

Marilia Yokota

**A experiência de melhora dos sintomas através
de arte-terapia em adolescentes com depressão
refratária**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental

Orientação: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2003

Aos meus queridos pais

“A arte e a ciência consistem em tentar compreender.”

Alberto Giacometti

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Francisco Lotufo Neto, pela dedicação, por me ensinar e proporcionar uma verdadeira lição de vida.

À querida amiga Lee, por tanto apoio desde o início.

A Jônia, sempre presente nos momentos críticos.

A Carmen e Maria Inês, por compartilharem os atendimentos.

A todos os pacientes e familiares que participaram deste estudo.

A Gislaine, pela participação incondicional.

As secretárias do Departamento de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sempre tão solícitas e acessíveis.

Aos funcionários e colegas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que me ajudaram.

À querida Sarita, amiga de verdade, sempre presente.

Aos meus pais, que possibilitaram tudo.

Índice

Lista das siglas

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA	16
1.1.1	<i>Cronicidade e Refratariedade</i>	<i>19</i>
1.1.2	<i>O “difícil manejo” da depressão em adolescentes: Aspectos sociais.....</i>	<i>20</i>
1.1.3	<i>Depressão e Psicologia Analítica</i>	<i>21</i>
1.2	A ARTE-TERAPIA E O PROCESSO TERAPÊUTICO	22
1.2.1	<i>Arte-terapia em grupo</i>	<i>27</i>
1.3	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	29
1.4	OBJETIVOS.....	31

2	CASUÍSTICA E MÉTODO	32
2.1	O MÉTODO QUALITATIVO.....	33
2.2	POPULAÇÃO ALVO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	38
2.3	INSTRUMENTOS	40
2.4	PROCEDIMENTO.....	45
2.4.1	<i>O Adolescente Deprimido: Diagnóstico</i>	<i>45</i>
2.4.2	<i>Tratamento farmacológico</i>	<i>46</i>
2.4.3	<i>As sessões de arte-terapia</i>	<i>46</i>
2.4.4	<i>Variáveis sócio-demográficas</i>	<i>48</i>
2.4.5	<i>Coleta, armazenamento e organização dos dados coletados.....</i>	<i>48</i>
3	RESULTADOS.....	52
3.1	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA SELECIONADA.....	53
3.1.1	<i>Perfil e análise das variáveis sócio-demográficas da amostra</i>	<i>54</i>
3.1.2	<i>Resultados da Children's Depression Rating Scale – Revised</i>	<i>58</i>
3.1.3	<i>Resultados da Children – Global Assessment Scale</i>	<i>60</i>
3.2	OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO.....	62
3.2.1	<i>Questão 1</i>	<i>62</i>
3.2.2	<i>Questão 2</i>	<i>64</i>
3.2.3	<i>Questão 3</i>	<i>66</i>
3.2.4	<i>Questão 4</i>	<i>67</i>
3.2.5	<i>Questão 5</i>	<i>68</i>
3.2.6	<i>Questão 6</i>	<i>69</i>
3.2.7	<i>Questão 7</i>	<i>70</i>

3.2.8	Questão 8	70
3.2.9	Questão 9	71
3.2.10	Questão 10	72
3.2.11	Questão 11	73
4	DISCUSSÃO	74
4.1	ASPECTOS DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO	75
4.1.1	<i>Aspectos psicodinâmicos</i>	<i>79</i>
4.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PRODUÇÕES PLÁSTICAS	82
4.3	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	96
5	CONCLUSÃO	98
6	BIBLIOGRAFIA	101
7	BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	106

8	ANEXOS	108
	ANEXO 1 – ESQUEMA DE OBSERVAÇÃO PSIQUIÁTRICA INFANTIL.....	109
	ANