destacam pela sua associação significativa com a doença e por sua presença em grande número de idosos deprimidos: depressão prévia, sexo feminino, luto, distúrbio do sono, incapacidade física, dos quais os três últimos apresentam boas possibilidades de intervenção (Andrade, 2012).

2.2 Tratamentos para depressão em idosos

2.2.1 Tratamento farmacológico

A psicogeriatría enfrenta um grande desafio quanto ao tratamento farmacológico do TDM em idosos. Atingir a remissão dos sintomas depressivos para prevenir recaídas, evitar a recorrência de episódios depressivos e recuperar a funcionalidade são os principais objetivos do tratamento para depressão, cujo resultado depende de diversos fatores, entre eles o diagnóstico adequado, que abrange a identificação de comorbidades e fatores psicossociais relacionados, os quais induzirão às melhores opções de tratamentos e recursos disponíveis. Estudos recentes têm focado o desenvolvimento de estratégias para elevar a taxa de remissão na fase aguda do tratamento, conservar o indivíduo na fase de manutenção, ou seja, sem sintomas depressivos, e identificar preditores de resposta antidepressiva, visto que é comum haver sintomas residuais no tratamento com antidepressivos (Diniz et al., 2011).

Cerca de dois terços dos pacientes que apresentam formas graves de depressão respondem ao tratamento farmacológico padrão com antidepressivos. Entretanto, idosos são frágeis e particularmente suscetíveis aos efeitos colaterais de antidepressivos. O seu uso em idosos deve ser praticado cuidadosamente e de forma gradativa por causa da interação medicamentosa que pode ser causada pela polifarmácia, sendo também necessário observar a farmacodinâmica e a farmacocinética dos medicamentos, notadamente quanto aos efeitos colaterais cardiovasculares e anticolinérgicos, além das taxas metabólicas, que podem sofrer alterações. A regra de ouro do tratamento antidepressivo em idosos é "começar devagar, ir devagar, mas ir" (Gameiro et al., 2014). Todos esses importantes fatores podem afetar o cumprimento e a eficácia do tratamento (Andreescu, Reynolds, 2011; Cooper et al., 2011; Diniz et al., 2011).

O desenvolvimento de novos antidepressivos melhor tolerados tem trazido paulatinamente melhores perspectivas para estes tipos de problemas. (Gameiro et al., 2014).

Antidepressivos como os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) estão frequentemente bem indicados para o uso em idosos em virtude da baixa interação medicamentosa e efeitos colaterais leves e normalmente toleráveis. Como exemplos, a sertralina e o escitalopram. A fluoxetina, também um ISRS, tem a desvantagem de ter meia-vida mais longa e maior potencial de interação medicamentosa. Dos ISRS, a paroxetina tem

mais efeitos colaterais anticolinérgicos e seus efeitos colaterais decorrentes podem ser particularmente problemáticos em idosos (Gameiro et al., 2014). Apesar do benefício para sintomas depressivos, algumas evidências indicaram interação entre o tratamento com ISRS e o agravamento do déficit cognitivo em indivíduos com mais de 75 anos, o que foi ainda mais evidente em sujeitos não respondedores (Diniz et al., 2011). Como alternativa para este problema dados preliminares favoráveis existem para a vortioxetina que também é uma opção para o Transtorno Ansioso Generalizado (Spina, Santoro, 2015; Mochcovitch, 2015).

Outra classe de antidepressivos indicados para idosos são os chamados duais, por otimizarem a neurotransmissão serotoninérgica e noradrenérgica, como a venlafaxina, duloxetina e desvenlafaxina. Estes antidepressivos, além da baixa interação medicamentosa, e boa segurança e tolerabilidade quanto aos efeitos colaterais, têm uma meia-vida mais curta do que a fluoxetina. A única desvantagem é o efeito noradrenérgico de potencial aumento na pressão arterial, o qual deve ser considerado (Gameiro et al., 2014).

O tratamento farmacoterápico para depressão em idosos é bem sucedido apenas em parte, pois apenas aproximadamente 50% dos pacientes atingem resposta completa ou remissão com monoterapia antidepressiva. Inúmeros fatores levam ao mau prognóstico da depressão refratária, dentre eles o perfil clínico do paciente, como comorbidade com ansiedade, insônia, sintomas psicóticos, baixa autoestima, comprometimento cognitivo. A resposta parcial ao tratamento eleva o risco para depressão crônica recidiva, para a não adesão a tratamentos para outras enfermidades ou estados crônicos, para a sobrecarga dos familiares, e maior risco para suicídio (Andreescu, Reynolds, 2011).

A presença de transtorno de ansiedade durante a vida pode predispor à depressão tardia. A comorbidade de transtornos depressivos com transtornos de ansiedade mostra que quase metade dos idosos com TDM preenche critérios para ansiedade, enquanto um quarto de pessoas com transtornos de ansiedade apresenta critérios para TDM (Beekman, 2000).

A prevalência da ansiedade cursando com a depressão tardia é de 65% nas amostras clínicas. Estudos indicam que maior gravidade da ansiedade é associada ao abandono do tratamento, menor resposta ao tratamento da depressão na fase aguda, período mais longo para obter resposta e remissão e maior risco de reincidência da depressão nos primeiros dois anos após a resposta ao antidepressivo. Além disso, após 6 semanas de tratamento os sintomas persistentes de ansiedade grave foram associados com menores taxas de remissão da depressão e maior tempo para obtê-la. A preocupação, mais que o pânico, previu pior tempo de resposta ao antidepressivo e recorrência mais breve em indivíduos tratados com paroxetina (Andreescu, Reynolds, 2011).

Não há consenso quanto à duração do tratamento farmacoterápico de manutenção depois do primeiro episódio depressivo. Há poucos estudos controlados sobre a eficácia da medicação de manutenção antidepressiva. A maior parte dos especialistas recomenda que, para idosos, a medicação seja mantida por 6 a 12 meses. Em um período de dois a três anos após o primeiro episódio depressivo tardio, as taxas de recorrência da depressão variam de 50 a 90%. Por essa razão o objetivo do tratamento não é só melhorar a depressão aguda, mas também prevenir a recaída (Andreescu, Reynolds, 2011).

Embora o tratamento farmacológico possa ser eficaz na redução dos sintomas, existem algumas evidências de não ser tão bem sucedido em manter a remissão (Baldwin, 2010). A resposta e as taxas de remissão dos idosos aos tratamentos farmacoterápicos e eletroconvulsoterapia são comparáveis às dos estudos realizados com pessoas de meia-idade. No entanto, as taxas de recaída para os idosos são mais elevadas, enfatizando o desafio não só de obter a remissão, mas também de manter o bem-estar (Andreescu, Reynolds, 2011).

Uma meta-análise de 2011 pesquisou a eficácia da integração sequencial de farmacoterapia e psicoterapia na redução do risco de recaída e recorrência no TDM. Foi encontrada uma vantagem relativa na prevenção da recaída e recorrência para a administração sequencial de psicoterapia após a resposta bem sucedida para farmacoterapia de fase aguda em comparação com o GC (Andreescu, Reynolds, 2011).

Estudos na população adulta mostram que tratamentos farmacológicos em conjunto com psicoterapias podem reduzir a carga da depressão em apenas 33% aproximadamente. Mais de 40% dos pacientes não respondem ou respondem parcialmente aos tratamentos, e menos de um terço dos pacientes recuperam-se completamente. Além disso, as taxas de recaída são estimadas em 50% após dois anos e superiores a 85% dentro de quinze anos após a recuperação de um episódio inicial (Cuijpers, 2015).

Diante disso ações preventivas são muito importantes em idosos, além de ser essencial melhorar os resultados e reduzir a carga da doença, concentrando-se em tratamentos para depressão crônica e persistente, assim como para prevenção de recaídas (Schoevers et al., 2006; Rush, 2007; Baldwin, 2010; Cuijpers 2015).

2.2.2 Intervenções não farmacológicas

Devido à tendência de diversos efeitos secundários nos tratamentos farmacológicos para depressão em idosos, a maioria das diretrizes apoia a psicoterapia como coadjuvante da medicação (Andreescu, Reynolds, 2011; Wilson et al., 2008), exceto para depressão leve ou

distímia, para a qual vários autores recomendam apenas a psicoterapia como estratégia inicial. Quanto à aderência ao tratamento proposto, o tratamento farmacológico concomitante com psicoterapia teve taxas de abandono mais baixas do que a medicação apenas e pode ser indicado para pacientes que tenham pouca aderência à medicação (Guidi et al., 2016). Além disso, o tratamento medicamentoso para depressão em idosos não considera inúmeras facetas envolvidas na depressão na fase tardia da vida. Assim, associação entre farmacoterapia e psicoterapia deve ser considerada para idosos com depressão, tanto na fase aguda do tratamento quanto na sua continuação e manutenção, com o benefício adicional da psicoterapia representar uma alternativa segura e sem efeitos colaterais (Diniz et al., 2011).

Alguns estudos evidenciam eficácia semelhante entre tratamento com antidepressivos e psicoterapia para idosos (Cooper et al., 2011). A associação do tratamento medicamentoso a outras terapias torna-se uma opção valiosa a ser implementada, visto que para a população idosa o suporte social é de extrema relevância, além do fato de ocorrer o aprendizado de novas estratégias para lidar com os eventos estressantes da vida. Estudos ressaltam que pessoas que tiveram um episódio depressivo apresentam risco para a ocorrência de outros episódios, o que pode acontecer principalmente entre as pessoas que não receberam nenhum tipo de intervenção (Batistoni et al., 2010).

O tratamento para estresse, que é um fator de risco para a depressão, mesmo sem medicação tem sido bem sucedido quando está associado a mudanças das atividades diárias, apoiado em abordagens de revisão de vida e acompanhamento psicológico (Gameiro et al., 2014).

Inúmeras psicoterapias são aplicadas para o tratamento da depressão, com grande variabilidade na adesão e resposta, a depender, entre outros fatores, das características particulares de cada pessoa. Embora a maior parte dos estudos acerca de psicoterapias para depressão tenha o foco na população adulta, diversos estudos indicam que essas psicoterapias também são eficazes ou quase igualmente eficazes para idosos (Serfaty et al., 2009; Cuijpers, 2015).

A Terapia Cognitivo-Comportamental, a Psicoterapia Interpessoal e a Terapia de Resolução de Problemas foram incluídas na maioria das diretrizes como tratamentos de primeira linha tanto para adultos quanto para idosos (Cuijpers, 2015). Para pacientes que tenham sintomas de depressão clinicamente relevantes, mas que não preencham critérios para a Depressão Maior, essas psicoterapias podem ajudar a evitar que se instale um quadro mais intenso ou até o TDM por auxiliar no manejo desses sintomas (Schoevers et al., 2006; Rush, 2007; Baldwin, 2010; Cuijpers, 2015). Além das psicoterapias supracitadas, foram

encontrados benéficos para o tratamento de sintomas depressivos na Terapia de Reminiscência, Terapia Psicodinâmica, Terapia de Suporte e Aconselhamento não diretivo (Aréan et al., 2010; Andreescu, Reynolds, 2011; Kiosses et al., 2011; Pinguart, Forstmeier, 2012), bem como na Terapia de Autoestima (Yassuda, Nunes, 2009), na Terapia de Revisão de Vida e na Terapia de Gestão da Depressão (Gameiro et al., 2014).

Estudos demonstraram que terapias são igualmente ou aproximadamente equivalentes em eficácia a curto prazo, e da mesma forma são igualmente eficazes se comparadas aos medicamentos antidepressivos a curto prazo; além disso, a combinação de medicação e psicoterapia é significativamente mais eficaz do que qualquer uma delas sozinha (Cuijpers, 2015). É muito interessante notar, conforme observado em estudo de meta-análise, que pacientes que recebem os tratamentos de sua preferência, sejam eles psicoterapia ou farmacoterapia, respondem melhor do que os pacientes que não recebem o tratamento preferido (Guidi et al., 2016).

Em idosos muito deprimidos o tratamento farmacoterápico com Terapia Interpessoal ou Terapia de Gestão da Depressão levou ao aumento da remissão (Reynolds, 2009). A psicoterapia de Revisão de Vida propõe atividades baseadas nas memórias autobiográficas. É uma estratégia que mostrou mudanças significativas do pré ao pós-tratamento da depressão e também no acompanhamento. Houve aumento do bem-estar e diminuição das reminiscências obsessivas. Entretanto, em alguns casos não houve resultados positivos no início; logo depois da intervenção os sintomas pioraram pela dificuldade de encarar fatos traumáticos, mas após o término, a terapia foi proveitosa. Isso pode indicar que é uma terapia mais apropriada para um processo mais longo (Gameiro et al., 2014).

Uma revisão sistemática e meta-análise com 69 estudos controlados randomizados e não randomizados avaliou a eficácia de intervenções psicossociais para a promoção e prevenção da saúde mental entre idosos de 65 anos ou mais (idade média 78 anos), considerando importantes recursos psicológicos individuais, como autoestima e autocontrole, que podem prevenir o surgimento de sintomas depressivos. As redes sociais e a sensação de apoio social foram agrupadas sob o termo “capital social”, o qual é essencial para a manutenção da saúde mental, assim como sua ausência é um fator de risco para transtornos depressivos na velhice. O tempo de duração das intervenções também foi considerado, sendo que as terapias com três meses de duração apresentaram resultados mais positivos quanto aos sintomas depressivos e ao bem-estar mental do que as terapias com duração inferior (Forsman et al., 2011).

Alto nível de atividades diárias e ampla rede social mostram diminuição da chance de episódios de depressão em idosos. Além desse benefício, o risco de desenvolver

comprometimento cognitivo e demências decresce em 43% para cada atividade social praticada (James et al., 2011).

O tratamento farmacológico concomitante com psicoterapia teve taxas de abandono mais baixas do que o tratamento somente com medicamentos e pode ser indicado para pacientes que tenham pouca aderência à medicação. Foi observado também que no tratamento de manutenção a Terapia Interpessoal aliada à farmacoterapia tem melhor resultado do que só a medicação. Além disso, o modelo de tratamento sequencial, medicação e psicoterapia, pode ter importante papel na redução de recaídas e recorrência no TDM. A gravidade da depressão e a cronicidade são características clínicas que tem bons resultados no tratamento conjunto com Terapia Cognitivo Comportamental e Psicoterapia Interpessoal (Guidi et al., 2016).

Há a hipótese de que a psicoterapia possa desenvolver competências que podem ser usadas após o tratamento e habilitem o paciente a administrar seus estados afetivos, reduzindo assim os riscos de recaída ou recorrência, sejam esses riscos motivados por fatores internos ou externos (Guidi et al., 2016).

Verificou-se que a psicoterapia sem tratamento continuado tem um efeito duradouro após a cessação do tratamento na fase aguda e ainda é significativo um ano após a randomização, e que é pelo menos tão eficaz quanto o tratamento continuado com antidepressivo. Os efeitos das psicoterapias para depressão em pacientes internados são um pouco menores do que em pacientes ambulatoriais. Os efeitos também são menores em pacientes com depressão crônica e depressão persistente, e neles as psicoterapias são provavelmente menos eficazes que a farmacoterapia. Em pacientes com comorbidade alcoólica os efeitos são modestos, embora ainda significativos, além de mostrarem algum efeito em relação aos problemas com o álcool (Cuijpers, 2015).

Mesmo em países desenvolvidos, com alta renda per capita, menos da metade dos pacientes com transtornos depressivos recebe tratamento, e isso ocorre ainda mais em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. O mesmo se dá também entre idosos, pessoas com baixa renda e minorias étnicas. Esses grupos sociais são particularmente afetados pela falta de suporte psicológico (Cuijpers, 2015).

O treinamento de conselheiros leigos em saúde para aplicar psicoterapias tem sido desenvolvido e recomendado, principalmente em países de baixa ou média renda, os quais querem construir uma infraestrutura de cuidados em saúde mental e não têm equipes de profissionais disponíveis. Esse modelo foi aplicado em outras áreas de cuidados de saúde para aliviar a escassez de especialistas, e dessa forma, em 2010, realizou-se um estudo controlado e randomizado na Índia, com 20.352 pacientes selecionados, sendo que 2.796 participaram do

estudo, o qual mostrou que conselheiros leigos em saúde treinados podem oferecer terapias psicológicas de forma eficaz (Patel et al., 2010).

Quanto às modalidades de tratamentos, a psicoterapia em grupo apresenta algumas vantagens em relação à individual: proporciona a interação entre as pessoas, as quais muitas vezes sentem-se isoladas, tem menor custo por promover o atendimento a várias pessoas ao mesmo tempo por um mesmo terapeuta, por razão semelhante, esses indivíduos não necessitam aguardar por muito tempo até serem chamados para o início do tratamento (Kiosses et al., 2011; Krishna et al, 2011)).

Em uma meta-análise de 2008 a psicoterapia individual foi considerada um pouco mais eficaz do que a psicoterapia breve em grupo; entretanto, não ficou claro se a diferença entre os estudos era clinicamente relevante pelo pequeno número de estudos, qualidade limitada e incerteza quanto à duração das psicoterapias (Cuijpers et al., 2008).

O processo do trabalho em grupo forma uma unidade permanente de mudança interna e externa, na qual cada membro atua como um ponto independente, porém em constante relação com o todo (Fabietti, 2004).

O fato das psicoterapias serem semanais ou quinzenais pode auxiliar o engajamento do idoso no tratamento farmacoterápico para depressão, pois o paciente tem a possibilidade de se comunicar mais frequentemente com o terapeuta do que com o médico, o que facilita a exposição de suas dúvidas e anseios, e propicia comentários sobre eventuais efeitos colaterais das medicações, ocasião na qual pode ser orientado a procurar seu médico, evitando assim o abandono do medicamento. Além disso, o aprendizado de novas formas de lidar com os fatos da vida auxilia o idoso a enfrentar melhor o dia-a-dia. As atitudes e crenças negativas sobre doença mental e falta de envolvimento com o médico na tomada de decisão sobre as intervenções escolhidas desempenham importante papel na adesão ou não ao tratamento e, em última análise, na obtenção da remissão da depressão.

Apesar de diversas evidências dos potenciais benefícios terapêuticos da psicoterapia, existem ainda muitas barreiras para que aconteça o engajamento dos idosos nos tratamentos, tais como mobilidade, envolvimento com os profissionais de saúde, disponibilidade de vagas para o início do tratamento, receio da internação involuntária, relutância em divulgar informações pessoais, crenças religiosas e espirituais (Raue, Sirey, 2011).

Fatores de risco podem ser evitados para promover mais qualidade de vida em idosos. Sendo assim, é importante a criação de políticas que promovam o engajamento social para auxiliar na melhoria da saúde e da qualidade de vida dos idosos, principalmente para que desenvolvam e mantenham relações interpessoais agradáveis, atenuando dessa forma a

solidão, que pode fazer parte da vida até mesmo de pessoas que não vivem sós, mas mesmo assim, pela baixa qualidade de seus relacionamentos, sintam-se solitárias (Perissinoto et al., 2012).

Assim, investir na avaliação de medidas para promover a saúde mental e prevenir a depressão é uma necessidade, levando em consideração a magnitude do problema e os benefícios potenciais a serem atingidos por intervenções eficazes (Forsman et al., 2011).

2.3 Arte e Saúde Mental

2.3.1 Arte e Sociedade

A expressão artística sempre esteve presente no percurso da humanidade, sendo possível determinar, pela história da arte e pelas obras deixadas ao longo do tempo, as mudanças de ciclos pelos quais o homem passou desde os primórdios até hoje. A arte tem a propriedade de narrar a trajetória humana por meio de inúmeras formas de expressão, mostrando toda a riqueza e criatividade do ser humano, esse ser que ao imprimir o contorno de sua mão sobre a rocha, começou a registrar sua identidade.

As manifestações expressivas do homem primitivo talvez tivessem apenas a intenção mágica e a crença no seu poder de realizar e apoderar-se da figura retratada, como por exemplo, os desenhos de bisões e outros animais sendo caçados, descobertos no interior de cavernas; existe a hipótese de que esses homens desenhavam antevendo a ação da caçada. Essas imagens sobreviveram e nos trouxeram amplo conhecimento do nosso passado.

Assim sendo, cada período artístico descreve por meio de imagens, esculturas, arquitetura, dança, teatro e literatura, as experiências vivenciadas por seus autores, mescladas com os acontecimentos da época.

Discute-se qual a função e a importância da arte. Ernst Fisher (1971) cita o pintor Mondrian, que afirmou: *“A arte desaparecerá na medida em que a vida adquirir mais equilíbrio”*. Para Mondrian a obra de arte seria substituída pela realidade, já que essencialmente a arte não passaria de uma compensação para o equilíbrio deficiente da realidade atual.

A arte concebida como “substituto da vida”, a arte concebida como meio de colocar o homem em estado de equilíbrio com o meio circundante – trata-se de uma ideia que contém o reconhecimento parcial da natureza da arte e da sua necessidade. Desde que um permanente equilíbrio entre o homem e o mundo que o circunda não pode ser previsto nem para a mais desenvolvida das sociedades, trata-se de uma ideia que sugere, também, que a arte não só é necessária e tem sido necessária, mas igualmente que a arte continuará sempre sendo necessária (Fisher, 1971).

Muitos consideram que grande parte das obras de arte representa o sofrimento sublimado pelo artista e de certa forma também pelo indivíduo que contempla a obra. A sublimação na arte diz respeito aos processos e experiências comuns e pouco significativas que se transmutam em algo digno e notável, exatamente o que pode acontecer quando sofrimento e arte se encontram (Botton, Armstrong, 2014).

A arte não só representa o sofrimento, mas também o êxtase, a busca pela beleza e perfeição. Os artistas buscam ainda manifestar suas opiniões, seus desejos, suas críticas, e essa arte, muitas vezes contestadora ou divina, atravessa os tempos, sendo um documento da época na qual foi realizada.

A criação artística auxilia o indivíduo a se conhecer e comunicar-se de maneira não verbal. Muitas vezes as palavras não são suficientes para expressar as emoções, e a expressão artística expõe o sentimento mais profundo de forma cristalina. A manifestação artística pode ainda acionar defesas e reações, as quais são capazes de mostrar muito mais do mundo interno do indivíduo (Botton, Armstrong, 2014).

Adotar uma visão terapêutica da arte é ter a convicção de que o aspecto essencial do envolvimento com a arte é ajudar a levar uma vida melhor – a ter acesso a uma versão melhor de si mesmo (Botton, Armstrong, 2014).

Muitas pessoas passam a vida de forma desatenta, o hábito as conduz a um estado de não observância das coisas ao redor. Suprimem elementos essenciais do mundo que tem muito a ofertar ao invés de suprimir coisas secundárias e sem muita importância (Botton, Armstrong, 2014). Quando o ser humano tem uma visão artística do mundo ou aprende a cultivá-la tende a apreciar melhor a vida em todas as suas particularidades.

2.3.2 Arte e Criatividade

A arte está intrinsecamente envolvida com a criatividade; assim, a arte não existe sem a capacidade criadora. O contexto social e cultural tem influência direta sobre a criatividade, visto que o indivíduo interage com as tradições, valores, condutas e pensamentos de seu grupo

social. A sociedade lega sua cultura através das gerações e pode evoluir por meio de suas próprias inovações e da abertura para outras culturas. Dependendo das tradições e cultura de determinado povo, pode haver amplo incentivo à criatividade ou sua completa restrição, o que acarreta efeito direto sobre o indivíduo. A criatividade, portanto, pode se expandir mais quando há possibilidade de intercâmbio e proximidade com centros industriais, tecnológicos e culturais (Lubart, 2008).

A causa principal da criatividade parece ser a mesma tendência que descobrimos a um nível profundo como a força curativa da psicoterapia – a tendência do homem para se realizar a si próprio, para se tornar no que em si é potencial. Com isso quero indicar a tendência diretriz, evidente em toda a vida orgânica e humana, de se expandir, de se estender, de se desenvolver e amadurecer. A tendência para exprimir e para por em ato todas as capacidades do organismo ou do eu. Esta tendência pode estar profundamente enterrada por debaixo de camadas psicológicas defensivas; pode esconder-se por debaixo de fachadas elaboradas que negam a sua existência; [...] essa tendência existe em todos os indivíduos e está apenas à espera das condições adequadas para se exprimir e se manifestar. É esta tendência que é a motivação primária da criatividade quando o organismo forma novas relações com o ambiente num esforço para ser mais plenamente ele próprio (Rogers, 1961).

A abertura às novas experiências é propícia à criatividade. Um indivíduo que tem interesse pela vida externa e seu mundo interno é capaz de encarar as situações novas sem ansiedade; já as pessoas mais fechadas tendem a se proteger do que é novo o que, para elas, pode representar risco potencial; dessa forma optam por permanecer em uma condição conhecida e aprovada (Lubart, 2008); entretanto, esse fechamento para escolhas diferentes e desconhecidas bloqueia o surgimento de possibilidades que poderiam ser muito positivas e representar mudanças de vida notáveis.

Estudos mostram que não há concordância na correlação entre a criatividade e os estados emocionais positivo, neutro ou negativo. Alguns estudos sugerem que o indivíduo positivo teria mais flexibilidade, fluidez (maior número de ideias), originalidade nas soluções e maior atenção, ao passo que outros estudos, inversamente, constataram que o indivíduo positivo poderia se satisfazer logo com um resultado obtido na tarefa, não procurando novas possibilidades. No entanto, estes estudos são diferentes quanto ao contexto e qualidade das testagens (Lubart, 2008). De qualquer forma, a probabilidade do humor negativo propiciar a apatia, a desmotivação e o déficit cognitivo e, conseqüentemente, menor criatividade, é considerável.

É possível dizer que há um crescente corpo de evidências de que um ativo envolvimento em atividades criativas, incluindo a arte, fornece uma ampla gama de benefícios, tais como a promoção do bem-estar, a qualidade de vida, a saúde e o capital social (Bungay, Clift, 2010).

2.3.3 Arte e saúde, Arteterapia – breve histórico

A arte tem sido utilizada na área da saúde desde o século XIX. O psiquiatra Max Simon, em 1876, realizou pesquisas sobre a expressão artística de doentes mentais, classificando as patologias segundo essas produções. O advogado criminalista Cesare Lombroso, em 1888, classificou os transtornos mentais a partir da análise psicopatológica dos desenhos de doentes mentais. A doença mental, até o último quarto do século XIX, era considerada proveniente do cérebro, mas a partir de estudos do médico neurologista Sigmund Freud e do médico Jean-Martin Charcot, os quais enfatizaram as emoções, essa associação exclusiva com o cérebro começou a sofrer alterações. Também nesse período até o início do século XX, o criminologista Enrico Ferri, que foi discípulo de Lombroso, o médico Charcot e o médico fisiologista Charles R. Richet estudaram as produções artísticas das pessoas com sofrimento psíquico.

Na última década do século XIX, designou-se uma nova categoria entre as enfermidades mentais, a demência precoce. Mais tarde, em 1911, Eugene Bleuler a reestruturou, passando a ser designada como esquizofrenia (Silveira, 1975).

Outros autores europeus, o psiquiatra e antropólogo Enrico Morselli, em 1894, o médico Júlio Dantas, em 1900, e o psiquiatra Joseph Rogues de Fursac, em 1906, estudaram as expressões artísticas de doentes mentais.

Na primeira década do século XX, o psiquiatra Fritz Mohr comparou desenhos feitos por pessoas com distúrbios mentais, pessoas normais e artistas. Percebeu que havia uma conexão entre fatos da vida dessas pessoas com suas expressões artísticas, e notou que existia a possibilidade de usar desenhos como testes para estudar diversos aspectos da personalidade. Alguns testes de personalidade utilizados até hoje tiveram a influência de Mohr, tais como o teste do psiquiatra e psicanalista Hermann Rorschach, desenvolvido por volta de 1915, do psicólogo Henry Murray, em 1935, e do psicopatologista Léopold Szondi, em 1943.

Também na primeira década do século XX, influenciados por Mohr, o pedagogo e psicólogo Alfred Binet e o psicólogo Theodore Simon conceberam testes de inteligência e, em 1926, Florence Goodenough desenvolveu o teste do desenho da figura humana e a neuropsiquiatra pediátrica Lauretta Bender publicou o teste Gestáltico Visomotor.

Em 1910, Hans Prinzhorn, psiquiatra e historiador de arte, publicou seu primeiro trabalho; o segundo livro, mais completo, *Artistry of the Mentally Ill*, foi publicado em 1922. Seu trabalho influenciou artistas como Jean Dubuffet e várias escolas: Impressionista, Expressionista, Surrealista, Dadaísta, Primitivista (Ferreira, Ciasca, 2012; Ciasca, 2009).

Ainda no início do século XX, Freud escreveu sobre artistas e suas produções. Verificou que o inconsciente se revelava mais facilmente por meio de imagens, ou seja, a mente conseguia censurar as palavras, mas era incapaz de barrar as imagens totalmente. Seria uma comunicação simbólica com função catártica; entretanto, ele valorizava a palavra mais do que a linguagem visual; para ele a verbalização dava sentido para o universo caótico das imagens.

Jung considerava a arte como parte de sua vida e, também, parte do tratamento em sua atividade profissional. Seus pacientes expressavam sonhos e conflitos por meio de desenhos; para Jung eram a representação do inconsciente individual ou mesmo do inconsciente coletivo, o qual era proveniente da cultura humana ao longo do tempo nas diversas civilizações. Ele considerava a criatividade como uma função psíquica natural da mente humana, uma função estruturante do pensamento; sendo assim, poderia ser usada como um componente da cura. Acreditava que o homem poderia organizar seu caos interior utilizando-se da arte: pintura, escultura, etc. (Ferreira, Ciasca, 2012; Ciasca, 2009; Maia, 2016).

No Brasil, na década de 20 do século passado, Osório César foi um dos pioneiros no uso da arte como recurso terapêutico em psiquiatria no Hospital do Juquerí, onde trabalhou por mais de 40 anos. Em 1923 iniciou estudos sobre as produções dos pacientes, criando, em 1925, a Escola Livre de Artes Plásticas do Juquerí. Publicou inúmeros trabalhos, entre eles: *“A Expressão Artística dos Alienados”*, *“Misticismo e Loucura”*, além de ter realizado mais de 50 exposições para divulgar a expressão artística dos pacientes com transtornos mentais. Foi casado com a artista plástica Tarsila do Amaral, convivendo, portanto, com o meio artístico. Diversos artistas brasileiros interessaram-se pela arte relacionada à psicopatologia, entre eles Flávio de Carvalho, Sérgio Milliet e Quirino da Silva.

Nise da Silveira, psiquiatra, em 1944 reiniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico D. Pedro II, no Rio de Janeiro, depois de 15 meses de reclusão por ser simpatizante das ideias de Marx. Era contra os métodos de tratamento e contenção dos doentes mentais usados na época. Em 1946 instituiu na Seção de Terapia Ocupacional a utilização da arte como meio de expressão. Percebeu que os desenhos desses pacientes apresentavam imagens e símbolos comuns a outras culturas e épocas, sendo que eles não haviam tido acesso ou conhecimento prévio dessas imagens. Correspondeu-se com Jung e este a aconselhou a estudar mitologia e religiões comparadas para encontrar a origem dos arquétipos (experiência ancestral da

humanidade simbolizada em figuras). Promoveu exposições dos trabalhos dos pacientes em 1947 e em 1949. Em 1952 criou o Museu de Imagens do Inconsciente, um importante acervo de imagens dos doentes mentais (Psychiatry on line Brasil, 2006).

Margaret Naumburg, em 1941, sistematizou a Arteterapia, baseando-se na obra de Freud: “*Novas Lições Introdutórias da Psicanálise*”. Freud comentou que os pacientes admitiam ser mais fácil desenhar um sonho do que contá-lo. As imagens apareciam antes das palavras por serem mais diretas, inteiras e completas. Naumburg denominou seu trabalho “*Arteterapia de Orientação Dinâmica*”. Dava valor à compreensão e interpretação do produto realizado. Em 1953, Hanna Yaka Kiatkowska, em Mariland, Estados Unidos, começou a trabalhar com grupos e famílias utilizando a Arteterapia. Edith Kramer, em 1958, notou que o comportamento de quem realizava o trabalho também era importante; priorizou o processo e não apenas o produto final. Janie Rhyne, em 1973, aplicou a Gestalt Terapia ao trabalho artístico; para ela a abordagem gestáltica aliada à arte auxiliaria o indivíduo, por meio da experiência criativa, a entrar em contato com seus conflitos e expressá-los, a fim de reorganizar as próprias percepções, podendo obter um melhor equilíbrio da personalidade (Andrade LQ, 2000; Ferreira, Ciasca, 2012; Ciasca, 2009).

2.3.4 Arteterapia e a abordagem “Arte como prescrição”

A função terapêutica da arte reside na possibilidade de concretização dos pensamentos, sentimentos, desejos e também de fatos da vida da pessoa por meio de recursos expressivos, os quais mobilizam diversos aspectos do ser humano: a cognição, o sistema sensório-motor, a emoção, a intuição e a espiritualidade.

Tanto na arte como nos processos terapêuticos se manifesta a capacidade humana de perceber, figurar, dimensionar e redimensionar as relações do sujeito com o mundo e do sujeito consigo mesmo. A arte facilita estes processos, pois lidamos literalmente com figuras, configurações, espaços e movimento. O espaço de criação artística possibilita ao sujeito uma ampla experiência de autonomia, de liberdade e de responsabilidade por suas próprias atitudes porque provê uma realidade alternativa na qual este sujeito é livre para experimentar o novo, eximido das consequências que o cotidiano lhe impõe (Santana, 2004).

A Arteterapia é uma abordagem terapêutica e expressiva, cujos principais pontos do trabalho são: a produção de imagens (artes plásticas ou corporais), a criação propriamente dita, a relação do indivíduo com sua produção, visto que para cada ser humano cada obra ou

imagem tem um significado único e exclusivo (Valladares, 2004). No processo de Arteterapia o paciente realiza todos estes aspectos terapêuticos da arte na presença de um terapeuta que escuta, vê e o ajuda a esmiuçar, elaborar e redimensionar os conteúdos psicológicos associados à patologia ou sofrimento psíquico (Santana, 2004).

A Arteterapia abrange diversas formas artísticas. Esses recursos expressivos auxiliam o indivíduo a comunicar suas emoções, experiências e anseios, os quais, muitas vezes, seriam de difícil expressão verbal. Esta modalidade de terapia pode auxiliar, particularmente, pessoas que estejam atravessando momentos de conflitos emocionais, existenciais ou espirituais. Assim, essa comunicação alternativa por meio da arte é uma forma de lidar com as situações, ativar os recursos pessoais e descobrir a própria capacidade de enfrentamento dos problemas. Além disso, a manifestação artística pode propiciar o relaxamento (Boehm et al., 2014).

Ao desenvolver uma produção artística o indivíduo pode entrar em contato com seus conteúdos internos; é dito aqui “pode” porque muitas pessoas encontram-se fechadas para suas próprias percepções e nem sempre conseguem de imediato essa conexão; entretanto, com o decorrer do trabalho terapêutico é possível encontrar essa ligação.

A Arteterapia não possui um arcabouço teórico próprio. Diversas teorias psicológicas e sociais podem embasar o processo e os atendimentos arteterapêuticos, tais como: psicanálise, psicoterapia analítica, Gestalt, entre outras.

O presente estudo utilizou a abordagem da “Arte como prescrição”. Um dos princípios da abordagem “Arte como prescrição” enfoca no reconhecimento de que há uma parcela da população que vive em áreas desfavorecidas economicamente, ou seja, com menor nível educacional, menor renda per capita, piores condições de moradia e atendimento médico, causando impacto maior em sua saúde e bem-estar.

No Reino Unido existem numerosos projetos que trabalham com a “Arte como prescrição” para pessoas com transtornos mentais e para pessoas em situação de isolamento social. Essa abordagem parte do princípio de que a saúde está relacionada a fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. A “Arte como prescrição” não tem como objetivo substituir terapias medicamentosas e psicoterapias, mas sim oferecer um complemento para auxiliar na recuperação, engajamento social e redução da exclusão. Na “Arte como prescrição” há um processo de encaminhamento através da Assistência Social ou dos Serviços de Saúde. É uma forma de expandir o atendimento dos cuidados primários em saúde para que as pessoas encontrem uma fonte de apoio. São oferecidas opções que disponibilizam novas oportunidades de vida, as quais tragam ou adicionem significado à vida, entre elas: práticas

criativas, novos relacionamentos e auxílio para que as pessoas assumam responsabilidade por suas vidas (Brandling, House, 2009).

O primeiro programa de “Arte como prescrição” surgiu em 1994 e oferecia uma ampla gama de atividades criativas para pessoas com depressão leve a moderada, com o objetivo de melhorar seu nível de bem-estar mental. No Reino Unido esses serviços não são necessariamente conduzidos por arteterapeutas, que trabalham com indivíduos ou pequenos grupos em quadros agudos; esses programas podem ser facilitados por artistas ou músicos e envolver grupos maiores que vivem na comunidade. As atividades podem incluir, além da criatividade e artes, atividades físicas, grupos de auxílio mútuo, aconselhamento para obter benefícios públicos e suporte jurídico (Bungay, Clift, 2010; Friedli et al., 2007).

Esses programas são disponibilizados na comunidade (associações de bairro, clubes, bibliotecas) e no terceiro setor. As atividades abrangem artes, aulas de dança, horticultura, grupos de leitura. Contudo, até mesmo no Reino Unido existe alguma dificuldade para o encaminhamento; a multiplicidade de opções é um desafio: “a ideia é simples, mas a realidade é complexa” (Brandling, House, 2009). Existem muitas questões na atenção primária para inserir esse modelo, tais como: todos os profissionais da assistência e da saúde conhecem o que existe de programas sociais na comunidade? Como pode ser feita a indicação? Qual é a evidência de que a “Arte como prescrição” é eficaz? Quais pacientes podem obter benefícios? Pode ser um caminho para evitar a medicalização excessiva da comunidade? (Brandling, House, 2009).

Foi realizado um estudo exploratório para verificar quais sujeitos eram encaminhados para a Prescrição Social e constatou-se que quase todos eram pessoas com histórico de transtornos mentais e a maioria era atendida com frequência em Unidades Básicas de Saúde; além disso, outra característica comum era a presença de duas ou mais condições sociais adversas, entre estas: pobreza, solidão, relacionamentos disfuncionais, fadiga crônica, fibromialgia, sexo feminino e histórico de três ou mais atendimentos de cuidados secundários, além do ponto em comum de não ter fácil acesso às tecnologias médicas atuais (Brandling, House, 2009).

Levando em conta que em muitos países e regiões não há acesso às intervenções tradicionais, a arte, em toda e qualquer modalidade, pode ser terapêutica.

2.3.5 Intervenções em Arteterapia

Intervenções utilizando a arte como terapia, ou Arteterapia, têm sido empregadas em faixas etárias variadas e em inúmeros contextos, tais como: educação, promoção social, cultura; porém serão citados aqui apenas exemplos de estudos na área da saúde, principalmente relacionados à depressão ou que tenham a depressão como comorbidade.

Um estudo piloto investigou a eficácia da Arteterapia na melhora do desempenho cognitivo de 24 idosos hispânicos, latino-americanos, acima de 60 anos (idade média: 75 anos), residentes nos Estados Unidos, frequentadores de um centro de convivência. A pesquisa constou de um programa quasi-experimental de 12 sessões de Arteterapia, semanalmente. Para avaliar foram usados o Teste do Desenho do Relógio e o Questionário de Falhas Cognitivas (*Cognitive Failures Questionnaire – CFQ*) antes e após o programa. Foi utilizado um método de intervenção em Arteterapia para facilitar o planejamento e monitoramento das atividades de estimulação cognitiva, ao mesmo tempo em que incentivava a interação entre os participantes. As conclusões sugeriram que a Arteterapia pode ser benéfica para melhorar a autopercepção das próprias habilidades cognitivas, além de contribuir positivamente para o desempenho cognitivo geral (Alders et al., 2010).

Um estudo quasi-experimental, n=50, aplicou em adultos com diagnóstico de câncer uma sessão de Arteterapia com uma hora de duração, com o objetivo de avaliar a dor e outros sintomas comuns a pacientes internados. Foram utilizadas as seguintes escalas: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton e Índice de Spielberger Ansiedade Traço-Estado antes e após a Arteterapia, além de questões abertas, as quais avaliaram as percepções dos sujeitos sobre a experiência. Foram observadas reduções estatisticamente significativas em oito dos nove sintomas medidos pela Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, incluindo a pontuação global de aflição, bem como diferenças significativas na maioria dos domínios medidos pelo Índice de Spielberger Ansiedade Traço-Estado. Os indivíduos, predominantemente, expressaram conforto e desejo de continuar a terapia (Naines et al., 2006).

Outro estudo randomizado foi desenvolvido com 41 mulheres entre 39 e 69 anos, com diagnóstico de câncer de mama não metastático. O primeiro grupo passou por sessões individuais de Arteterapia com duração de uma hora, semanalmente, o que ocorreu após o tratamento de radioterapia pós-operatória. O GC era composto por 21 mulheres que não receberam intervenções. O artigo enfoca a evolução dos recursos de enfrentamento, medidos pelo Inventário de Recursos de Enfrentamento, antes do início do tratamento radioterápico, 2

meses e 6 meses após o início. No final do estudo concluíram que houve um aumento global dos recursos de enfrentamento entre as mulheres depois de participarem da intervenção em Arteterapia. Foram observadas diferenças significativas no domínio social entre os grupos estudo e controle na segunda e terceira avaliações. Diferenças significativas também foram notadas no escore total da segunda avaliação. Em outro estudo realizado com mulheres idosas com câncer de mama, a intervenção com Arteterapia auxiliou na melhora psicológica e no bem-estar geral, diminuindo os estados emocionais negativos e reforçando os positivos (Öster et al., 2006; Puig et al., 2006).

Um estudo de 2010 (Slayton et al.), continuando uma revisão de 1999 (Reynolds), identificou estudos entre 1999 e 2007 que mediram os resultados da eficácia da Arteterapia, e sugeriram que há pequena consistência de dados quantitativos para corroborar a alegação de que a Arteterapia é eficaz no tratamento de vários transtornos, sintomas e em diferentes faixas etárias.

Em 2011 foi realizada uma revisão sistemática em Arteterapia, pesquisando o manejo dos sintomas em adultos com câncer. Nesses estudos foram utilizadas diversas medidas de avaliação de resultados, como: questionários, entrevistas, produções dos pacientes, amostras de saliva para medir estresse e narrativa dos terapeutas sobre as sessões. Não foi possível medir o tamanho do efeito devido à heterogeneidade dos estudos. Concluíram que Arteterapia é uma abordagem psicoterapêutica que tem sido usada em adultos com câncer para auxiliar no manejo dos sintomas referentes à doença e no tratamento e, além disso facilitar o reajustamento psicológico concernente à incerteza, mudança, perda e sobrevivência (Wood et al., 2011).

Outra revisão sistemática e meta-análise examinou a Arteterapia em relação à ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama. Foram pesquisadas as bases de dados Cochrane, Pubmed e Google Acadêmico desde o início das bases de dados até janeiro de 2012. Dos 318 títulos e resumos identificados e selecionados, foram incluídos treze estudos com 606 participantes. As terapias abrangeram diversos tipos de Arteterapia, dança, musicoterapia, movimento. Os métodos empregados tiveram grande variação na qualidade, de pobre a alta. Os resultados obtidos sugerem que as terapias artísticas parecem afetar positivamente a ansiedade dos pacientes, mas não a depressão ou a qualidade de vida. Não foi possível tirar conclusões quanto aos efeitos da Arteterapia em relação à dor, à avaliação funcional, ao enfrentamento. Todavia essa revisão indicou que as intervenções artísticas podem ter efeitos benéficos sobre a ansiedade em pacientes com câncer de mama (Boehm et al., 2014).

A Arteterapia é reconhecida como sendo benéfica desde meados do século passado, e tem sido empregada, como já mencionado anteriormente, em diversos contextos na área da saúde: com pacientes com doenças crônicas, deficiências físicas, câncer, doenças psiquiátricas, etc., na área educacional, na área social e em todas as faixas etárias (Boehm et al., 2014). Entretanto, embora sua eficácia, a Arteterapia é extremamente subutilizada; uma das razões poderia ser a carência de pesquisas. Foi realizado um estudo que tentou detectar as razões pelas quais a Arteterapia não é utilizada como poderia ser. As questões submetidas a várias instituições foram: a) falta de arteterapeutas ou instrutores; b) falta de interesse ou demanda por funcionários ou pacientes; c) falta de apoio pessoal ou administração; d) falta de financiamento. Esse estudo não obteve resultado para estas questões por não encontrar pessoas capazes de responder o questionário. Chegaram à conclusão de que, apesar da Arteterapia apresentar benefícios para diversas populações, é subutilizada por razões desconhecidas até o momento da finalização deste estudo (Bitonte, De Santo, 2014).

2.3.6 Arteterapia e Depressão

Como o ser humano sempre buscou o bem-estar em todos os aspectos da vida, inúmeras pesquisas têm sido produzidas para evitar o sofrimento e proporcionar uma vida plena e produtiva para as pessoas de todas as idades.

A Arteterapia é uma intervenção que tem demonstrado diminuir a depressão em idosos por permitir-lhes expressar seus sentimentos de tristeza e perda (Johnson et al., 2006). A Arteterapia pode encorajar os pacientes a expressar e entender as emoções através da expressão artística e processos criativos. Fornece uma visão crítica sobre as emoções, pensamentos e sentimentos, aumenta o empoderamento e a autoconsciência, pode melhorar a autoestima e reduzir o estresse. O movimento, a música e a dança também são usados para expressar e lidar com sentimentos e experiências de vida. Esses recursos expressivos ajudam a desenvolver habilidades de comunicação, a melhorar a coordenação motora, a manter o equilíbrio, além de encorajar os pacientes idosos com déficits físicos a desenvolver uma autoimagem positiva (Canuto et al., 2008).

Um estudo para idosos com depressão leve a moderada, que constava de três modalidades: Arteterapia, caminhada no jardim (Jardim Japonês) e caminhada no jardim com imaginação dirigida, com duração de seis semanas, avaliou o efeito destes procedimentos através de entrevistas e das histórias pessoais de tristeza e alegria, antes e após o término do estudo, e concluiu que as três modalidades auxiliaram os participantes depressivos

(McCaffrey, 2007; McCaffrey et al. 2011)). Em um trabalho de enfermagem psicossocial, a Arteterapia auxiliou a cumprir muitas metas, como a recuperação ou a instilação da esperança em pacientes depressivos, além de melhorar a qualidade do tratamento, aumentando a expressão verbal e facilitando a percepção das questões dos pacientes (Tate, Longo, 2002).

Uma revisão sistemática de 2015, com o intuito de avaliar a evidência para eficácia clínica e a relação custo-benefício da Arteterapia em pessoas com até 65 anos com transtornos mentais não psicóticos (depressão, ansiedade e fobias), realizou pesquisas bibliográficas abrangentes em bases de dados relacionadas à saúde, desde o início até maio 2013 (Uttley et al., 2015). Em estudos quantitativos (n=777), sendo quinze deles randomizados, não foi possível realizar meta-análise pela heterogeneidade clínica e dados de comparação insuficientes nos desfechos dos estudos. A síntese narrativa desses estudos descreve que a Arteterapia foi relacionada com mudanças positivas significativas nos sintomas, em relação aos grupos controle, em dez dos quinze estudos.

Os grupos controle variaram entre lista de espera ou nenhum tratamento, controle placebo e comparação com psicoterapias. No entanto, a qualidade dos ensaios clínicos randomizados incluídos em geral foi baixa (Uttley et al., 2015).

Dos estudos qualitativos, doze foram incluídos (n=188 usuários do serviço; n=16 prestadores de serviços). A qualidade desses estudos foi, em geral, de baixa a moderada.

A limitada evidência indicou que os pacientes que receberam Arteterapia tiveram melhora significativa em quatorze dos quinze estudos clínicos randomizados. Em dez desses estudos, a Arteterapia mostrou resultados significativamente melhores no grupo que recebeu Arteterapia em relação ao controle. Em quatro estudos a aplicação da Arteterapia resultou em uma melhora da linha de base do grupo intervenção, mas não foi significativamente maior do que no GC. E em um estudo, os resultados foram melhores no GC do que no grupo de Arteterapia (Uttley et al., 2015).

Os domínios relevantes em saúde mental abordados nos estudos foram depressão, ansiedade, trauma, aflição, qualidade de vida, enfrentamento, cognição e autoestima. Foram relatadas melhoras em cada um desses aspectos, exceto cognição. Entretanto, os estudos que se classificaram para a inclusão foram poucos; apesar de um grande número de registros de pesquisas em Arteterapia, muito poucos estudos foram controlados e randomizados. Esses estudos geralmente mostram lenta adesão ao modelo de pesquisa médica baseada em evidência. Além disso, os tamanhos das amostras eram pequenos e não foi possível identificar os efeitos da Arteterapia na comparação entre esses estudos.

Não há ensaios clínicos randomizados em larga escala em Arteterapia relacionada a doenças mentais não psicóticas, e a eficácia da Arteterapia é desconhecida quando comparada com outros tratamentos normalmente usados para transtornos mentais (Uttley et al., 2015).

2.3.7 Arteterapia para Idosos

Atualmente percebe-se a importância de prolongar a vida, mas igualmente garantir que esta seja agradável, pois viver com doenças e incapacidades deixa de ser uma conquista para se transformar em um fardo. Cada pessoa tem uma maneira específica de avaliar o que é “qualidade de vida”, mas alguns dos fatores determinantes para essa percepção positiva a respeito da própria vida são: autoestima, saúde adequada para a idade, estado emocional positivo, interação social, autonomia e independência, bom suporte familiar e social, satisfação com as atividades diárias.

Valorizar as experiências de vida e encontrar objetivos é imprescindível para o bem-estar. Muitas pessoas idosas percebem a importância de transformar sentimentos e atribuir novos significados para as suas vivências. Para tanto, a Arteterapia pode se aplicar a essa etapa da vida, trazendo o reconhecimento de si, o que pode gerar melhora da autoestima.

O idoso é tão criativo quanto qualquer pessoa, desde que tenha a oportunidade e se sinta acolhido para se expressar, o que pode ser essencial na recuperação e manutenção da sua saúde psíquica e emocional, através da imersão nos conteúdos muitas vezes inconscientes, capazes de liberar afetos, e assim tendo o ensejo de elaboração (Coutinho, 2008). A Arteterapia oferece recursos para que durante o processo terapêutico seja desenvolvida outra forma de ver as situações, a qual leve as pessoas a assumir novas atitudes e ressignificar a própria vida; além disso, auxilia os profissionais na compreensão dos conteúdos emocionais trazidos pelos pacientes, que ganham contornos únicos na velhice. Os processos terapêuticos trazem não só o prazer, mas também a dor: “o pressuposto é o incômodo e o caos, alimentadores de mudanças” (Fabiatti, 2004).

2.3.8 Intervenções com Imaginação Dirigida e Relaxamento

O uso de imagens mentais para o controle da dor e para a indução ao relaxamento é descrito já na antiga medicina da China, do Egito e da Índia como uma forma de estabelecer uma comunicação entre a percepção sensorial, a emoção e a modificação corporal (Leão, Silva, 2004). É uma técnica cognitiva que evoca e estimula os sentidos: visão, olfato, audição,

tato. Estes sentidos, em conjunto ou individualmente, produzem alterações regenerativas no corpo e na mente. A imaginação dirigida é um programa de instruções que tem como objetivo auxiliar as pessoas a adquirirem um estado mental e físico por meio do relaxamento muscular e da sugestão de imagens mentais positivas, de forma a atenuar o desconforto associado aos transtornos do humor (Apóstolo, Kolkaba, 2009); além disso, é também muito utilizada em pacientes que sofrem com dores crônicas e desconfortos provenientes de tratamentos (Leão, Silva, 2004). A imaginação dirigida pode agir na mudança do foco da experiência da dor, que em geral ocupa a atenção do indivíduo, provocando um deslocamento atencional para imagens mentais mais agradáveis, com a finalidade de obter resultados terapêuticos. Esse efeito é explicado como indução de relaxamento, liberação de endorfinas e distração (Leão, Silva, 2004). É considerada uma potente intervenção psicológica no alívio da dor e na melhora da depressão, o que se dá ao induzir a imaginação para imagens agradáveis, as quais podem afetar a pessoa positivamente. Essas imagens mentais geralmente são geradas a partir das instruções de outra pessoa, como por exemplo, terapeuta, psicólogo, enfermeiro ou outro profissional habilitado.

Como geralmente ocorre em indivíduos deprimidos, a frequência de pensamentos negativos, a apatia e a empobrecida atividade física e mental impedem que a pessoa saia do círculo vicioso: pensamentos negativos, reclamações, lamentações e situações negativas. A imaginação dirigida auxilia a quebrar a sequência de pensamentos rígidos e automáticos, rumações, sentimentos de menos-valia, rejeição, tristeza e perdas. Esta técnica proporciona um elo entre mente e corpo, provocando a partir da emoção positiva respostas psicológicas, fisiológicas e comportamentais mais adequadas e funcionais.

Uma revisão sistemática apoiada na suposição de que as imagens mentais estão especialmente relacionadas com a emoção e devido a isso são consideradas relevantes para a psicopatologia, teve como objetivo esclarecer pontos importantes; para tanto, foi dividida em quatro seções: 1) estudar as evidências de que as imagens podem influenciar diretamente os sistemas emocionais cerebrais, os quais levam às sensações. 2) mostrar evidências de que as imagens mentais realmente evocam mais respostas emocionais do que a representação verbal. 3) apresentar um modelo que contrapõe a geração de representações baseadas na linguagem com as representações por meio de imagens mentais, e mostrar os diferentes efeitos nas emoções, nos comportamentos e nas crenças. 4) com base na revisão feita anteriormente, discutir o papel da imaginação nos transtornos emocionais e de que forma poderia ser utilizada em terapias. Concluiu-se que as imagens podem realmente trazer mais respostas emocionais do que a representação verbal de um mesmo evento. As imagens podem

influenciar o comportamento quando percebidas como realidade ou ainda, mesmo quando são distinguidas da realidade, podem provocar uma experiência sensorial imediata que não acontece em outras formas de representações, como a verbal. Dessa forma as imagens mentais atuam como amplificadoras emocionais, tanto em estados emocionais positivos quanto negativos e em diversos transtornos emocionais (Holmes, Mathews, 2010).

Um estudo teve o intuito de testar a hipótese derivada da teoria cognitiva de Beck, a qual preconiza que a diminuição de pensamentos negativos alivia a depressão. Para reduzir a incidência de pensamentos negativos e avaliar a melhora da depressão, este estudo utilizou duas estratégias cognitivas de enfrentamento: indução a imagens agradáveis e uma tarefa de distração. Constatou-se que a visualização de imagens agradáveis foi mais efetiva em aliviar a depressão do que as tarefas de distração (Skeie et al., 2010).

Outro estudo com duração de quatro semanas, utilizou três modalidades de intervenção para avaliar a eficácia de cada uma em relação à dor: um grupo recebeu treinamento de relaxamento e imaginação dirigida com imagens agradáveis (“*Pleasant Imagery*” – PI), a fim de provocar a distração da experiência da dor (n=17). Outro grupo recebeu treinamento de relaxamento e imagens com foco ativo nos sistemas da dor (“*Attention Imagery*” – AI) (n=21). O GC recebeu tratamento medicamentoso usual (n=17). Os pacientes também receberam aleatoriamente 50 mg de amitriptilina por dia ou placebo. A classificação de dor diária foi utilizada por quatro semanas como medida de resultado. Foram encontradas diferenças significativas em relação à dor entre as três condições: a imaginação dirigida com imagens agradáveis – PI teve resultado significativo na redução da dor quando comparada ao GC (p <0,005). O grupo de imagens com foco ativo nos sistemas da dor – AI não diferiu do GC (p <0,05). A amitriptilina não apresentou diferença quando comparada ao placebo, talvez pela curta duração do estudo (p= 0,98) (Fors et al., 2002).

No presente estudo, Arteterapia e Depressão, o relaxamento e a imaginação dirigida foram utilizados com a finalidade de auxiliar as participantes a desviar a atenção das preocupações e dos pensamentos depressivos, induzir e sugerir pensamentos mais agradáveis, focalizar o momento presente e interiorizar a atenção para os sentimentos, além de prepará-las para o trabalho artístico, o que se deu por meio do discurso relacionado ao tema abordado durante o relaxamento em cada oficina e da música utilizada para acompanhar esse discurso. Dessa forma a utilização da imaginação dirigida associada ao trabalho artístico buscou a transformação da visão de mundo, a compreensão de fatos e situações passadas, com a finalidade de integrá-las positivamente como experiências de vida.

3. JUSTIFICATIVA

A arte sempre esteve presente no desenvolvimento do ser humano, haja vista a importância do ensino da arte na grade curricular da educação infantil e fundamental no Brasil e em diversos países.

A Arteterapia une a psicoterapia e a arte. Apresenta-se como uma alternativa que se aplica a todas as populações e, principalmente, a indivíduos que não se adaptam à psicoterapia verbal, facilitando a comunicação entre paciente e terapeuta por auxiliar a emergência de aspectos da personalidade e situações ou fatos da vida do paciente, para que possam ser trabalhados. Além disso, proporciona a aquisição de novas habilidades.

Intervenções em Arteterapia têm por objetivo promover um contexto terapêutico com a particularidade de utilizar a expressão plástica para facilitar o autoconhecimento, a autoestima e a autoaceitação.

A depressão atinge aproximadamente 5% dos indivíduos com 60 anos ou mais, e entre 8% e 16% da população dessa faixa etária têm sintomas subsindrômicos (Park, Unützer, 2011). As mulheres têm maior prevalência de depressão durante a vida do que os homens e são sujeitas a mais fatores de risco para a depressão (Ferreira, Bottino, 2012).

Existem evidências de que sessões de Arteterapia podem contribuir para a melhora em parâmetros psicológicos de diferentes patologias, mas são necessários mais estudos controlados, com medidas quantitativas e voltados para diferentes doenças. Nesse sentido o estudo proposto busca avaliar os efeitos de 20 sessões de Arteterapia em variáveis de humor, cognitivas e de funcionalidade como uma terapia complementar no tratamento de idosas com depressão que fazem uso de medicação.

3.1 HIPÓTESE

Idosas com depressão em tratamento farmacológico, submetidas a 20 sessões de Arteterapia, semanalmente, apresentam melhora no humor, cognição e funcionalidade.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar quantitativamente o efeito de 20 sessões de Arteterapia em idosas com depressão em tratamento farmacológico.

4.2 Objetivos específicos

1. Avaliar se 20 sessões de Arteterapia em idosas com depressão trazem benefícios para sintomas de depressão e ansiedade.
2. Avaliar se 20 sessões de Arteterapia em idosas com depressão trazem benefícios para aspectos cognitivos e funcionalidade.

5. MÉTODO

Este foi um estudo randomizado, controlado e com avaliadores cegos que ocorreu no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, no Brasil.

Para participar do estudo foram adotados os seguintes **critérios de inclusão**: ter o diagnóstico de TDM pelo menos uma vez na vida segundo o DSM-V, ser do sexo feminino, ter 60 anos ou mais, ser alfabetizada e concordar em participar do estudo devidamente aprovado e autorizado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP-HCFMUSP sob o número do parecer 211.133/13 de 06 de março de 2013. Este estudo foi registrado na OMS sob o número UTN: U1111-1192-1365 no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob o número RBR-3x2vj6. Todas as participantes assinaram no início do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Além disso, as participantes deveriam estar em tratamento medicamentoso para depressão, estáveis na medicação no tipo e na dose do medicamento, do início ao término do estudo, com base na percepção de que a melhora principal dos sintomas já tinha sido alcançada com esta dose, com os menores efeitos colaterais possíveis. As pacientes poderiam estar acima do ponto de corte das escalas de depressão. Deveriam também, estar disponíveis para participar de todas as avaliações e intervenções programadas.

Os **critérios de exclusão** foram: dificuldades cognitivas sugestivas de demência, definidas por uma pontuação no teste Miniexame do Estado Mental – MEEM (Folstein et al., 1975; Brucki et al., 2003), abaixo de 25 pontos para pessoas com 1 a 4 anos de escolaridade e abaixo de 27 pontos para pessoas com 5 anos ou mais de escolaridade; os escores do MEEM, variam de 0 a 30 pontos. Quanto menor o escore MEEM, maior é o comprometimento cognitivo. A dependência química, doença clínica degenerativa ou associada à alta morbidade e mortalidade também foram critérios de exclusão.

5.1 Amostra do estudo

Foi escolhido para este estudo o gênero feminino por ter maior prevalência de depressão que o gênero masculino, como também maior evolução de sintomatologia e recorrência (Park e Unützer, 2011; Ferreira e Bottino, 2012; Taylor, 2014).

As mulheres em geral têm a característica de procurar mais por serviços de atenção à saúde do que os homens; além disso, entre os idosos, as mulheres têm maior nível de atividade social do que os homens (Batistoni et al., 2010; Gameiro, 2104) tendo, portanto, a

possibilidade de maior aderência ao tratamento proposto. A faixa etária eleita para o estudo, sessenta anos ou mais, tem suas características particulares, como maiores dificuldades sociais, aumento do risco de doenças, perda da funcionalidade mais acelerada, sendo assim maior risco para depressão (Bruce et al., 2004; Lapierre et al., 2011; Samad et al., 2011; Andreescu, Reynolds, 2011; Cooper et al., 2011; Kiosses et al., 2011; Taylor, 2014).

A alfabetização, embora não essencial para o trabalho arteterapêutico, foi requerida neste estudo para melhor compreensão das escalas de avaliação.

5.2 Aspectos Éticos do Estudo

Todos os indivíduos convidados a participar do estudo foram informados sobre os objetivos e procedimentos do mesmo. As participantes assinaram na presença do entrevistador o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/MS) e no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob o número RBR-3x2vj6.

A identidade dos participantes e as informações obtidas são absolutamente confidenciais. Todos os participantes foram assegurados das possibilidades de interrupção de sua participação no estudo a qualquer momento, se assim desejassem.

5.3 Procedimento

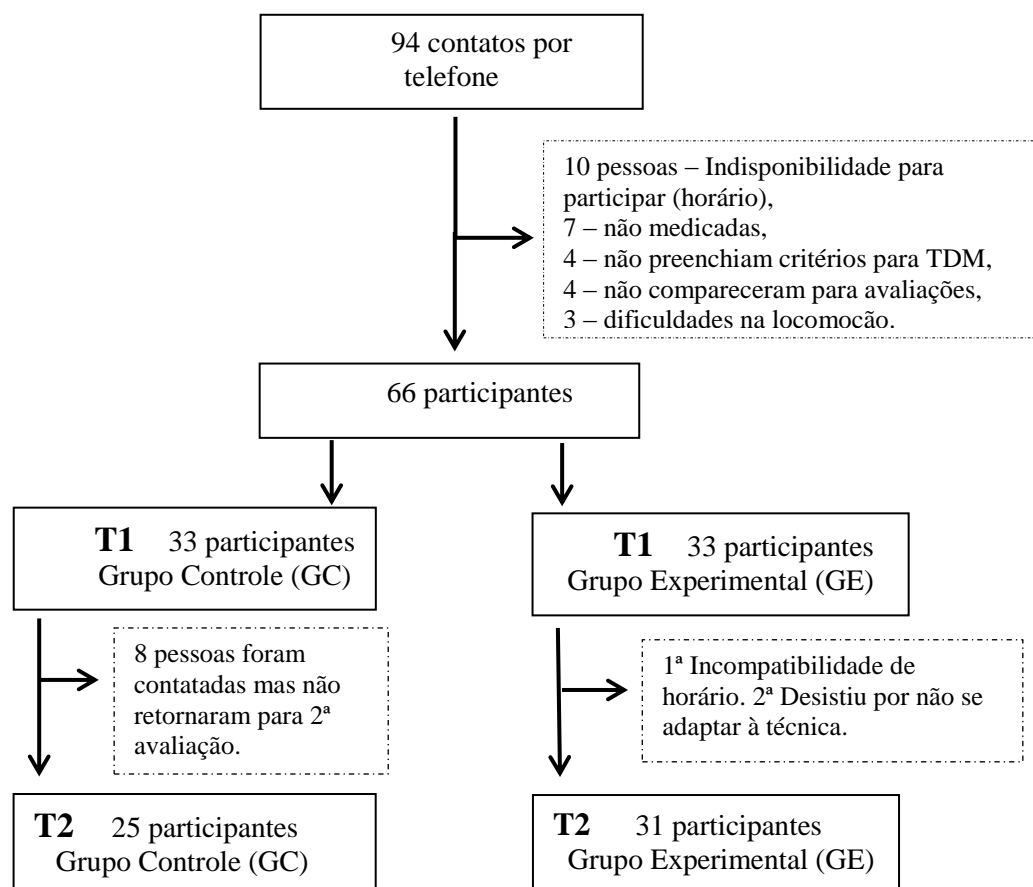
As participantes foram recrutadas no ambulatório do Laboratório de Investigações Médicas – LIM-27 do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – IPq-FMUSP, no grupo de psicoterapia para cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer, pela assessoria de imprensa do IPq e por meio de mídia impressa (Jornais de bairros: Jornal do Cambuci e Aclimação, Jornal da Zona Sul e Gazeta de Pinheiros) e mídia digital (site do IPq e Portal da Terceira Idade – www.portalterceiraidade.org.br).

Foi realizado contato inicial com 94 pessoas para a primeira triagem (ver fluxograma abaixo, figura 1). Foram excluídas 28 pessoas por não preencherem os critérios de inclusão. As 66 pessoas selecionadas foram entrevistadas por um psiquiatra com o *Structured Clinical Interview* (SCID) para confirmação do Diagnóstico de TDM segundo os critérios do DSM-V. Nenhuma destas participantes atendia aos critérios de exclusão. As participantes que

preencheram os critérios de inclusão foram informadas de que haveria um sorteio que as alocaria aleatoriamente em dois grupos, o GE e o GC, e a partir desse momento não haveria mudança de grupo.

Para randomizar as participantes, obteve-se a ordem de entrada do estudo para cada grupo de 22 pessoas por semestre. Os números ímpares foram o Grupo Controle (11 pacientes) e mesmo números constituíram o Grupo Experimental (11 pacientes).

Figura 1: Fluxograma – Grupo Experimental e Grupo Controle



Todas as pessoas do GE e do GC foram submetidas à mesma bateria de testes padronizados em dois momentos de avaliação: uma semana antes da intervenção (Tempo 1) e uma semana após a intervenção (Tempo 2). As avaliações foram realizadas por pesquisadores cegos quanto à condição experimental das participantes e treinados para aplicar os protocolos. As avaliações foram individuais com média de tempo de aplicação de 45 minutos cada.

As participantes alocadas para o GE tiveram a oportunidade de participar de 20 sessões de Arteterapia, enquanto o GC passivo participou apenas da avaliação inicial e final, e não

recebeu nenhuma intervenção psicológica ou cognitiva entre as duas avaliações. Entretanto, todas as idosas do GC foram informadas previamente que, para quem desejasse, seriam oferecidas quatro oficinas no encerramento do experimento (essas quatro oficinas não foram incluídas no estudo).

5.4 Instrumentos

Dados Sociodemográficos: questionário que incluiu idade, escolaridade, estado civil, renda, local de residência.

Questionários sobre saúde geral: medicações utilizadas, número de episódios depressivos e presença de outras doenças além da depressão.

Avaliação de Depressão e Ansiedade:

- **Escala de Depressão Geriátrica – GDS 15** (Yesavage, 1983; Almeida OP, Almeida SA, 1998): A Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida de Yesavage é um teste amplamente utilizado e validado como instrumento diagnóstico e para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas afirmativas / negativas sobre satisfação e esperança em relação à vida, fadiga, memória. O escore maior que 5 indica depressão e igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave; quanto maior a pontuação, mais grave a depressão. Foi considerado como ponto de corte na escala GDS = 5.
- **Escala Beck Depressão (BDI)** (Beck, Steer, 1987): A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck consiste em um questionário de autorrelato com 21 itens de múltipla escolha. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a gravidade de episódios depressivos. Na sua versão atual, o questionário é desenhado para pacientes acima de 13 anos de idade, e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos, como desesperança, irritabilidade, culpa ou sentimentos de estar sendo punido, além de sintomas físicos como: fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, e o indivíduo deve sinalizar a que mais se assemelha com seu estado mental. O escore total é 84 e quanto maior a pontuação, mais grave a depressão. Foi considerado como ponto de corte = 12.

Tabela – Pontuação e classificação do Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Pontuação	Classificação
0-7 pontos	Depressão Mínima
8-15 pontos	Depressão Leve
16-25 pontos	Depressão Moderada
26-63 pontos	Depressão Grave

Traduzido e adaptado de Beck et al., 1988 por Cunha, 2001

- **Escala Beck Ansiedade (BAI)** (Beck, Steer 1990): A Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck é um questionário de autorrelato com 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a gravidade da ansiedade de um indivíduo. A Beck A consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade, como: sudorese, tremor, medo e sentimentos de angústia. O escore total é 84. Foi considerado como ponto de corte = 12 – ansiedade acima de 12 pontos.

Tabela – Pontuação e classificação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Pontuação	Classificação
0-7 pontos	Ansiedade Mínima
8-15 pontos	Ansiedade Leve
16-25 pontos	Ansiedade Moderada
26-63 pontos	Ansiedade Grave

Traduzido e adaptado de Beck et al., 1988 por Cunha, 2001

Avaliação de Aspectos cognitivos:

As escalas escolhidas para a avaliação da cognição tiveram como principal função detectar comprometimento cognitivo, demências e outros aspectos que pudessem comprometer a participação no processo arteterapêutico, e como segunda função, verificar se haveria algum ganho na cognição com as oficinas de Arteterapia.

- **Miniexame do Estado Mental – MEEM** (Folstein, 1975): é um teste de rastreio cognitivo de fácil aplicação, que avalia as seguintes funções cognitivas: orientação temporal e espacial, atenção, cálculo, memória imediata, evocação, habilidade visuoespacial e linguagem. O

MEEM tem escore que varia de 0 a 30 pontos. Os escores sugestivos de comprometimento cognitivo por escolaridade são: < 20 pontos para analfabetos, < 25 pontos para 1 a 4 anos de escolaridade, < 27 pontos para 5 ou mais anos de escolaridade (Folstein, 1975; Brucki et al., 2003). Quanto menor o escore, maior o comprometimento cognitivo.

- **Teste do Desenho do Relógio – TDR** (Sunderland, 1989): é um instrumento de rastreio cognitivo que avalia funções executivas, habilidades visuoespaciais e construtivas. O teste do desenho do relógio pode ser executado de maneira rápida e objetiva, através da solicitação do examinador para que o paciente desenhe numa folha de papel um relógio circular numerado com as horas, em seguida marque os ponteiros indicando um determinado horário. Para a pontuação do teste do desenho do relógio adotamos os escores de Sunderland et al. (1989), que variam de 0 a 10 pontos, sendo 10 a pontuação máxima.

- **Teste de Fluência Verbal – categoria animal** (Newcombe, 1969): avalia as funções executivas, capacidade de busca e recuperação de dados, habilidades de organização, autorregulação e memória operacional. O teste consiste em solicitar ao entrevistado que diga o maior número possível de animais (categoria semântica) em um minuto, divididos em intervalos de 15 segundos. Pontos de corte: < 9 pontos para analfabetos, < 12 pontos para 1 a 7 anos de escolaridade e < 13 pontos para 8 anos ou mais de escolaridade (Brucki, Rocha, 2004).

- **Trilhas A** (Army, 1944): Fornece um índice de medida para avaliação de diversas funções cognitivas, entre elas a atenção sustentada, flexibilidade cognitiva, funções executivas, habilidade de sequência e velocidade motora. Inicialmente é feito um teste para ligar pontos de 1 a 8 e a seguir o teste para unir pontos de 1 a 25; a pontuação é calculada de acordo com a idade e tempo empregado para concluir o teste.

Avaliação de funcionalidade e qualidade de vida:

- **Escala Breve de Funcionamento – FAST:** A Escala FAST é um instrumento simples e autoaplicável que avalia 6 áreas específicas do funcionamento, importantes no cotidiano: autonomia, trabalho, cognição, finanças, relações interpessoais e lazer; é apresentada em 24 frases com pontuação de 0 a 3 que avaliam o grau de dificuldade em cada situação, sendo 0 nenhuma dificuldade e 3 imensa dificuldade, atingindo no máximo 96. Neste teste quanto maior a pontuação, maior a dificuldade na área do funcionamento (Cacilhas, 2008).

Avaliação Visuoconstrutiva:

- **Figura Complexa de Rey** (Rey, 1958): O Teste da Figura Complexa de Rey permite avaliar as habilidades de organização visuoespacial, planejamento e desenvolvimento de estratégias, bem como memória. A Figura Complexa de Rey consiste em uma figura geométrica complexa composta por um retângulo grande, bissetores horizontais e verticais, duas diagonais e detalhes geométricos adicionais interna e externamente ao retângulo grande. O examinando é solicitado a copiar a figura e depois, sem aviso prévio, é solicitado a reproduzi-la de memória após 30 minutos. Podem ser avaliadas tanto a memória imediata como a memória tardia. O desenho é apresentado horizontalmente e o examinando deve copiá-lo em uma folha em branco. Pode ser utilizado lápis de cores diferentes para a cópia da figura; o examinador indica o momento da troca da cor de lápis de acordo com a sequência dos elementos copiados. O objetivo desta troca de lápis é observar a sucessão dos elementos copiados e avaliar a capacidade de desenvolvimento de estratégia do examinando. Quanto mais alta a pontuação, melhor a avaliação. Cada linha da figura indica *localização* e *precisão*, pontuando um ou dois pontos dependendo do acerto em cada um desses itens, e o cálculo é feito por meio de uma tabela considerando idade e pontuação. A pontuação máxima da figura é 36 e o escore do teste varia de inferior = abaixo de 23 até superior = 36.
- **Evocação da Figura de Rey** (Rey, 1958): Após aproximadamente 30 minutos, o examinador solicita que o participante faça a figura de Rey de memória.

5.5 Programação e Descrição das Oficinas de Arteterapia

Oficinas com formato semelhante foram utilizadas com regularidade nos atendimentos semanais de 2008 a 2014 no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, de 2007 a 2012 no PROAD-UNIFESP (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes) e atualmente no consultório da pesquisadora executante. Estas oficinas podem ser utilizadas tanto para Arteterapia individual como em grupo, com boa aderência e receptividade dos participantes.

As oficinas foram realizadas no ateliê do Hospital-dia do IPq – FMUSP. As pacientes do GE foram atendidas nas oficinas pela pesquisadora executante com formação em Arteterapia ao longo de 20 sessões, semanais, de noventa minutos cada uma. A intervenção de Arteterapia do GE ocorreu em 3 grupos de 11 pessoas cada; entretanto, as oficinas colocaram o foco no indivíduo, ou seja, cada pessoa foi orientada a trabalhar em sua própria produção durante a sessão.

As oficinas de Arteterapia promovem um contexto terapêutico com a particularidade de

utilizar a expressão não verbal no primeiro momento para facilitar o autoconhecimento, a autoestima e a autoaceitação. Foram utilizadas técnicas que abordaram temas com a finalidade de proporcionar reflexões quanto à adaptação aos reveses da vida, tais como perdas, ressentimentos, solidão, sentimentos de impotência, e também para melhorar a sociabilização. Como parte importante para a realização das oficinas foram exercitadas também técnicas de Relaxamento e Imaginação Dirigida, com o objetivo de promover o reconhecimento e controle das tensões e emoções.

Todas as oficinas constaram de quatro partes:

- Acolhimento (duração de, aproximadamente, 5 minutos): momento no qual as idosas entravam na sala e se preparavam para iniciar o trabalho.
- Relaxamento e Imaginação Dirigida (duração de 5 a 10 minutos): a arteterapeuta solicitava que se desligassem dos pensamentos cotidianos, respirassem tranquilamente para obterem mais serenidade e então, ao som de uma música específica para cada sessão, era iniciada a condução do relaxamento e Imaginação Dirigida, relacionada com o que seria proposto como tema da produção artística.
- Produção artística (duração de, aproximadamente, 60 minutos): com os materiais já dispostos à frente das participantes, era iniciado o trabalho.
- Compartilhamento (duração de 15 a 20 minutos): cada uma das idosas era convidada a expressar verbalmente suas reflexões e sentimentos acerca de sua produção. A verbalização após a expressão plástica foi importante para que as participantes pudessem elaborar o que emergiu durante a atividade artística, com a escuta de todo o grupo e da arteterapeuta, que pôde colaborar no entendimento da produção. As produções eram entregues para as participantes no final de cada oficina.

Todo o material artístico e expressivo utilizado nas oficinas foi fornecido pela pesquisadora executante. As oficinas completas estão descritas no anexo.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20 para Windows (SPSS, Inc. Chicago, IL). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. Como o pressuposto de normalidade foi rejeitado para as escalas, o uso de testes não paramétricos foi necessário. O teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado para comparar dados sociodemográficos, número de episódios depressivos e variáveis cognitivas e psiquiátricas entre GC e GE. O teste Qui-quadrado e, sempre que necessário, o teste Exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre os grupos e as variáveis categóricas. A avaliação dos sintomas psiquiátricos, cognitivos e de funcionamento no Tempo 1, no início do experimento com todas as participantes, foi feita com o teste *Mann-Whitney* e depois, nova avaliação do Tempo 1 com o mesmo teste, apenas com as pessoas que terminaram o estudo.

O teste de Wilcoxon foi utilizado para comparar as diferenças (linha de base versus final do estudo) nas escalas de cada um dos Grupos (GC e GE, separadamente). O teste de Mann-Whitney foi utilizado para verificar a homogeneidade entre os grupos na linha de base. Como o teste Mann-Whitney apontou uma diferença significativa na idade entre os grupos ($p = 0,033$), foi decidido controlar a análise por idade. Na comparação entre os grupos foi utilizada a regressão logística em detrimento da ANOVA, porque os grupos não apresentavam distribuição normal e também porque foi feito controle por idade. De acordo com Moretin, Bussab (2004), o teste recomendado nessa situação (dados não seguem distribuição normal) é a regressão logística, o que está de acordo também com o estudo de Pledger et al. (2010), que contabilizou as diferenças de idade e sexo por meio da regressão logística. Foi utilizada a Regressão logística ajustada por idade para acessar as diferenças entre os grupos (GC e GE, como variável dependente) na variação das escalas (Delta = tempo 2 - tempo 1, como variáveis explicativas). Foi feita uma regressão separada para cada covariável de interesse. Para as variáveis que se mostraram significativamente correlacionadas, foram apresentados gráficos de dispersão para melhor visualização desta associação. Para avaliar a relação entre a variação das escalas, foi utilizado o teste de correlação de Spearman e a correlação entre Delta GDS e Delta BDI foi considerada relevante na análise. O nível de significância foi fixado em $P < 0,05$.

7. RESULTADOS

Uma análise inicial dos dados sociodemográficos das 66 participantes, 33 pessoas do GC e das 33 pessoas do GE, foi feita para verificar se os grupos eram semelhantes entre si. A idade ($P=0,056$), escolaridade ($P=0,442$) e estado civil ($P=0,227$) não apresentaram diferença significativa entre os grupos. Os grupos também não apresentaram diferença em relação ao número de participantes eutímicas, as quais estavam sem sintomas de depressão, mas medicadas com antidepressivos. Também não houve diferença em relação à depressão iniciada após 60 anos e número de episódios depressivos durante a vida. Todas as participantes estavam medicadas com antidepressivos, o que foi um dos critérios de inclusão no estudo. Entretanto, algumas delas utilizavam também indutores do sono, ansiolíticos, anticonvulsivantes e outros psicotrópicos. Para esta análise, as participantes foram separadas em três classes de medicação: as que usavam apenas antidepressivos, as que usavam antidepressivos e ansiolíticos e as que usavam antidepressivos e outros psicotrópicos. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e do quadro depressivo dos Grupos Controle e Experimental início do estudo (Tempo 1) incluindo os dropouts

Características	Grupos				
	Controle n=33		Experimental n=33		P
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Idade (anos)	69,4	±6,2	66,2	±5,8	0,06*
Escolaridade (anos)	12,5	±4,0	11,7	±4,3	0,44*
Estado Civil					
Solteira	11 (33,3%)		10 (30,3%)		0,23**
Casada	10 (30,3%)		7 (21,2%)		
Viúva	10 (30,3%)		8 (24,2%)		
Divorciada	2 (6,1%)		8 (24,2%)		
Intensidade da Depressão, início e nº de episódios					
GDS ≤ 5	9 (27,3%)		7 (21,2%)		0,77*
Depressão após 60 anos	5 (15,2%)		6 (18,2%)		0,74*
Nº episódios	3,0	± 1,2	3,5	± 1,7	0,22***
Medicação					
apenas antidepressivo	16 (48,5%)		17 (51,5%)		0,59**
antidepressivo e ansiolítico	5 (15,2%)		2 (6,1%)		
antidepressivo e psicotrópico	12 (36,4%)		14 (42,4%)		

Nota: *Teste de Mann-Whitney; **Teste Exato de Fisher; ***Teste Qui-quadrado.

A análise inicial dos aspectos cognitivos, da visuoconstrução e dos sintomas psiquiátricos das 66 participantes não mostrou diferença entre os grupos, MEEM (P=0,130), Fluência (P=0,897), Trilhas (P=0,573), GDS (P=0,297), BDI (P=0,083), BAI (P=0,206), Figura de Rey (P=0,440), Rey evocação (P=0,085). Apenas na escala de qualidade de vida – FAST, o GC teve desempenho melhor que o GE (P=0,021).

Tabela 2 – Sintomas psiquiátricos, cognitivos e de funcionamento dos Grupos Controle e Experimental no início do estudo (Tempo 1) incluindo os dropouts

Escalas Tempo 1	Grupos				P*
	Controle n = 33		Experimental n = 33		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
MEEM	28,30	±1,51	27,45	±2,1	0,13
TDR	8,9	±1,8	8,5	±1,9	0,24
Fluência	16,8	±4,9	16,9	±3,3	0,89
Trilhas A	35,2	±13,4	32,9	±11,7	0,57
Figura de Rey	71,1	±26,3	65,6	±28,9	0,44
Rey evocação	35,9	±30,8	48,5	±26,5	0,08
GDS	7,5	±3,3	8,4	±3,2	0,29
BDI	16,3	±7,6	20,4	±10,6	0,08
BAI	14,4	±14,5	17,9	±13,5	0,21
FAST	14,4	±10,8	20,6	±13,0	0,02

Nota: *Teste de Mann-Whitney. MEEM = Mini Exame do Estado Mental; TDR = Teste do Desenho do Relógio; Fluência = Fluência Verbal; GDS = Escala de Depressão Geriátrica, BDI = Beck Depressão; BAI = Beck Ansiedade; FAST = Escala Breve de Funcionamento; Rey = Figura de Rey; Rey evocação = Figura de Rey Evocação.

No decorrer do estudo houve desistências em ambos os grupos. Da amostra inicial de 66 pessoas, 85% das pacientes permaneceram até o final, sendo 38% (n=25) do GC e 47% (n=31) do GE, as quais concluíram todas as avaliações e, no caso do GE, a programação das 20 oficinas também foi concluída. Nova análise no Tempo 1 foi feita apenas com as pessoas que concluíram o estudo, ou seja, 56 participantes, sendo 25 pessoas do GC e 31 pessoas do GE. Nessa nova análise do Tempo 1 houve diferença na idade entre os grupos. A média de idade das participantes do GC (69,8 anos) era maior do que a do GE (66,0 anos) $P=0,033$. Não houve diferença entre os grupos na escolaridade e estado civil. Os grupos também não apresentaram diferença significativa em relação ao número de participantes com $GDS \leq 5$, aos participantes que tiveram o primeiro episódio depressivo após os 60 anos e a média do número de episódios depressivos durante a vida (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis sociodemográficas, do quadro depressivo e tipo de medicação para os Grupos Controle e Experimental no início do estudo (Tempo 1)

Grupos					
Características	Controle n=25		Experimental n=31		P
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Idade (anos)	69,8	±5,9	66,1	±5,7	0,03*
Escolaridade (anos)	12,7	±3,9	11,6	±4,3	0,40*
Estado Civil					P
Solteira	10 (40%)		9 (29%)		0,96**
Casada	8 (32%)		6 (19%)		
Viúva	6 (24%)		8 (26%)		
Divorciada	1 (4%)		8 (26%)		
Intensidade da Depressão, início e nº de episódios					
$GDS \leq 5$	9 (36%)		6 (19,4%)		0,162***
1º episódio após 60 anos	5 (20%)		6 (19,4%)		0,74***
Nº episódios	3,0	± 1,2	3,5	± 1,7	0,22*
Medicação					P
apenas antidepressivo	14 (56%)		15 (45%)		0,59**
antidepressivo e ansiolítico	2 (8%)		2 (6,5%)		
antidepressivo e psicotrópico	9 (36%)		14 (48,4%)		

Nota: *Teste de Mann-Whitney; **Teste Exato de Fisher, ***Teste Qui-quadrado

A análise dos aspectos cognitivos, dos sintomas psiquiátricos e funcionalidade considerando apenas as participantes que concluíram o estudo, mostrou que o GE apresentou pior desempenho na FAST e no Teste do Desenho do Relógio em relação ao GC no Tempo 1 (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação entre os Grupos Controle e Experimental dos escores psiquiátricos, cognitivos e de funcionamento no início do estudo (Tempo 1)

Escalas Tempo 1	Grupos				P*
	Controle n = 25		Experimental n = 31		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
MEEM	28,2	±1,6	27,4	±2,2	0,16
TDR	9,4	±1,4	8,5	±2,0	0,02
Fluência	17,0	±5,4	16,8	±3,3	0,87
Trilhas A	35,4	±13,7	32,5	±11,7	0,58
Figura de Rey	76,0	±20,9	65,5	±29,4	0,20
Rey evocação	47,4	±26,4	48,6	±27,1	0,87
GDS	7,5	±3,6	8,6	±3,3	0,24
BDI	15,9	±8,8	20,9	±10,8	0,07
BAI	13,7	±15,8	18,4	±13,6	0,08
FAST	14,4	±12,2	21,1	±13,3	0,02

Nota: *Teste de Mann-Whitney. MEEM = Mini Exame do Estado Mental; TDR = Teste do Desenho do Relógio; Fluência = Fluência Verbal; Trilhas A; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; BDI = Beck Depressão; BAI = Beck Ansiedade; FAST = Escala Breve de Funcionamento; Rey = Figura de Rey; Rey evoc.= Figura de Rey Evocação.

A Tabela 5 mostra a comparação entre Tempo 1 e Tempo 2 (intervalo de 20 semanas) para cada variável dentro do próprio grupo. O GC de depressão na escala BDI no Tempo 2, enquanto o GE, no Tempo 2, teve redução dos escores nas escalas: GDS, BAI, BDI, FAST, ou seja, melhora dos sintomas e aumento dos escores do MEEM e Rey Evocação, o que significa melhora na cognição. Houve diferença significativa entre os grupos nessas escalas. Na escala BDI, as diferenças entre o Tempo 1 e Tempo 2 foram consideráveis entre os grupos, o GC teve diminuição de 15,92 (T1) para 14,36 (T2) P = 0,04, enquanto o GE teve uma diferença maior 20,87 (T1) para 12,29 (T2) P= 0,001.

Apesar de o GE ter médias inferiores no TDR e na FAST no Tempo 1 (Início do Experimento – Tabela 4) não teve prejuízo em relação ao GC, ou seja, a cognição (TDR) e qualidade de vida (FAST) piores no GE no início (Tempo 1) não afetou o desempenho nas outras escalas (Tempo 2) e na Arteterapia.

Tabela 5 – Análise longitudinal de sintomas psiquiátricos, cognitivos e funcionamento entre início (Tempo 1) e final do experimento (Tempo 2) para os Grupos Controle e Experimental separadamente

Escalas T1 e T2	Grupos					
	Controle n = 25			Experimental n = 31		
	Média	Desvio Padrão	P***	Média	Desvio Padrão	P***
MEEM 1	28,2	±1,6	0,80	27,4	±2,2	0,03
MEEM 2	28,3	±1,6		28,0	±2,4	
TDR 1	9,4	±1,4	0,18	8,5	±2,0	0,85
TDR 2	9,3	±1,4		8,8	±2,0	
Fluência 1	17,0	±5,4	1,00	16,9	±3,3	0,95
Fluência 2	17,2	±4,1		16,9	±4,4	
Trilhas A1	35,4	±13,7	0,27	32,5	±11,7	0,15
Trilhas A2	37,3	±12,8		35,8	±12,2	
Figura de Rey 1	76,0	±20,9	0,29	65,5	±29,4	0,57
Figura de Rey 2	71,9	±26,7		68,1	±23,7	
Rey evocação 1	47,4	±26,4	0,19	48,6	±27,1	0,002
Rey evocação 2	52,1	±25,8		60,2	±30,0	
GDS 1	7,5	±3,6	0,12	8,6	±3,3	< 0,001
GDS 2	6,9	±3,5		5,4	±3,4	
BDI 1	15,9	±8,4	0,04	20,9	±10,8	< 0,001
BDI 2	14,4	±8,7		12,3	±10,2	
BAI 1	13,7	±15,8	0,32	18,4	±13,6	0,004
BAI 2	10,8	±10,3		9,5	±8,2	
FAST 1	14,4	±12,2	0,16	21,1	±13,3	0,008
FAST 2	11,0	±8,1		14,8	±10,6	

Nota: ***Teste de Wilcoxon. T1 = Tempo1; T2 = Tempo 2; MEEM = Mini Exame do Estado Mental; TDR = Teste do Desenho do Relógio; Fluência = Fluência Verbal; Trilhas A; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; BDI = Beck Depressão; BAI = Beck Ansiedade; FAST = Escala Breve de Funcionamento; Figura de Rey; Rey evocação= Figura de Rey Evocação.

A Tabela 6 apresenta a comparação entre os grupos nas avaliações de aspectos cognitivos, de depressão e ansiedade, de funcionalidade e visuoestrutivas com instrumentos padronizados no início do experimento (Tempo 1) e 20 semanas depois (Tempo 2). Para o GE isso se deu no final das sessões de arteterapia, para o GC isso se deu no mesmo intervalo de tempo, porém sem receber nenhuma intervenção. Foi encontrada diferença entre o GC e o GE nas escalas GDS, Beck Depressão e Beck Ansiedade, todas apresentando uma diminuição da pontuação e desta forma diminuição dos sintomas no GE.

Tabela 6 - Comparação entre os Grupos Controle e Experimental em relação à variação (melhora ou piora) nos escores das escalas (Delta = Tempo 2 – Tempo 1)

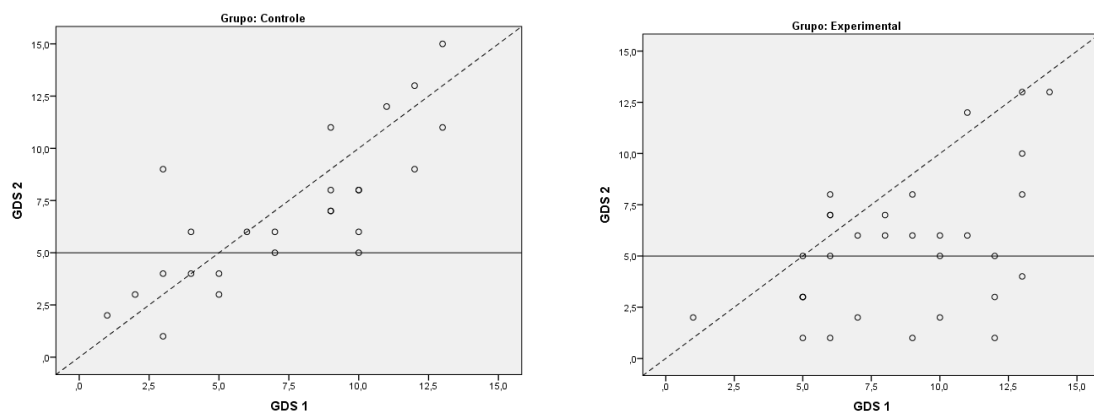
Delta	Grupo				P
	Controle n = 25		Experimental n = 31		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
MEEM	0,1	±0,8	0,6	±1,7	0,09
TDR	-0,1	±0,4	0,2	±1,2	0,18
Fluência	0,1	±3,1	0,1	±2,6	0,93
Trilhas A	1,9	±10,2	3,3	±11,9	0,36
Figura de Rey	4,0	±16,4	2,5	±18,6	0,16
Rey evocação	4,7	±17,8	11,6	±20,1	0,38
GDS	-0,6	±2,3	-3,2	±3,4	0,007
BDI	-1,6	±4,9	-8,6	±12,8	0,025
BAI	-2,9	±11,4	-8,9	±14,5	0,032
FAST	-3,4	±9,4	6,3	±11,4	0,95

Nota: regressão logística controlada por idade (Tempo 2 – Tempo 1). MEEM = Mini Exame do Estado Mental; Fluência = Fluência Verbal; TDR = Teste do Desenho do Relógio; Trilhas A; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; BDI= Beck Depressão; BAI= Beck Ansiedade; FAST= Escala Breve de Funcionamento; Figura de Rey; Rey evocação = Figura de Rey Evocação.

Os gráficos de dispersão apresentados a seguir foram utilizados para comparar as variáveis GDS, BAI e BDI no início do experimento (Tempo 1) e 20 semanas depois (Tempo 2) complementando as informações já apresentadas na Tabela 6.

O Gráfico 1 apresenta a escala GDS. A linha horizontal no ponto 5 indica o ponto de corte para depressão. Os pontos próximos à diagonal significam que não houve alteração entre o início e o final do experimento (Tempo 1 e Tempo 2). Os pontos abaixo da diagonal significam que houve alteração, a pontuação da escala GDS diminuiu para o GE, ou seja, houve melhora nos sintomas depressivos.

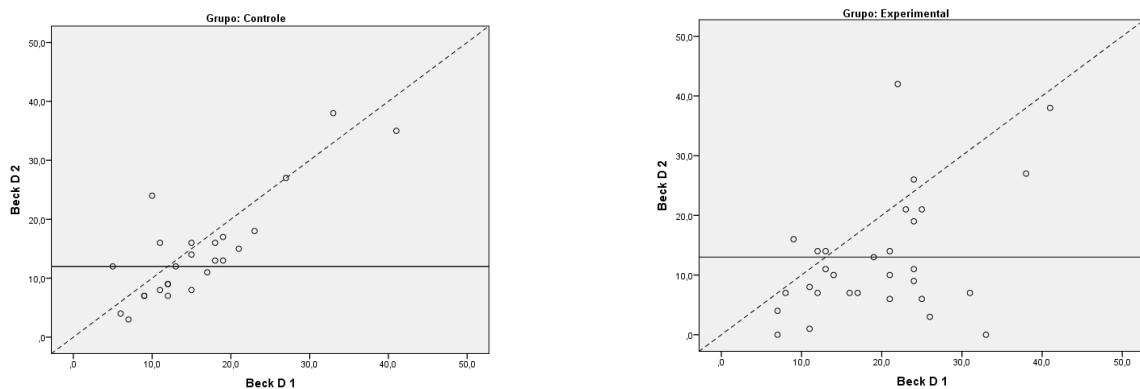
Gráfico 1 – Gráficos de dispersão da GDS no início do experimento e 20 semanas depois no Grupo Controle e Grupo Experimental



Nota: Grupo Experimental = GE; GDS 1 = Escala de Depressão Geriátrica no Início do Experimento; GDS 2 = Escala de Depressão Geriátrica 20 semanas depois.

O Gráfico 2 apresenta a escala BDI. Foi colocada uma linha de referência horizontal no ponto de corte 12 para destacar que a maioria dos sujeitos do GE se encontra abaixo dessa linha horizontal, considerando BDI 2 (final do experimento – Tempo 2) em relação à BDI 1 (início do experimento – Tempo 1). Independente da pontuação de BDI 1 – início (Tempo 1), a maior parte das participantes do GE teve pontuação menor que o ponto de corte de 12, o que indica que estão abaixo do limiar de depressão para esta escala – BDI 2 (Tempo 2).

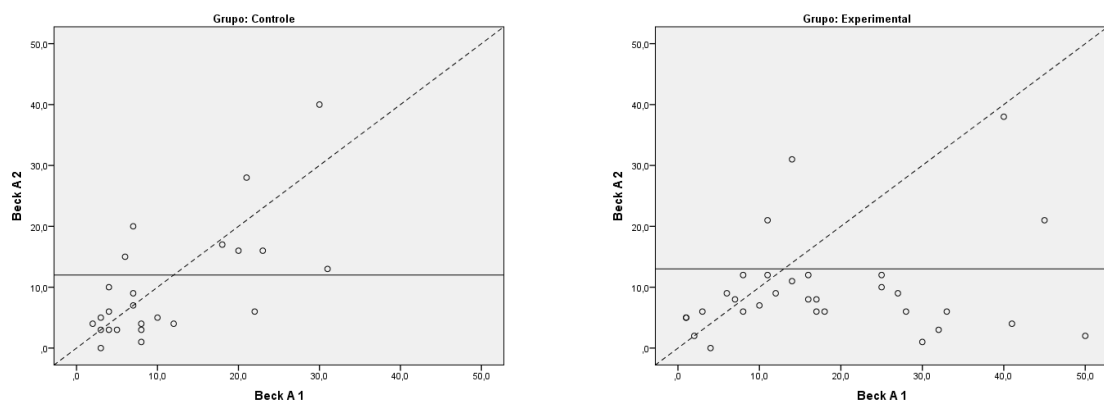
Gráfico 2 – Gráficos de dispersão da BDI no início do experimento e 20 semanas depois no Grupo Controle e Grupo Experimental



Nota: Grupo Experimental; Beck D 1 / BDI 1 = Escala de Beck de Depressão no Início do Experimento; Beck D 2 / BDI 2 = Escala de Beck de Depressão 20 semanas depois.

O Gráfico 3 apresenta a escala BAI. Foi colocada uma linha de referência horizontal no ponto de corte 12 para destacar que a maioria dos sujeitos do GE se encontra abaixo da linha horizontal, considerando BAI 2 (final do experimento – Tempo 2) em relação à BAI 1 (início do experimento – Tempo 1). Da mesma forma que o Gráfico 2 (BDI), independente da pontuação de BAI 1 – início (Tempo 1), a maior parte das participantes do GE teve pontuação menor que o ponto de corte de 12. O Gráfico 3 indica que as participantes do GE estão abaixo do ponto de corte para ansiedade (=12) no Tempo 2 (final do experimento).

Gráfico 3 – Gráficos de dispersão da BAI no início do experimento e 20 semanas depois no Grupo Controle e Grupo Experimental



Nota: Grupo Experimental; Beck A 1 / BAI 1 = Escala de Beck de Ansiedade no Início do Experimento; Beck A 2 / BAI 2 = Escala de Beck de Ansiedade 20 semanas depois.

Para confirmar a validade da escala GDS, específica para depressão em idosos, foi utilizado o teste de correlação de Spearman para verificar sua correlação com a escala BDI, que é uma escala de depressão amplamente utilizada para diversas faixas etárias e populações. A correlação é forte em ambos os grupos, GC, tempo 1: $p=0.001$ $\rho=0.629$; GC, tempo 2: $p<0.001$ $\rho=0.663$; GE, tempo 1: $p<0.001$ $\rho=0.731$; GE, tempo 2: $p<0.001$ $\rho=0.696$.

Como uma análise adicional, GDS, que é específico para os idosos, porque a depressão na velhice tem suas próprias características, foi correlacionada com BDI, BDI, que é amplamente utilizado para todas as idades e mais abrangente em vários aspectos da depressão. Uma correlação significativa de moderada a forte foi encontrada para ambos os grupos, no início da linha de base e no final do estudo (CG, tempo 1: $p = 0,001$ $\rho = 0,629$, tempo 2: p

$<0,001$ rho = 0,663 GE, tempo 1: $p <0,001$ rho = 0,731, tempo 2: $p <0,001$ rho = 0,696). Esta correlação evidencia que as duas escalas corroboram a análise estatística.

No GE, houve redução de 50% ou mais da depressão em 32,3% dos participantes ($n = 10$) no GDS e 41,9% dos participantes ($n = 13$) no BDI. Nenhum obteve pontuação zero no final do experimento em ambas as escalas. No GC, apenas uma pessoa (4%) teve redução da depressão em 50% em ambas as escalas e nenhum pontuou zero.

Complementando a análise, Entre as participantes do GE que no GDS 1 pontuaram entre 6 e 9 pontos, na GDS 2, 33,3% ($n = 4$) pontuaram 5 pontos ou menos. Entre as que pontuaram em GDS 1 entre 10 e 15 pontos, na GDS 2, 46,2% ($n = 6$) tiveram redução da pontuação para 5 pontos ou menos.

8. DISCUSSÃO

Este estudo randomizado com avaliador único cego se propôs a analisar o efeito da Arteterapia em um grupo de mulheres com sessenta anos ou mais. Após 20 sessões semanais de Arteterapia de 90 minutos cada, foi possível encontrar diferenças entre o GE e o GC. O GE, que foi submetido à Arteterapia, apresentou redução mais significativa em sintomas depressivos e ansiosos, mesmo que subsindrômicos. Foram utilizadas escalas de avaliação de depressão tanto específicas para idosos (GDS) quanto consagradas na literatura de adultos (BDI), os resultados da escala GDS corroboram os resultados da escala BDI com uma correlação de moderada a forte em ambos os grupos em todos os momentos da avaliação. A vantagem da escala BDI é a maior abrangência em relação a vários aspectos da depressão, o que possibilita medir ligeiras alterações, além do fato de ser uma escala utilizada mundialmente também facilita a comparação entre os estudos.

Estes resultados de diminuição de sintomas depressivos e ansiosos com Arteterapia são compatíveis com os resultados de outras psicoterapias. Assim, este estudo contribui para o reconhecimento da Arteterapia como psicoterapia adjuvante à terapia medicamentosa para melhoria de sintomas depressivos em pacientes com TDM.

Esta intervenção em Arteterapia tem temas que se assemelham a outras psicoterapias para as quais existem evidências de melhora em sintomas depressivos em idosos (Reynolds, 2009), tais como a Terapia Interpessoal, a Terapia de Gestão da Depressão e a Terapia de Revisão de Vida (Gameiro et al., 2014; Cuijpers, 2015). Brevemente, a Arteterapia proposta neste estudo tem temas em comum com a Terapia Interpessoal ao estimular a interação entre as pessoas do grupo, bem como ao estimular a interação com o terapeuta no compartilhamento de sentimentos e pensamentos. Este estudo de Arteterapia também tem temas em comum com a Terapia de Gestão da Depressão por possibilitar a reflexão sobre questões relacionadas à depressão, como as perdas, incapacidades físicas, solidão entre outras, e ainda por corrigir crenças disfuncionais. Finalmente, este estudo de Arteterapia tem temas em comum com a Terapia de Revisão de Vida por revisitar as situações vividas, tendo assim a oportunidade de elaborá-las por meio das técnicas expressivas.

Como parte do modelo de oficinas proposto, a Imaginação Dirigida foi aplicada com o objetivo de auxiliar as participantes a relaxar, desviar os pensamentos de assuntos preocupantes ou desagradáveis e trazer sua atenção para o tema da oficina. Durante o relaxamento foi introduzido verbalmente pela arteterapeuta o tema a ser trabalhado acompanhado de música e, logo após, foi realizada a produção artística, que é a parte mais

importante do modelo proposto neste estudo, seguida do compartilhamento. Observou-se uma redução da pontuação na escala de ansiedade (BAI), o que está de acordo com o objetivo terapêutico, assim como se observou em outros estudos sobre Imaginação Dirigida (Leão, Silva, 2004; Apóstolo, Kolkaba, 2009). A visualização de imagens positivas e agradáveis mencionadas durante a Imaginação Dirigida também pode ter contribuído para a diminuição de pensamentos negativos e sentimentos de tristeza, que são características da depressão. Estes resultados estão de acordo com estudos de Imaginação Dirigida a partir da visualização de imagens projetadas (Skeie et al., 2010; Fors et al., 2002). O discurso da arteterapeuta durante o relaxamento e Imaginação Dirigida foi cuidadosamente planejado para que as imagens mentais sugeridas fossem estritamente positivas, na medida em que imagens mentais podem amplificar as emoções, proporcionando uma experiência sensorial imediata (Holmes, Mathews, 2010).

O estresse está relacionado à depressão, podendo ser um fator de risco para ela. O tratamento para evitar ou atenuar o estresse, por exemplo, feito através de acompanhamento psicológico com ênfase nas abordagens de Revisão de Vida, tem sido bem sucedido para reduzir sintomas depressivos quando associado a mudanças nas atividades diárias, tais como aumento de socialização e atividades físicas (Gameiro et al., 2014). O modelo de intervenção em Arteterapia aqui apresentado estimulou a observação e reavaliação das próprias atitudes por meio da produção artística. Além disso, conjuntamente foram propostas outras intervenções de redução do estresse, como relaxamento, Imaginação Dirigida, compartilhamento dos sentimentos e pensamentos, bem como mudanças no estilo de vida, o que pode ter contribuído para a redução de sintomas depressivos neste estudo.

O processo de busca do sentido da vida é uma estratégia de enfrentamento para eventos estressantes, os quais na velhice são numerosos, agravados pela consciência da aproximação e da fatalidade da morte (Pompili et al., 2014). Nesta intervenção de Arteterapia foi possível trabalhar temas como a finitude, o medo da morte, da doença e da solidão de forma não verbal. O benefício disto está, entre outros, na tomada de consciência desses enfoques sem resistência defensiva racional. A produção artística pode representar a emoção concretizada, podendo facilitar a percepção do problema passível de mudança, que é o objetivo principal das psicoterapias. A Arteterapia permite ao indivíduo entrar em um universo expressivo plástico que pode ser diferente do seu cotidiano, possibilitando novas percepções, processo que é compartilhado com um arteterapeuta que vê, escuta e apoia, possibilitando, então, a transformação da realidade do paciente.

Melhoria em sintomas depressivos e ansiosos com Arteterapia também pode ser encontrada em pacientes com câncer de mama, como demonstra uma meta-análise de 2014 (Boehm et al), muito embora nessa meta-análise a depressão e ansiedade eram prováveis efeitos da doença e não o problema primário principal. Pode-se imaginar que tanto pacientes com câncer quanto pacientes com TDM possam ter benefício com a Arteterapia pela possível inferência em alguns dos fatores precipitantes ou perpetuantes em comum.

O presente estudo teve também o intuito de avaliar este modelo de atendimento, ou seja, um programa de oficinas de Arteterapia pré-estabelecido, com relaxamento, Imaginação Dirigida, produção artística e compartilhamento. As oficinas aqui apresentadas podem ser utilizadas tanto para Arteterapia individual como em grupo. Neste estudo de Arteterapia em grupo foi encontrada boa aderência e receptividade das participantes. A evasão do GE foi muito pequena; do início ao final da intervenção, de 33 pessoas que iniciaram apenas 2 saíram do grupo e muitas participantes manifestaram interesse em continuar a oficina após as 20 sessões.

O atendimento grupal permitiu atingir maior número de pessoas por terapeuta, proporcionou troca de experiências entre as participantes, assim como mediação da terapeuta no relacionamento interpessoal, promovendo melhora na questão do isolamento social, que também é um dos sintomas da depressão. Este importante benefício da psicoterapia em grupo está de acordo com vários estudos de psicoterapias grupais (Fabietti, 2004; Kiosses et al., 2011; Cuijpers, 2015). Além disso, estas oficinas, por proporcionarem autoconhecimento, percepção dos próprios aspectos da personalidade e ressignificação de eventos passados, podem ser usadas também como prevenção para reduzir a incidência da depressão, assim como a carga da doença quando já instalada, e ainda para prevenir recaídas, pois de acordo com estudos, a prevenção da depressão é essencial por ser uma doença com grande incidência na velhice (Schoevers et al., 2006; Rush, 2007; Baldwin, 2010; Cuijpers, 2015).

O fato de esta psicoterapia ser semanal pôde auxiliar o engajamento das pacientes no tratamento da depressão de maneira geral, pois estas tinham a possibilidade de se comunicar frequentemente com a terapeuta, facilitando a exposição de suas dúvidas e anseios. Ademais, o aprendizado de novas formas de lidar com os fatos da vida auxilia as pessoas a enfrentar melhor o dia-a-dia. Muitas vezes as atitudes e crenças negativas sobre doença mental e falta de envolvimento com o médico na tomada de decisão sobre as intervenções escolhidas desempenham importante papel na adesão ou não ao tratamento e, em consequência disso, na obtenção da remissão da depressão (Guidi et al., 2016).

Diversos estudos citam a duração das psicoterapias. Em meta-análise de Terapia de Reminiscência foi sugerido 6 a 8 sessões (Pinquart, Forstmeier, 2012). Em estudos de Arteterapia que ocorreram concomitantemente com tratamentos para câncer de mama e mediram sintomas de depressão e ansiedade, foram encontradas de 2 a 12 sessões, em geral no acompanhamento dos tratamentos farmacoterápicos (Boehm et al., 2014). Outra revisão sistemática de estudos em Arteterapia, na qual foram incluídas pesquisas com diversas populações e idades e com temas diversos, dentre eles sintomas de depressão, ansiedade, estresse, transtorno pós-traumático ou funções cognitivas, encontrou-se a média de 12 sessões, sendo que apenas em um estudo com pacientes com doença de Alzheimer foram ministradas 40 sessões (Uttley et al., 2015). Outra revisão sistemática e meta-análise que avaliou a eficácia de intervenções psicossociais e psicoterapias para a prevenção da depressão tardia e promoção da saúde mental em idosos com idade média de 78 anos, concluiu que as intervenções com três meses de duração apresentaram resultados mais positivos para redução de sintomas depressivos e melhoria do bem-estar mental do que as terapias com duração inferior (Forsman et al., 2011). Como no presente estudo o objetivo foi o tratamento do TDM com Arteterapia adjuvante ao tratamento medicamentoso e não apenas a prevenção da depressão, considerou-se adequada a duração de 20 sessões por possibilitar a melhor fixação dos conceitos vivenciados e a manutenção da sensação de bem-estar. Além disso, esse período foi importante por favorecer o vínculo entre as participantes e a terapeuta, o que facilitou a emergência dos sentimentos, a percepção dos bloqueios e dos aspectos da personalidade, os quais puderam ser trabalhados.

Uma revisão sistemática e meta-análise sugeriu que intervenções em Arteterapia, na medida em que são técnicas poderosas para mobilização psíquica, podem trazer à consciência conteúdos dolorosos ou angustiantes; por essa razão, devem ser muito bem conduzidas pelo terapeuta, que deve observar o estado emocional dos pacientes, principalmente quando se trata do atendimento de pessoas com doenças graves, tais como pacientes com câncer de mau prognóstico (Boehm et al., 2014). O presente estudo trabalhou com pacientes sem comorbidades clínicas graves, exceto naturalmente o TDM, o que não impediu a arteterapeuta de proporcionar apoio individual após o término das oficinas, quando necessário.

Apesar de a Arteterapia ser uma intervenção que tem nos recursos expressivos sua principal característica, neste estudo foi possível notar que a comunicação verbal também foi favorecida. Um trabalho artístico que espelhe o indivíduo e do qual ele possa falar é um grande facilitador da comunicação entre paciente e terapeuta e, neste caso, também com o grupo. Da mesma forma que este estudo, outros que tiveram a Arteterapia como mediadora

apresentaram redução de sintomas depressivos (Tate, Longo, 2002; Johnson e Sullivan-Marx, 2006). Embora estes estudos sejam qualitativos, foram descritas melhoras na adesão a outros tratamentos, estimulação na expressão verbal e auxílio para os pacientes perceberem melhor suas próprias questões e conflitos, por meio dos recursos expressivos.

Foi encontrada melhora dos sintomas no GE quando comparado com ele mesmo (Tabela 5, Tempo 1 versus tempo 2) nas escalas GDS, BDI, BAI, que foram o foco da intervenção. O GE também mostrou uma melhora significativa na cognição como visto no MEEM e Rey evocação. Um fator que pode ter contribuído para a melhoria da cognição é a estimulação através da produção artística, bem como todo o processo terapêutico da Arteterapia e da melhora do humor. No entanto, ao comparar com o GC a melhora na cognição desaparece, e podem ser consideradas muitas razões para isso. Um fator é o tamanho de amostra relativamente pequeno. No GC também foi encontrada uma pequena melhora na escala BDI, sem receber qualquer intervenção, talvez devido ao efeito da aprendizagem das tarefas dos testes. A razão para esta melhora não pode ser esclarecida, o fato das pacientes terem recebido algum cuidado (aplicação de testes) também pode ter influenciado nesta redução dos sintomas.

No presente estudo não foi encontrada melhora na cognição (avaliada pelo MEEM, Fluência Verbal e Trilhas A). Isso difere de um estudo-piloto que investigou a eficácia de 12 sessões de Arteterapia na melhora do desempenho cognitivo, utilizando o Teste do Desenho do Relógio e o Questionário de Falhas Cognitivas em 24 idosos latino-americanos (Alders et al., 2010). A Arteterapia pode ser desenvolvida de inúmeras formas e modalidades; desse modo é possível que o tipo de intervenção do estudo citado acima tenha sido focado no aspecto cognitivo, enquanto que esta intervenção em Arteterapia para depressão direcionou as oficinas primordialmente para os aspectos emocionais da população em questão, e não se deteve em explorar aspectos cognitivos, como memória e funcionamento executivo. Além disso, as escalas utilizadas nos dois estudos podem avaliar aspectos diferentes da cognição.

Outro ponto relevante é a aplicabilidade da Arteterapia em inúmeras situações, contextos e populações. A presente intervenção atendeu no mesmo grupo não só idosas com boa condição social, cultural e econômica, mas também pessoas com baixo nível de escolaridade e social, sem prejuízo na compreensão, no aproveitamento da terapia e no entrosamento entre as participantes das oficinas. Cabe ressaltar que a aptidão artística não é requerida nem necessária para o aproveitamento pleno das oficinas arteterapêuticas. Muitos países em desenvolvimento e outros de baixa renda carecem de atendimentos psicoterápicos para a população; mesmo países desenvolvidos têm subgrupos que não recebem nenhum

atendimento. Em se tratando de transtornos do humor, a carência de tratamentos pode ser ainda maior, principalmente entre idosos e pessoas desfavorecidas economicamente (Cuijpers, 2015), desse modo, a Arteterapia, por ser um tratamento de custo relativamente baixo e por utilizar recursos expressivos, tem boa aplicabilidade em diversos contextos, tanto clínicos, ambulatoriais, quanto hospitalares e também em centros de convivência, o que tem similaridade com um estudo que cita atendimentos psicoterápicos realizados em locais de baixo desenvolvimento por terapeutas leigos treinados (Patel et al., 2010). Portanto, profissionais arteterapeutas podem desenvolver trabalhos efetivos e eficazes não só em grandes centros, em locais bem estruturados, como também em lugares menos desenvolvidos e com escassez de recursos humanos e materiais. A arte, por ser uma expressão universal, tem grande potencial transformador e pode se adaptar a todas as populações, níveis socioeconômicos, gêneros e culturas.

Há a hipótese de que a psicoterapia possa desenvolver competências que possam ser usadas após o tratamento e habilitem o paciente a administrar seus estados afetivos, reduzindo assim os riscos de recaída ou recorrência, sejam esses riscos motivados por fatores internos ou externos (Guidi et al., 2016). No caso da Arteterapia, além da possibilidade de agregar competências após o tratamento, pode também desenvolver novas habilidades e capacidades criativas.

Uma pesquisa realizada com 12.529 indivíduos, que teve por objetivo definir o perfil dos usuários de medicina complementar e alternativa (*Complementary and Alternative Medicine – CAM*), além de comparar sua utilização com serviços usuais de saúde, constatou que a maioria dos usuários são mulheres de meia-idade e com boa condição socioeconômica, mas que têm algum problema de saúde e procuram informações e meios para melhorar (Pledger et al., 2010). Em consonância com a pesquisa acima citada, neste estudo a Arteterapia foi considerada uma terapia complementar ao tratamento farmacoterápico, com foco no gênero feminino.

A pesquisa em Arteterapia ainda está em seu início, principalmente quando relacionada à área médica, a qual exige comprovações quantitativas. Além do mais, o termo causa certa imprecisão uma vez que existe "Arteterapia" em que o termo "Arte" refere-se à arte visual e "Arte como terapia" como uma categoria principal, incluindo também a Musicoterapia, a Dança terapia e Drama terapia (Wood et al., 2011).

É necessário destacar mais uma vez que pela heterogeneidade de abordagens e de técnicas expressivas e ainda pelo próprio modo de condução das oficinas pelo arteterapeuta, torna-se difícil comparar os estudos. Portanto, estas diferentes estratégias de intervenções

combinadas com uma vasta gama de conceitos em Arteterapia, psicoterapias e artes, dificultam a investigação dos efeitos da Arteterapia de forma geral (Boehm et al., 2014).

Este estudo tem algumas limitações, como o uso de relaxamento e Imaginação Dirigida, embora por um curto período de tempo, além da própria produção artística durante as sessões de Arteterapia, pode gerar dúvida de qual componente foi responsável pelo efeito, se bem que a Arteterapia, recebeu ênfase maior, tanto no tempo durante a intervenção quanto no foco do trabalho.

A duração da intervenção também pode ser uma limitação, porque em ambos os grupos houve evasão, no GE apenas 2 pessoas desistiram mas, principalmente no GC, que não recebeu nenhuma intervenção, a evasão foi de 8 pessoas, a duração de 16 semanas talvez fosse mais apropriada no caso de novo estudo. O período de 12 semanas seria o mínimo para uma intervenção nesse modelo; porém não foi considerado suficiente neste estudo por não haver tempo para abordar vários aspectos que puderam ser trabalhados com maior profundidade. Mas é importante ressaltar que para o desenvolvimento do trabalho arteterapêutico sem a finalidade de pesquisa comparativa, o período de 20 semanas foi proveitoso e adequado.

Também é importante considerar o tamanho e a qualidade da amostra, a qual constou de idosas residentes em São Paulo, capital, e, embora o grupo apresentasse características socioeconômicas e culturais heterogêneas, não era representativo de idosos brasileiros, assim como o fato de que apenas mulheres tenham participado deste estudo. Este fato pode alterar os resultados em um estudo com o sexo masculino ou com ambos os sexos. Um grupo placebo seria de grande valor também. No entanto, o número de pacientes era relativamente pequeno e, se houvesse mais um grupo, isto é, um grupo experimental, um grupo controle e um grupo placebo, a amostra de cada um seria muito menor do que esta apresentada neste estudo. A ausência de um desenho de linha de base múltipla é também uma limitação, porque não é possível saber se os efeitos positivos da intervenção na Arteterapia foram duradouros.

Há ainda a limitação que se refere ao tipo de intervenção, ou seja, as oficinas e o relaxamento com Imaginação Dirigida, embora descritos detalhadamente, podem ser realizados de forma diferente de acordo com o arteterapeuta que os aplicar, sendo que resultados diferentes podem surgir. A reprodução deste modelo de intervenção arteterapêutica – relaxamento com Imaginação Dirigida para abordar o tema da produção artística e compartilhamento de sentimentos e pensamentos entre as participantes no final da sessão – seria interessante para a aprovação desta abordagem específica, com maior número de pessoas, outros gêneros e outras faixas etárias. Embora estas oficinas específicas já tenham

sido empregadas inúmeras vezes em outros contextos, com outras idades e gêneros, não tinham sido ainda avaliadas por meio de escalas validadas na área da saúde.

Outra limitação do estudo foi o fato de que diferentes tipos de antidepressivos foram utilizados pelas participantes, apesar de haver a randomização das pacientes e de todas as participantes estarem estáveis na dose de medicação durante o experimento. Nesta amostra, a medicação era bem tolerada, pois nenhum efeito colateral cognitivo importante foi observado de acordo com os testes cognitivos. Estudos futuros poderiam explorar melhor se, por exemplo, antidepressivos com efeitos neurotrópicos ou cognitivos superiores pudessem levar a uma melhor resposta à terapia.

Mais estudos quantitativos em Arteterapia podem ser feitos em relação à qualidade de vida, bem-estar, diminuição de reminiscências obsessivas, tal como em outras intervenções psicoterápicas (Gameiro et al., 201).

Finalmente, é importante que novas pesquisas quantitativas, metodologicamente adequadas, sejam desenvolvidas para que existam dados suficientes para a indicação da Arteterapia pelos serviços de saúde.

9. CONCLUSÃO

Esta abordagem em Arteterapia, organizada em 20 sessões, trouxe redução em sintomas depressivos e ansiosos em um estudo único-cego randomizado com 31 participantes no GE. Este modelo de intervenção aliou a Arteterapia a recursos de Imaginação Dirigida e relaxamento para ampliar as possibilidades de transformação da visão de mundo e possibilitar a ressignificação de eventos passados, uma vez que as três abordagens apresentam grande potencial de modificação de estados mentais. Apesar de algumas limitações, o presente estudo contribui para o reconhecimento da Arteterapia como complemento à farmacoterapia na melhora dos sintomas depressivos em pacientes com TDM. Este estudo adiciona dados quantitativos aos estudos prévios em Arteterapia focados em grande parte em dados qualitativos.

REFERÊNCIAS

- Alders A, Tallahassee FL, Levine-Madori L. The effect of art therapy on cognitive performance of hispanic/latino older adults. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 2010;27(3):127-35.
- Aldwin CM, Gilmer DF. *Health, illness, and optimal aging: biological and psychosocial perspectives*. 2nd Springer Publishing Company; 2013.
- Alexandrino-Silva C, Alves TF, Tófoli F, Wang YP, Andrade LH. Psychiatry: life events and social support in late life depression. *Clinics*. 2011;66(2):233-8.
- Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365(9475):1961-70.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida (Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale). *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;57(2B):421-6
- Andrade LHSG. Transtornos de humor, gênero e cultura. In: Bottino CMC, Blay SL, Laks, J. *Diagnóstico e tratamento dos transtornos do humor em idosos*. São Paulo: Atheneu; 2012, p.39-49.
- Andrade LQ. *Terapias expressivas*. São Paulo: Vetor Editora Psico-pedagógica; 2000. p.53.
- Andreescu C, Reynolds III CF. Late-life depression: evidence-based treatment and promising new directions for research and clinical practice. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;34:335-55.
- Apóstolo JLA, Kolkaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23(6):403-11.
- Araújo AC, Lotufo FN. A nova classificação Americana para os transtornos mentais – DSM-5. *Rev Bras Ter Comp Cogn*. 2014;16(1):67-82.
- Aréan PA, Raue P, Mackin RS, Kanellopoulos D, McCulloch C, Alexopoulos GS. Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *Am J Psychiatry*. 2010;167:1391-8.
- Army Individual Test Battery. *Manual of directions and scoring*. Washington (DC): War Department, Adjutant General's Office; 1944.
- Baldwin RC. Preventing late-life depression: a clinical update. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(8):1216-24.
- Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1137-43.
- Beck AT, Steer RA. *Manual for the revised Beck depression inventory*. San Antonio (Tex), The Psychological Corporation; 1987.

Beck AT, Steer RA. *Manual for the Beck anxiety inventory*. San Antonio (Tex): The Psychological Corporation; 1990.

Beekman AT, de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*. 2000;157(1):89-95.

Bitonte RA, De Santo M. Art therapy: an underutilized, yet effective tool. *Ment Illn*. 2014;6(1):5354.

Boehm K, Cramer H, Staroszynski T, Ostermann T. Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014;2014:103297.

Bonnewyn A, Shah A, Bruffaerts R, Demyttenaere K. Are gender and life attitudes associated with the wish to die in older psychiatric and somatic inpatients? An explorative study. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(10):1693-702.

Bortolato B, Miskowiak KW, Köhler CA, Maes M, Fernandes BS, Berk M, Carvalho AF. Cognitive remission: a novel objective for the treatment of major depression? *BMC Med*. 2016;14:9.

Botton A, Armstrong J. Art as therapy. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca; 2014. p. 26, 47, 53, 64, 59-60.

Brandling J, House W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *Br J Gen Pract*. 2009;59(563):454-6.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.

Brucki SMD, Rocha MSG. Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. *Braz J Med Biol Res*. 2004;37(12):1771-7.

Bruce ML, Have TRT, Reynolds CF III, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients – a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291(9):1081-91.

Bungay H, Clift S. Arts on prescription: A review of practice in the UK. *Perspect Public Health*. 2010;130(6):277-81.

Burgos ACGF, Neri AL, Cupertino ANFB. Stressful events, coping strategies, self-efficacy and depressive symptoms among the elderly residing in the community. Estudo Pensa. *Psicol Reflex Crit*. 2008;21(1):74-82.

Cacilhas AA. *Mensuração de funcionalidade em pacientes bipolares: avaliação das propriedades psicométricas da FAST (Funcional Assessment Short Test)* [Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2008. Porto Alegre .

- Caixeta L, Ciasca EC, Nunes PV. Depressão geriátrica. In: Caixeta L. *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 290-1.
- Canuto A, Meiler-Mititelu C, Herrmann FR, Delaloye C, Giannakopoulos P, Weber K. Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for elderly patients with depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(9):949-56.
- Castro-Costa E. Transtornos do humor no atendimento primário. In: Bottino CMC, Blay SL, Laks J. *Diagnóstico e tratamento dos transtornos do humor em idosos*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 17-8.
- Ciasca EC. *Metaconceitos e arteterapia na terapia familiar sistêmica* [Monografia Especialização em Terapia Familiar]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo–UNIFESP; 2009. p. 35-40.
- CID -10 – Classificação internacional de doenças. 10ª Rev. F32, p.327 – F41, p.334.
- Cooper C, Katona C, Lyketsos K, Blazer D, Brodaty H, Rabins P, Lima CAM, Livingston G. A systematic review of treatments for refractory depression in older people. *Am J Psychiatry*. 2011;168(7):681-8.
- Coutinho V. *Arteterapia com idosos: ensaios e relatos*. Rio de Janeiro: Wak Editora; 2008. p. 75.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *Eur J Psychiat*. 2008;22(1):38-51.
- Cuijpers P. Psychotherapies for adult depression: recent developments. *Curr Opin Psychiatry*. 2015, 28:24-9.
- Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 171.
- Di Giacomo M, Lewis J, Nolan MT, Phillips J, Davidson PM. Health transitions in recently widowed older women: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:143.
- Diniz BS, Nunes PV, Machado-Vieira R, Forlenza OV. Current pharmacological approaches and perspectives in the treatment of geriatric mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24:473-7.
- DSM V – American Psychiatry Association: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 169, 170.
- Fabietti DMCF. *Arteterapia e envelhecimento*. São Paulo:Casa do Psicólogo; 2004. p. 32.
- Ferreira RB, Bottino CMC. Transtornos do humor em idosos na comunidade. In: Bottino CMC, Blay SL, Laks J. *Diagnóstico e tratamento dos transtornos do humor em idosos*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 3.

Ferreira RC, Ciasca EC. Arteterapia para idosos com Doença de Alzheimer: a estimulação cognitiva e o encontro com a arte. In: Forlenza OV, Falcão D, Nunes PV. *Doença de Alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 110.

Fisher E. A Necessidade da arte. 3ª ed. São Paulo: Zahar Editores; 1971. p. 11.

Fiske A, Gatz M, Pedersen NL. Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58(6):P320-8.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.

Fors EA, Sexton H, Götestam KG. The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromyalgia pain: a prospective, randomized, controlled trial. *J Psychiatr Res*. 2002;36:179-87.

Forsman A, Nordmyr J, Wahlebecck K. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int*. 2011;26(Suppl 1):i85-107.

Friedli L, Jackson C, Abernethy H, Stansfield J. Social prescribing for mental health – a guide to commissioning and delivery. Care Services Improvement Partnership; 2008. [citado em 07 de maio de 2016]. Disponível em: <http://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf>.

Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Have TT, Bruce ML. Depression, cardiovascular disease, diabetes, and two-year mortality among older, primary-care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:748-55.

Gameiro GR, Minguini IP, Alves TCTF. The role of stress and life events in the onset of depression in the elderly. *Rev Med (São Paulo)*. 2014;93(1):31-40.

Ghaemi SN, Vöhringer PA, Vergne DE. The Varieties of depressive experience: diagnosing mood disorders. *Psychiatry Clin North Am*. 2012;35(1):73-86.

Guidi J, Tomba E, Fava GA. The sequential integration of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of major depressive disorder: A meta-analysis of the sequential model and a critical review of the literature. *Am J Psychiatry*. 2016;173:128-37.

Holmes EA, Mathews A. Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clin Psychol Rev*. 2010;30:349-62.

IBGE, 2008. Projeção da população do Brasil: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. [citado 10 dez 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272.

IBGE, 2010a. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. Número 26. Rio

de Janeiro, 2010. p. 191-224. [citado 22 jun 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf.

IBGE, 2010b. Indicadores Sociais Municipais. p. 40. [citado 11 dez 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf.

IBGE, 2011. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. Diminui a proporção de jovens e aumenta a de idosos. [citado 10 dez 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1.

James BD, Boyle PA, Buchman AS, Bennett DA. Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011;66(4):467-73.

Janssen J, Pol HEH, Leeuw FE, Schnack HG, Lampe IK, Kok RM, Kahn RS, Heeren TJ. Hippocampal volume and subcortical white matter lesions in late life depression: comparison of early and late onset depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:638-640.

Johnson CM, Sullivan-Marx EM. Art therapy: using the creative process of healing and hope among african american older adults. *Geriatr Nurs*. 2006;27(5):309-16.

Jylhä MS, Volpato S, Guralnik JM. Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. *J Clin Epidemiol*. 2006;59(5):465-71.

Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):107-11. [citado 9 dez 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/02.pdf>.

Kamiya Y, Doyle M, Henretta JC, Timonen V. Depressive symptoms among older adults: The impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging Mental Health*. 2013;17:3349-57.

Kasen S, Chen H, Sneed JR, Cohen P. Earlier stress exposure and subsequent major depression in aging women. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(1):91-9.

Kiosses DN, Leon AC, Aréan PA. Psychosocial interventions for late-life major depression: evidence-based treatments, predictors of treatment outcomes, and moderators of treatment effects. *Psychiatry Clin North Am*. 2011;34:377-401.

Klabbers G, Bosma H, Kempen GIJM, Benzeval M, Akker MVD, Theodorus J, van Eijk M. Do psychosocial profiles predict self-rated health, morbidity and mortality in late middle-aged and older people? *J Behav Med*. 2014;37(3):357-68.

Kraaij V, Arensman E, Spinhoven P. Negative life events and depression in elderly persons: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc*. 2002;57:87-94.

- Krishna M, . Jauhari A, Lepping P, Turner J, Crossley D, Krishnamoorthy A. Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:331-40.
- Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, Gallo J, Szanto K, Conwell Y, Draper B, Quinnett P. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(2):88-98.
- Lapierre S, Boyer R, Desjardins S, Dubé M, Lorrain D, Préville M, Brassard J. Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *Int Psychogeriatric*. 2012;24(2):243-52.
- Leão ER, Silva MJP. Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(2):235-41.
- Louvison MCP, Rosa TEC. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: Berzins MV, Borges MC. *Políticas públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Editora Martinari, 2012. p. 155.
- Lubart T. *Psicologia da criatividade*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 83-5, 43, 58, 74.
- Maia DD. Perspectivas psicológicas de Jung sobre as ciências e a arte. Instituto Junguiano de São Paulo. [citado 3 jun 2016]. Disponível em: <http://ijusp.org.br/artigos/perspectivas-psicologicas-de-jung-sobre-as-ciencias-e-a-arte>.
- McCaffrey R. The effect of healing gardens and art therapy on older adults with mild to moderate depression. *Holist Nurs Pract*. 2007;21(2):79-84.
- McCaffrey R, Liehr P, Gregersen T, Nishioka R. Garden walking and art therapy for depression in older adults: a pilot study. *Res Gerontol Nurs*. 2011;4(4):237-42.
- Moretin PA, Bussab WO. *Estatística básica*. 5ª ed. São Paulo: Ed Saraiva; 2004. p. 426.
- Mochcovitch MD. Atualizações do tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada. *Rev Debates Psiquiatria*. 2015;14-18. [citado 3 jun 2016]. Disponível em: http://www.abp.org.br/rdp15/02/rdp_02_03.pdf.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B, Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8.
- Nainis N, Paice JA, Ratner J, Wirth JH, Lai J, Shott S. Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(2):162-9.
- Newcombe F. *Missile wounds of the brain: a study of psychological deficits*. Oxford: Oxford University Press; 1969.
- Nicolosi GT, Falcão DVS, Batistoni SST, Lopes A, Cachioni M, Neri AL, Yassuda MS. Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(6):941-9C.

OMS – World Health Organization (WHO). Media centre. Mental health and older adults. [cited 2016 Jun 7]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.

Öster I, Svensk AC, Magnusson E, Thyme KE, Sjödin M, Aström S, Lindh J. Art therapy improves coping resources: a randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliat Support Care*. 2006;4(1):57-64. .

Papaléo Netto M. In: Freitas EV. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Editora; 2006. p. 10.

Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(2):469-87.

Paschoal SMP, Salles RFN, Franco RP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p.19-23.

Patel, V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, De Silva MJ, Bhat B, Araya R, King M, Simon G, Verdelli H, Kirkwood BR. Effectiveness of an intervention led by lay health counselors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;376(9758):2086-95.

Perissinotto CM, Cenzer IS, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med*. 2012;172(14):1078-83.

Pinquart M, Forstmeier S. Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Aging Mental Health*. 2012; 16:5, 541-558.
doi.org/10.1080/13607863.2011.651434

Pledger MJ, Cumming J, Burnette M. Health service use amongst users of complementary and alternative medicine. *N Z Med J*. 2010;123(13-12):26-35.

Pompili M, Innamorati M, Di Vittorio C, Sher L, Girardi P, Amore M. Sociodemographic and clinical differences between suicide ideators and attempters: a study of mood disordered patients 50 years and older. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(1):34-45.

História da Psiquiatria: Vida e obra de Nise da Silveira. Fernando Portela Câmara. *Psychiatry on line Brasil*. 2006;11(Mar). [citado 03 jun 2016]. Disponível em: www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php.

Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PAD. The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed stage I and stage II breast cancer patients: a preliminary study. *Arts Psychotherapy*. 2006;33(3):218-28.

Raue PJ, Sirey JA. Designing personalized treatment engagement interventions for depressed older adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34:489-500.

Rey A. *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Press Universitaire de France; 1958.

Rey A. *Figuras complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas*. Tradução de M. S. Oliveira. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

Reynolds III CF. Prevention of depressive disorders: A brave new world. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1062-65.

Rogers C. *Tornar-se pessoa*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1961. p. 302

Rush AJ. STAR"D: what have we learned? *Am J Psychiatry*. 2007;164:201-4.

Rutledge T, Reis VA, Linke SA, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure - a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48:1527-37.

Samad Z, Brealey S, Gilbody S. The effectiveness of behavioural therapy for the treatment of depression in older adults: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:1211-20.

Santana CLA. *Avaliação de resultados em arteterapia* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. p. 124.

Schoevers RA, Smit F, Deeg DJ, Cuijpers P, Dekker J, van Tilburg W, Beekman AT. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *Am J Psychiatry*. 2006;163:1611-6.

Serfaty MA, Haworth D, Blanchard M, Buszewicz M, Murad S, King M. Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:1332-40.

Skeie TM, Skeie S, Stiles TC. The effectiveness of pleasant imagery and a distraction task as coping strategies in alleviating experimentally induced dysphoric mood. *Scand J Behav Ther*. Published online: 23 Mar 2010;18(1)31-42.

Sheline YI, Pieper CF, Barch DM, Welsh-Boehmer K, Robert C. McKinstry, RC, MacFall JR, D'Angelo G, Garcia KS, Gersing K, Wilkins C, Taylor W, Steffens DC, Krishnan RR, Doraiswamy PM. Support for the vascular depression hypothesis in late-life depression: results of a two-site, prospective, antidepressant treatment trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:277-85.

Shrira A. The effect of lifetime cumulative adversity on change and chronicity in depressive symptoms and quality of life in older adults. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(12):1988-9.

Silveira N. *Jung, vida e obra*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975. p. 13, 80.

Slayton SC, D'Archer J, Kaplan F. Outcome studies on the efficacy of art therapy: a review of findings. *J Am Art Therapy Assoc*. 2010;27(3):108-18.

Spina E, Santoro V. Drug interactions with vortioxetine, a new multimodal antidepressant. *Interazioni farmacologiche della vortioxetina, un nuovo antidepressivo ad azione multimodale*. *Riv Psichiatr*. 2015;50(5):210-15.

Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor B, Gundersheime J, Newhouse P, Grafman JH. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc.* 1989;37(8):725-9.

Szanto K, Lenze EJ, Waern M, Duberstein P, Bruce ML, Epstein-Lubow G, Conwell Y. Research to reduce the suicide rate among older adults: methodology roadblocks and promising paradigms. *Psychiatr Serv.* 2013;64(6):586-9.

Tate F, Longo D. Art therapy: enhancing psychosocial nursing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2002;40(3):40-7.

Taylor WD. Clinical practice: depression in the elderly. *N Engl J Med.* 2014;371(13):1228-36.

Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *J Aging Res.* 2011;2011:534781.

Uttley L, Scope A, Stevenson M, Rawdin A, Buck ET, Sutton A, Stevens J, Kaltenthaler E, Dent-Brown K, Wood C. Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. *Health Technol Assess.* 2015;19(18)1-120.

Valladares ACA. *Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental.* São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica; 2004. p. 109.

Vieira I. A expectativa de vida do brasileiro aumenta para 74 anos. 2012. [citado 10 dez 2012]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/11/29/expectativa-de-vida-do-brasileiro-aumenta-para-74-anos>.

Wilson KCM, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;1:CD004853.

Wood MJM, Molassiotis A, Payne S. What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psychooncology.* 2011;20(2):135-45.

Yassuda MS, Nunes PV. Innovative psychosocial approaches in old age. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22:527-31.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17:37-42.

ANEXOS**DADOS – PACIENTE**

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: _____ SEXO: M () F ()

ESTADO CIVIL: _____ ANOS DE ESCOLARIDADE: _____

FILHOS () SIM () NÃO QUANTOS: _____

RESIDE COM: _____

PROFISSÃO ANTERIOR: _____ ATUAL: _____

DIAGNÓSTICO: _____ TEMPO: _____

Nº DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS: _____

COMORBIDADES: _____

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO-HCFMUSP
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(....)CELULAR: DDD (.....).....

2.RESPONSÁVEL LEGAL:

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

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M () F ()

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

ENDEREÇO:.....N.º.....APTO:

BAIRRO:.....CIDADE:

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

DADOS SOBRE A PESQUISA

I. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: ARTETERAPIA E DEPRESSÃO: EFEITOS DA ARTETERAPIA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS.

PESQUISADORA: Paula Villela Nunes.

CARGO/FUNÇÃO: médica INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 97460

UNIDADE DO HCFMUSP: IPq - Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - FMUSP

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

DURAÇÃO DA PESQUISA: 4 anos

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

1 – Desenho do estudo: Ensaio Clínico

Essas informações servem para você decidir se quer participar deste estudo. O objetivo deste estudo é avaliar se a Arteterapia pode ajudar pessoas com 60 anos de idade ou mais que têm depressão.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados:

Caso você aceite participar desta pesquisa, você vai precisar responder perguntas (por exemplo, sobre depressão ou sobre memória) e fazer com caneta, lápis preto ou lápis de cor, cópia de um desenho e também alguns desenhos simples, em um papel em branco. Esta parte do estudo vai demorar mais ou menos 1 hora e vai ser feita no primeiro dia e também no final do estudo, 20 semanas depois. Vai ser feito um sorteio e metade das pessoas vai poder fazer a Arteterapia. A Arteterapia é uma terapia onde cada um vai fazer um relaxamento ouvindo músicas e depois, a cada dia, cada um vai fazer pinturas, desenhos, trabalhos com argila ou colagens. Estas atividades de Arteterapia serão orientadas por uma professora experiente (chamada arteterapeuta) e serão feitas para grupo de 10 pessoas, 1 vez por semana, durante 20 semanas. A outra metade das pessoas que não foi sorteada para fazer a Arteterapia vai apenas responder as perguntas e fazer os desenhos no início e depois de 20 semanas. No final das 20 semanas será criado um novo grupo de 10 pessoas e, quem por causa do sorteio não fez a Arteterapia, poderá fazer como o grupo que ganhou o sorteio, 1 vez por semana, durante 20 semanas.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados:

Todas as atividades serão feitas no 4º andar do Instituto de Psiquiatria do HC. As perguntas e desenhos vão ser feitos em um horário que você possa vir. A Arteterapia será às terças-feiras, das 9h às 10h:30min, durante 20 semanas. Todos os trabalhos, desenhos e pinturas feitos durante a Arteterapia serão fotografados pela arteterapeuta e serão entregues para você levar na semana seguinte. No final de cada Arteterapia, as pessoas que quiserem terão tempo para conversar entre si e com a arteterapeuta sobre seus trabalhos. Esta conversa será gravada ou anotada para ser usada apenas pela arteterapeuta na pesquisa, de forma confidencial. Não haverá necessidade de coleta de sangue.

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

Os procedimentos (questionários e desenhos) não causarão desconforto e o seu risco de participar é mínimo.

5 – Benefícios para o participante:

Este é um estudo para testar como a Arteterapia pode ajudar pessoas com depressão. Entretanto, somente no final do estudo poderemos concluir se a Arteterapia traz algum benefício.

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. Se você tiver alguma dúvida, a pesquisadora principal é a Dra. Paula Villela Nunes, que pode ser encontrada no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, 3º andar – Ala Norte, telefone (11) 2661-6657. 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.: 2661-6442, ramais 16, 17, 18 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

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

9 – Direito de confidencialidade: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou sobre 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.

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

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

I. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “ARTETERAPIA E DEPRESSÃO: EFEITOS DA ARTETERAPIA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS”.

Eu discuti com a Dra. Paula Villela Nunes 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 do meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente /representante legal

Data ____/____/____

Assinatura de testemunha

Data ____ / ____ / ____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos 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 ____/____/____

ESCALAS

ESCALAS	Pontuação Início	Data	Pontuação Final	Data
ASPECTOS COGNITIVOS				
MEEM				
TESTE DO RELÓGIO				
FLUÊNCIA VERBAL				
TRILHAS A				
ASPECTOS FUNCIONALIDADE				
FAST				
ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS				
BECK - DEPRESSÃO				
BECK - ANSIEDADE				
GDS-15				
AVALIAÇÃO VISUOCONSTRUTIVA				
FIGURA COMPLEXA DE REY				

PROGRAMAÇÃO DAS OFICINAS DE ARTETERAPIA

1ª OFICINA: teve por objetivo geral promover o autoconhecimento. Este trabalho foi posteriormente comparado com trabalho semelhante, o qual foi realizado na penúltima oficina, a fim de avaliar se houve alguma transformação durante o processo arteterapêutico. Oficina apresentada no estágio da especialização em Arteterapia, na Polícia Militar do Estado de São Paulo, com pessoas depressivas (Ciasca, 2004, p. 107).

Acolhimento: pacientes e terapeuta apresentaram-se brevemente.

Relaxamento: a terapeuta convidou todas as participantes a seguirem as instruções para o relaxamento com imaginação dirigida. O objetivo foi entrar em contato consigo mesma e relaxar as tensões do primeiro encontro. O relaxamento foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música Merlin's Magic, de Andreas Mock, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos, respire profundamente visualizando uma bela paisagem que lhe transmita calma. Imagine que você está recebendo um banho de luz azul, a qual lhe dá paz e equilíbrio. Veja agora mentalmente a cor verde, a qual lhe sugere saúde e bem-estar. Respire profundamente, soltando o ar devagar. Imagine a cor laranja, que lhe traz vitalidade e energia. Agora perceba uma luz rosa em seu coração; imagine que essa luz aumenta e invade seus pensamentos e emoções; experimente sentir amor por si mesma e autoaceitação. Imagine uma luz lilás em sua mente; essa luz limpa seus pensamentos e os modifica para pensamentos de amor, equilíbrio e espiritualidade. Una-se ao seu “eu interior” e sinta-se em paz. Respire profundamente; sinta cada parte de seu corpo; volte a atenção para esta sala bem devagar e abra os olhos.”

Expressão artística – Colagem: a terapeuta orientou as participantes a representarem seu momento atual por meio da técnica de colagem, utilizando papel canson A3, figuras de revistas, canetas hidrográficas, giz de cera, lápis de cor, fitas, lãs, papéis coloridos, papel crepon, tesouras sem ponta, cola. As participantes foram incentivadas a comentar suas produções com o grupo para que pudessem elaborar o significado de seu trabalho e trocar experiências entre si.

2ª OFICINA: teve por objetivo geral avaliar e estimular a autoestima.

Oficina publicada no livro “Doença de Alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional”, (Ferreira, Ciasca in: Nunes, 2012, p. 116) e na monografia do curso de “Gerontologia Social” no Instituto Sedes Sapientiae (Ciasca, 2011a, p. 49).

Relaxamento: teve por objetivo estimular a imaginação. Foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música *Imagens*, de Aurio Corrá, e conduzido com o seguinte discurso:

“Tranquilize sua mente, desligando-se dos fatos cotidianos; feche os olhos e respire profundamente... Dirija-se mentalmente para uma paisagem de sua preferência, praia ou campo; perceba o local, a brisa, as cores, os perfumes; respire calma e profundamente, e desfrute por alguns momentos deste ambiente. Veja uma trilha logo à sua frente e siga por ela; observe a vegetação e flores ao redor; após caminhar um pouco, você encontra uma cachoeira; sente-se em uma pedra em frente à cachoeira, veja a água cristalina que cai, sinta que essa água lhe traz saúde, vitalidade e energia renovadas. Respire o ar puro, sinta a brisa em sua pele, em suas roupas, em seus cabelos. Volte calmamente pelo mesmo caminho; no percurso você encontra um embrulho; veja como ele é, suas cores, o tamanho, o peso; este presente estava neste lugar para que você o encontrasse; este pacote lhe traz uma mensagem positiva de seu “eu interior”. Abra o embrulho; observe seu conteúdo... Calmamente, em sua imaginação, volte para a paisagem inicial, trazendo este embrulho com você. Respire profundamente, perceba os pés, as mãos, o pescoço; movimente-os, sinta todo o corpo, abra os olhos devagar, voltando sua atenção para esta sala.”

Expressão artística – Presente: as participantes foram convidadas a representar o embrulho imaginado na trilha durante o relaxamento, bem como seu conteúdo ou a paisagem. Foram utilizados papel canson A3, canetas hidrográficas, giz de cera, guache, fitas, lãs, fotos de revistas, papéis coloridos. A terapeuta sugeriu que cada pessoa refletisse sobre o que esta produção a fez sentir e pensar. As participantes foram incentivadas a comentar suas produções com o grupo.

3ª OFICINA: teve por objetivo geral auxiliar a aceitação, o enfrentamento de acontecimentos difíceis e o encontro de novas possibilidades em situações que parecem encerradas. Oficina publicada no livro “Doença de Alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional”, (Ferreira, Ciasca in: Nunes, 2012, p. 114). Esta oficina faz parte do programa de Arteterapia do HD-idosos no Instituto de Psiquiatria – IPq-FMUSP.

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música chamada *Música para os Florais de Bach*, de Adriano Grineberg e Edu Gomes, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos e descontraia todo o corpo; imagine um local que lhe traga tranquilidade e segurança, visualizando os detalhes deste lugar, para que possa retornar em qualquer momento que desejar, a fim de obter relaxamento e recarregar sua energia.”

Expressão artística – Monotipia: as participantes foram orientadas a colorir com guache de forma aleatória toda a superfície de uma folha A3 de 180g, procurando manter a tinta bem molhada, pincelando o papel rapidamente. Posteriormente foi solicitado que dobrassem a folha ao meio. Neste momento a terapeuta propôs ao grupo a seguinte reflexão: "Assim como esta folha foi fechada, a vida muitas vezes encerra uma situação, nos deixando sem escolhas. Agora iremos abrir a folha e perceber o que aconteceu". A nova configuração da pintura foi compartilhada e o grupo estimulado a refletir sobre as implicações deste fato. O resultado desta pintura não dependeu em sua totalidade de quem a produziu, uma vez que as participantes não sabiam a priori o que seriam orientadas a fazer.

4ª OFICINA: teve por objetivo geral proporcionar uma forma lúdica de perceber que o sentimento de vazio nem sempre é negativo. Oficina publicada no livro “Arte como Espelho” (Ciasca in: Kiyon et al., 2006, p. 155) e apresentada no 9º Congresso Brasileiro de Arteterapia, em São Paulo – SP (Ciasca, 2010a).

Relaxamento conjunto com Expressão Artística – Vazio Fértil: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música *The Flow of Ch’i*, da Coleção Equilíbrio: Corpo, Mente, Espírito, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos, concentre-se em seus pés, contraia-os, sintá-os e relaxe; respire profundamente; agora perceba suas pernas, respire, solte o ar e relaxe-as (será mencionada cada parte do corpo, lentamente). Imagine uma praia e siga por uma trilha até uma cachoeira; mentalmente, pegue argila do chão (nesse momento a terapeuta entrega a cada participante uma bola pequena de argila). Desligue-se dos assuntos exteriores, concentre-se em seus pensamentos e sentimentos no momento presente... Faça uma bola com a argila, manipule-a sentindo a textura, a temperatura, a umidade, perceba a argila em suas mãos. Abra um espaço interior nessa bola; perceba esse vazio.” Foi citado o trecho do livro “Tao Te King”, de Lao Tsé: “O oleiro faz um vaso, manipulando a argila, mas é o oco do vaso que lhe dá utilidade. Paredes são massas com portas e janelas, mas somente o vácuo entre as massas lhes dá utilidade. Paredes e portas formam uma casa, mas somente no vazio entre elas é que está a sua capacidade.” Após este momento ainda foi comentado: “Pense consigo mesma: você sente algum vazio dentro de si? Se sentir, é possível criar um novo significado para esse vazio?” Após um tempo de introspecção, todas foram orientadas a abrir os olhos, observar sua produção e compartilhar com o grupo suas impressões.

5ª OFICINA: teve por objetivo geral criar uma nova forma de olhar relações conflitantes, que foram representadas por uma pedra, como sugeriu o texto a seguir. Oficina apresentada no estágio da especialização em Terapia Familiar na UNIFESP (Ciasca, 2009, p. 108) e na VI Jornada de Terapia Familiar em São Paulo (Ciasca, 2011b).

A terapeuta utilizou a música *Early Morning Stroll*, do álbum *Forest Fantasia*, de Ana Marie, e colocou para o grupo: “Havia uma pedra no caminho... Uma pessoa passou, bateu o pé na pedra, sentiu dor, a chutou e a amaldiçoou. Logo depois, outra pessoa andando por lá a viu e a contornou. Uma terceira pessoa ao vê-la, achou-a interessante; pegou a pedra e percebeu que não era completamente sólida, se esfarelava; havia um pequeno núcleo que era belo e precioso; decidiu colocá-la em um lugar de destaque para que todos admirassem sua beleza”.

Expressão artística – A Pedra: as pessoas receberam uma pedra pequena e foram instruídas a utilizar lãs, fitas, canetas hidrográficas, guache, lantejoulas, purpurina, cola gliter, fotos de revistas para dar nova configuração à pedra. As participantes foram orientadas a criar uma produção, na qual a pedra estivesse inserida, ou fosse utilizada como núcleo central do trabalho. Após um tempo de introspecção, foram estimuladas a compartilhar com o grupo suas impressões.

6ª OFICINA: teve por objetivo geral promover a percepção das próprias qualidades e estimular os sentidos e sensações. Oficina baseada no livro “Dicionário de Símbolos” (Chevalier, Gheerbrant, 2005) e no livro “Mandalas” (Chiesa, 2012). Oficina publicada no livro “Doença de Alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional” (Ferreira, Ciasca in: Nunes, 2012, p. 114). Esta oficina faz parte do programa de Arteterapia do HD-idosos no Instituto de Psiquiatria – IPq-FMUSP.

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música *Ap Nithya*, Harmonia em Introspecção, de Adriano Grineberg e Edu Gomes, e conduzido com o seguinte discurso:

“Respire profundamente e relaxe; feche os olhos e deixe que os pensamentos passem por sua mente, tentando acalmá-la; respire, relaxe os pés, as pernas, os quadris, abdômen, costas, ombros, braços, mãos, pescoço e cabeça... Coloque-se mentalmente em um campo de flores, imagine os perfumes no ar (pode ser usado um difusor ou spray com essência), a brisa suave e envolvente; perceba a paz dentro de si. Perceba que nas plantas e no solo existem lindas sementes de tipos variados, colete-as. A seguir, comece a relacionar todas as suas qualidades como se fossem essas pequenas sementes; estas sementes são muito valiosas; mentalmente guarde-as em um cesto para que sempre estejam presentes em sua memória, seu coração e seu

espírito. Lentamente, respire profundamente... Respire novamente... Volte a atenção para esta sala, abrindo os olhos bem devagar, espreguiçando-se, respirando.”

Expressão artística – Mandala: a terapeuta descreveu o significado da mandala, a qual em sânscrito significa “círculo”, sendo compreendida como “o que contém a essência” ou “círculo mágico”, símbolo do centro, da meta e do si - mesmo. As participantes utilizaram grãos, especiarias e sementes, tais como canela em pau, ervilhas, favas, folhas de loro, cravos, feijões, os quais foram colados sobre a base de papelão para criar uma mandala, imaginando que cada elemento colocado representasse algo positivo de sua personalidade. No final do trabalho as participantes foram orientadas a compartilhar com o grupo suas impressões sobre esta produção.

7ª OFICINA: teve por objetivo geral exercitar a elaboração de pensamentos mais positivos e agradáveis. Oficina baseada no livro “A prática da Arteterapia” (Bernardo, 2008). Oficina publicada no livro “Doença de Alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional” (Ferreira, Ciasca in: Nunes, 2012, p. 114). Esta oficina faz parte do programa de Arteterapia do HD-idosos no Instituto de Psiquiatria – IPq-FMUSP.

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música Mangalan Gauri Ganesh, do álbum Vera Mantra, de Adriano Grineberg, Edson Aquino e Edu Gomes, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos e coloque-se mentalmente em um lugar que lhe traga tranquilidade; crie um espaço só para si que lhe sugira equilíbrio, paz de espírito, sentimento de que tudo está certo, tudo está bem; sinta este conforto e relaxe. Perceba todas as coisas positivas que existem em sua vida; certamente, nem tudo que nos ocorre é bom, mas deve existir algo valioso na nossa vida, alguns momentos bons e felizes. Agora formule bons desejos, respirando tranquilamente. Abra os olhos devagar.”

Expressão artística – Olho de Deus: a terapeuta contou o significado deste artefato, tecido com lã, o qual é utilizado pelos antigos povos da África, América do Sul e Central, com a finalidade de trazer proteção à casa ou a uma criança recém-nascida; dessa forma, com essa intenção, os fios são tecidos enquanto são formulados desejos de saúde, sorte, paz, etc. As participantes receberam dois palitos longos (de churrasco) que foram cruzados perpendicularmente e fixados com lã; em seguida iniciaram a tecelagem, com lãs coloridas, do centro para as bordas, por meio de laçadas em cada palito sucessivamente; o acabamento foi feito com fitas. Finalizando, as participantes foram incentivadas a compartilhar com o grupo suas impressões sobre a produção.

8ª OFICINA: teve por objetivo geral conduzir à observação das situações da vida que induzem a mudança de rumo e abandono de projetos iniciados, além da avaliação dos sentimentos que uma ruptura no processo criativo provoca. Esta foi a única oficina em que as participantes tiveram a participação de outra pessoa do grupo em sua produção. Oficina apresentada no 1º Encontro do MERCOSUL de Arteterapia – RJ (Ciasca, 2005) e na monografia do curso de “Gerontologia Social” no Instituto Sedes Sapientiae (Ciasca, 2011a, p. 44).

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música *Céu na Terra*, de Daniel Namkhay, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos e imagine-se em um local de grande beleza; perceba cada particularidade, as cores, os perfumes... Caminhando, você avista um grande rio. Como você pode atravessá-lo? Você pode procurar outro caminho? Qual é a sua escolha? Respire lenta e profundamente; sinta que você está protegido por uma cúpula iluminada de autoconfiança e fé em si mesma, seja qual for o caminho que você escolher. Inspire e expire... Abra os olhos devagar, voltando a atenção para esta sala.”

Expressão artística – Troca de Produções: foi solicitado às participantes que criassem uma pintura livre, usando papel canson A3 e guache. No meio da execução do trabalho, as participantes receberam uma única instrução para trocar as pinturas com as pessoas do seu lado direito, e prosseguirem esse trabalho já iniciado pela outra participante até finalizá-lo. A seguir, foram incentivadas a compartilhar com o grupo os sentimentos e percepções que este trabalho proporcionou em todas as suas etapas: relaxamento, execução, troca do trabalho e finalização da produção já iniciada pela outra. Depois as duas pessoas puderam assiná-lo.

9ª OFICINA: teve por objetivo geral auxiliar na transformação de sentimentos perante perdas e contribuir para o encontro de novas motivações. Oficina publicada no livro “Arte como Espelho” (Ciasca in: Kiyam et al., 2006, p. 77) e na monografia do curso de “Gerontologia Social” no Instituto Sedes Sapientiae (Ciasca, 2011a, p. 50).

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música *Through the Arbor*, do álbum *Enchanted Garden*, de Kevin Kern, e conduzido com o seguinte discurso:

“Tranquelize sua mente, desligando-se dos fatos cotidianos; dirija-se mentalmente para uma paisagem com um lago de águas profundas; perceba o local, a brisa, as cores, os perfumes, respire profundamente e desfrute por alguns momentos deste ambiente. Veja uma trilha logo à sua frente, siga por ela; após caminhar um pouco você se encontra em um planalto; observe ao redor, o horizonte e o caminho percorrido; coloque nesse local a pessoa

ou situação que lhe traga sentimentos de perda; permaneça um pouco com essa sensação; respire o ar puro, sinta a brisa suave. Volte calmamente à paisagem inicial, deixando a pessoa nesse local.”

Expressão artística – Dizer Adeus: após o relaxamento, as participantes foram convidadas a sentir o próprio corpo e, lentamente, movimentar as mãos, braços, pescoço, e abrir os olhos devagar. Depois fizeram um desenho com giz de cera, representando apenas os momentos alegres que tenham compartilhado com a pessoa ou situação lembrada anteriormente. Em seguida foram instruídas a cobrir totalmente esse trabalho com uma camada de nanquin preto, simbolizando o momento de perda ou como a vida se transformou com esse fato. Então, foram convidadas a raspar o trabalho com espátula ou outro objeto semelhante, para criar um novo desenho e uma nova relação com esse trabalho, e observarem que surgiu uma nova configuração, algo diferente, criativo e expressivo, mesmo depois da cobertura com tinta do trabalho original. As participantes foram incentivadas a compartilhar com o grupo suas impressões sobre a produção.

10ª OFICINA: teve por objetivo geral mostrar às participantes que é possível fazer um trabalho deixando fluir o traçado, sem autocrítica, fazendo analogia com a própria atitude em relação à vida e à produção. O desenho cego foi utilizado para relaxar as tensões, amenizar a crítica e proporcionar um momento de relaxamento e diversão. Oficina publicada no livro “Arte como Espelho” (Ciasca in: Kiyon et al., 2006, p. 57). Oficina apresentada no estágio da especialização em Arteterapia, na Polícia Militar do Estado de São Paulo, com pessoas depressivas (Ciasca, 2004, p. 106).

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música Sons da Natureza, do álbum Mystic Lagoon, e conduzido com o seguinte discurso:

“Imagine uma sala ampla com uma grande varanda, de onde você avista um belo cenário; veja mentalmente todos os detalhes desta paisagem e desta sala. Este local é só seu, um local onde você pode se sentir calmo, protegido, em paz consigo mesmo; tudo está certo com você e em sua vida; sinta amor por si mesmo. Neste local você pode sentir-se equilibrado e pode recarregar suas energias sempre que necessitar. Respire profundamente, sentindo-se em paz. Abra os olhos devagar, voltando sua atenção para cá.”

Expressão artística – Desenho Cego: as pessoas foram instruídas a atravessar uma folha de papel sulfite com um lápis, com a finalidade de obstruir a visão do desenho que foi feito a partir da cópia de uma cena ou objetos da sala. As pessoas tentaram copiar a cena sem se preocupar com a localização e precisão do desenho, e tampouco com o resultado da produção.

Geralmente surgem traços aleatórios e cruzados. Após a execução do traçado, as pessoas elegeram partes do desenho para serem coloridas ou criaram uma composição com as cores a partir do traçado. Foram oferecidos diversos materiais como papel sulfite, papel canson, lápis preto, lápis de cor, canetas hidrográficas. No final as pessoas foram incentivadas a compartilhar suas impressões.

11ª OFICINA: teve por objetivo geral chamar a atenção das participantes para o mundo em que vivem, proporcionando o aprendizado de uma nova forma de observar a vida, para que possam desfrutar melhor seu cotidiano. Oficina publicada no livro “Doença de Alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional”, (Ferreira, Ciasca in: Nunes, 2012, p. 114). Esta oficina faz parte do programa de Arteterapia do HD-idosos no Instituto de Psiquiatria – IPq-FMUSP.

Expressão artística – Sensibilização: foi pedido às pessoas que traçassem retas, dividindo uma folha A3 em seis partes (quadrados de 15cm x 15cm). Em seguida foram instruídas a fechar os olhos para que o sentido da *visão* não interferisse na percepção da *audição*.

Audição: após ouvir cada música ou som, cada pessoa representou suas sensações com os materiais oferecidos: giz de cera, lápis de cor, guache ou canetas hidrográficas.

Os participantes ouviram trechos das seguintes músicas:

1. Merlin's Magic – Ligth Reiki.
2. Symphonie nº 6 – Pastorale – Beethoven.
3. Samwaad – Rua do Encontro – Ivaldo Bertazzo.
4. The Magic of Pan Pipes – Zampona – Aguita de Phoutina.
5. Garota de Ipanema – Tom Jobim.
6. Sons diversos: apitos de canto de pássaros, chocalhos, pau de chuva.

A seguir as pessoas foram convidadas a compartilhar suas impressões.

12ª OFICINA: continuação do trabalho da oficina anterior. Oficina publicada no livro “Doença de Alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional” (Ferreira, Ciasca in: Nunes, 2012, p. 114).

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música Meditação, Descanso, do álbum Sons da Natureza, e conduzido com o seguinte discurso:

“Desligue sua mente de tudo, permaneça concentrado em sua respiração, inspire e expire, inspire e expire...”

Expressão artística – Sensibilização. Olfato: foram oferecidos em pequenos recipientes opacos, vários itens com diferentes odores, para que as pessoas tentassem descobrir quais eram: 1. cravo / 2. orégano / 3. essência de lavanda / 4. café / 5. essência de baunilha / 6. canela.

Tato: dentro de uma sacola de pano, as pessoas puderam manusear vários objetos: 1. folha de lixa / 2. bolinha com saliências para massagem / 3. cartão micro-ondulado / 4. plástico bolha / 5. pena / 6. pedra, etc.

Paladar: as pessoas foram convidadas a experimentar diversos sabores: doce (bala de goma), salgado (biscoito), apimentado (amendoim com pimenta), sabor refrescante (bala de hortelã).

Visão: diversos materiais foram oferecidos para que as pessoas pudessem ter a experiência da visão com enfoque mais criativo / outro enfoque: caleidoscópio, figuras ambíguas, figuras de trabalhos de Maurits Cornelis Escher, figuras tridimensionais, etc.

Nesta oficina os participantes também utilizaram materiais artísticos para representar suas sensações, através do desenho ou pintura, após cada estímulo. Os participantes foram convidados a compartilhar suas impressões.

13ª OFICINA: teve por objetivo geral trazer à tona as características opostas da personalidade, proporcionando a oportunidade de reconhecimento e integração dos aspectos positivos e negativos, as quais representassem algo da personalidade que auxilia e algo que prejudica na comunicação com os outros. Oficina apresentada no 8º Congresso de Arteterapia, Canela – RS (Ciasca, 2008) e IX Congresso Brasileiro de Terapia Familiar, Búzios – RJ (Ciasca, 2010b).

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música A Montanha das Bênçãos, de Daniel Namkhay e Christian Bollmann, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos e sinta-se dentro de si, respire e solte o ar devagar, respire e relaxe. Observe-se, perceba como você é... Acompanhe sua inspiração e sua expiração, relaxe. Lentamente abra os olhos, respirando e soltando o ar devagar.”

Expressão artística – Polaridades: a terapeuta apresentou apenas materiais brancos, tais como cartolina, papelão micro-ondulado, papel crepom, papel de seda, giz de cera, lantejoulas, purpurina, cola, feltro, tecidos finos e transparentes, para que as participantes criassem uma forma, desenho ou produção tridimensional que representasse aspectos da personalidade que as auxiliassem na comunicação com os outros. As pessoas foram convidadas a comentar esta produção com o grupo. Logo após, da mesma forma foi pedido

que destacassem um aspecto que considerassem negativo ou trouxesse dificuldades nos relacionamentos e, utilizando materiais semelhantes na cor preta, fizessem outra produção, a qual também foi comentada. Na terceira etapa, a terapeuta pediu que as duas produções fossem observadas e integradas, criando um único trabalho. O resultado final pôde ser compartilhado com o grupo.

14ª OFICINA: teve por objetivo geral propiciar a sensação de que é possível se desligar de situações e emoções negativas.

Relaxamento: foi conduzido pela terapeuta, utilizando a música *The Yangtze*, do álbum *Equilíbrio: Corpo, Mente, Espírito*, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos e dirija-se mentalmente para o seu local interior, onde você obtém paz de espírito e equilíbrio. Imagine que está andando em um bosque e à sua frente avista uma pira acesa, a qual está à beira de uma montanha de onde é possível ver o mar; chegando mais próximo desta pira, você percebe que pode se desfazer de suas mágoas, ressentimentos e tristezas. Imagine que estes sentimentos se materializam como se fossem pequenas esferas e podem ser lançados no fogo transformador da pira. Retire-as uma a uma de dentro de si e as entregue ao fogo. Ao terminar, atire as cinzas que restaram para baixo; elas irão se desfazer no mar e irão se transformar no contato com a água”.

Expressão artística – Mandalas de Parafina Colorida: as participantes foram instruídas a acenderem velas de diversas cores e deixarem cair gotas de parafina na água que estava dentro de uma pequena vasilha plástica (diâmetro: 7 cm), até que fosse formada uma película; acrescentaram o suficiente para obter a espessura de 1cm, trocando as cores das velas. A cada gota de parafina puderam imaginar que as mágoas eram retiradas de dentro de si. Depois da secagem da mandala, esta foi retirada da vasilha. Foi possível decorar a superfície com purpurina, cola glitter ou materiais similares. Após a finalização, as participantes puderam compartilhar suas impressões.

15ª OFICINA: teve por objetivo geral proporcionar reflexão sobre si mesma. Oficina baseada nos livros “O Homem e seus símbolos” (Jung, 1977) e “Arteterapia e envelhecimento” (Fabiatti, 2004). Oficina publicada no livro “Doença de Alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional” (Ferreira, Ciasca in: Nunes, 2012, p. 114).

Relaxamento: foi conduzido pela terapeuta, utilizando a música *Ela nunca deixou de nos amar*, do álbum *Muitas Luas*, de Daniel Namkhay, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos e se interiorize para perceber-se com maior clareza. Imagine que está em seu lugar especial, que é só seu, onde pode desfrutar de calma, serenidade, equilíbrio...”

Expressão artística – Máscaras: para esta produção foram utilizados os seguintes materiais: máscaras de plástico ou papel, lápis de cor, giz de cera, papéis para colagem. Inicialmente as pessoas foram convidadas a representar do lado de fora da máscara como achavam que as outras pessoas as viam; então, comentaram suas impressões. A seguir, do lado de dentro da máscara representaram como elas mesmas se viam. Foram incentivadas a compartilhar suas reflexões.

16ª OFICINA: teve por objetivo geral trabalhar de forma lúdica a falta de controle sobre os fatos da vida. Oficina apresentada no estágio da especialização em Arteterapia, na Polícia Militar do Estado de São Paulo, com pessoas depressivas (Ciasca, 2004, p. 107).

Relaxamento: foi conduzido pela terapeuta, utilizando a música Lakshami, a Deusa, de Mara Regina de Caccia e Silvio Luis Pierrotti, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos e se interiorize; lembre-se da infância, traga a brincadeira para seus pensamentos, perceba a alegria, a despreocupação. Sinta compaixão por si mesma neste momento atual, aceite-se como é agora; sinta também compaixão pelos outros.”

Expressão artística – Nanquim Soprado: a terapeuta instruiu as participantes a gotejar o nanquim colorido sobre uma folha de canson e soprá-lo com canudo de frescos, tentando orientar o curso da tinta. Aplicaram várias cores para que elas se fundissem, criando novos matizes. Durante a criação da produção, a terapeuta entrevistou nos trabalhos, aplicando uma camada de água em uma parte da folha com um pincel largo, para que as cores se diluíssem. A seguir as pessoas puderam compartilhar suas impressões.

17ª OFICINA: teve por objetivo geral proporcionar a aproximação com a natureza, através da arte da Ikebana, buscando a beleza nas coisas simples. Oficina baseada no livro “Ikebana” (Garcia, Mores, 2001). Esta oficina faz parte do programa de Arteterapia do HD-idosos no Instituto de Psiquiatria – IPq-FMUSP.

A terapeuta comentou sobre a tradição da Ikebana, a qual data do século VI D.C; a origem da Ikebana está ligada ao ato de colocar flores no altar de Buda; no entanto, sabe-se que antes do budismo ser introduzido no Japão já havia o costume de oferecer flores aos deuses. Acreditava-se que para invocar as divindades era necessário um local para recebê-las, indicado por uma flor colocada, preferencialmente, de forma perpendicular à base do vaso. Segundo a crença, os deuses se guiavam por essa flor e ali se instalavam; e até hoje, em sua

essência, a Ikebana mantém essa crença. A seguir a terapeuta leu o poema: “A beleza da flor, quando a fixo compenetrado, volto a sentir quão profundas são as bênçãos de Deus. Conheci a alegria do mundo ao adornar minha sala com a camélia que floresceu no jardim. Aqueles que têm o desejo ardente de se igualar à beleza das flores possuem corações que a elas se assemelham.” Mokiti Okada.

Foi reproduzida a música *As Quatro Estações*, de Vivaldi, durante a execução do trabalho.

Expressão artística – Ikebana: as participantes foram instruídas a colocar as flores de forma harmoniosa em um recipiente, de acordo com orientações da Ikebana no estilo Sanguetsu: uma flor menor e mais alta para simbolizar a lua, uma flor média que represente o sol, colocada na metade da altura do arranjo, e uma flor maior e mais baixa simbolizando a terra; depois foram colocadas folhas e flores menores como complementos. No final do trabalho as pessoas compartilharam suas impressões.

18ª OFICINA – Espaço Interior: teve por objetivo proporcionar um momento relaxante para memorização do espaço interior, o qual foi imaginado por cada pessoa, para que este esteja disponível e nítido na memória nos momentos em que elas necessitarem de tranquilidade, equilíbrio, relaxamento e energização.

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música *Visões*, do álbum *Imagens*, de Aurio Corrá, e conduzido com o seguinte discurso:

“Feche os olhos e coloque-se em um lugar maravilhoso que é só seu; este local lhe traz paz, harmonia, equilíbrio, sentimento de completude e serenidade. Imagine esse local com todos os detalhes, para que esteja vívido e acessível em sua memória sempre que você desejar.”

Expressão artística – Espaço Interior: as participantes utilizaram tinta acrílica sobre tela (20cm x 24cm) para representarem seu espaço interior de paz e energia. A seguir as pessoas foram convidadas a compartilhar suas impressões.

19ª OFICINA: teve por objetivo geral avaliar se ocorreram mudanças em relação ao primeiro trabalho, desenvolvido no início do processo.

Relaxamento: foi dirigido pela terapeuta, utilizando a música *Om*, de Laize e Aurio Corrá, e conduzido com o seguinte discurso:

“Desligue-se dos pensamentos cotidianos e imagine-se caminhando por uma trilha repleta de flores; existem alguns obstáculos e pedras, mas você pode avistar uma bela

paisagem... Este caminho o leva a uma colina, de onde você pode avistar todo o seu percurso; observe se você passou por encruzilhadas, se teve de subir escarpas ou descer algum trecho com dificuldade. Qual é a sua sensação de ter chegado ao topo? Você sente que seu esforço teve valor? Respire calmamente, movimentando seu corpo devagar e abra os olhos.”

Expressão artística – Colagem: as participantes foram orientadas a realizar uma colagem representando o momento atual, seus desejos, pensamentos, emoções, utilizando os seguintes materiais: papel canson A3, fotos de revistas, fitas, lãs, papéis coloridos, canetas hidrográficas, giz de cera, lápis de cor, cola, tesouras sem ponta. A seguir as pessoas foram convidadas a compartilhar suas impressões.

20ª OFICINA – Avaliações e encerramento: as participantes foram convidadas a executar um presente para trocar com as colegas, como por exemplo: cartão com uma frase de sua escolha, marcador de livros, origami ou porta-lápis. Em seguida foi preenchido o questionário de avaliação e foi servido um lanche de confraternização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DAS OFICINAS

Bernardo PP. *A prática da arteterapia*. São Paulo: editado pela autora; 2008. p. 27.

Chevalier J, Gheerbrant A. *Dicionário de símbolos*. 19ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio Editora; 2005. Introdução: p. 585.

Chiesa RF. *Mandalas - construindo caminhos: um processo arteterapêutico*. Rio de Janeiro: Wak Editora; 2012.

Ciasca EC. *A arteterapia como coadjuvante no tratamento da depressão* [monografia]. São Paulo: Curso de Especialização em Arteterapia, Universidade São Judas Tadeu; 2004. 1ª oficina, p. 107; 10ª oficina, p. 106; 16ª oficina, p. 107.

Ciasca EC. 8ª oficina – Troca de produções. (Apresentada no 1º Encontro do Mercosul de Arteterapia – AARJ; 2005; Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Anais).

Ciasca EC, In: Kiyam AM. *Arte como espelho: experimentos em arteterapia gestaltica*. São Paulo: Editora Altana; 2006. 4ª oficina, p. 155; 9ª oficina, p.77; 10ª oficina, p. 57.

Ciasca EC. 13ª oficina – Polaridades. (Apresentada no 8º Congresso Brasileiro de Arteterapia – AATERGS; 2008; Canela, RS, Brasil. Anais).

Ciasca EC. *Metaconceitos e arteterapia na terapia familiar sistêmica* [monografia]. São Paulo: Curso de Especialização em Terapia Familiar, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; 2009. p. 35-40; 5ª oficina, p. 108.

Ciasca EC. 4ª oficina – Vazio fértil. (Apresentada no 9º Congresso Brasileiro de Arteterapia – AATESP; 2010a; São Paulo, SP, Brasil. Anais).

Ciasca EC. 13ª oficina – Polaridades. (Apresentada no IX Congresso Brasileiro de Terapia Familiar – ABRATEF; 2010b; Búzios, RJ, Brasil. Anais).

Ciasca EC. *Arteterapia para idosos* [monografia]. São Paulo: Curso de Aperfeiçoamento em Gerontologia Social, Instituto Sedes Sapientiae; 2011a. p. 7; 2ª oficina, p. 49; 8ª oficina, p. 44; 9ª oficina, p. 50.

Ciasca EC. 5ª oficina – A pedra. (Apresentada ns VI Jornada Paulista de Terapia Familiar – ABRATEF; 2011b; São Paulo, SP, Brasil. Anais).

Escher MC. *Gravuras e Desenhos*. Germany: Taschen, 1994.

Fabiatti DMCF. *Arteterapia e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 32.

Ferreira RC, Ciasca EC. Arteterapia para idosos com Doença de Alzheimer: a estimulação cognitiva e o encontro com a arte. In: Forlenza OV, Falcão D, Nunes PV. *Doença de alzheimer: uma perspectiva do tratamento multiprofissional*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 110. 2ª oficina, p. 115; 3ª, 6ª, 7ª, 12ª e 15ª oficinas, p. 114.

Garcia NJ, Mores RC. *Ikebana: gentil arte da persuasão*. eBooksBrasil.com. Disponível em: <<http://www.jahr.org>>. 2001. Acesso em: 21 jan. 2014. 17ª oficina.

Jung CG. *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 20ª impressão, edição especial; 1977. p. 236. 16ª oficina.

Lao-Tse. *Tao Te King*. Capítulo 11 – A atuação do invisível no visível. 8ª ed. São Paulo: Editora Rohden; 1989. p. 46. 4ª oficina.

Ultra 3-D – *Mythical flight: gravuras tridimensionais*. São Paulo: Cia. Melhoramentos; 1995. 12ª oficina.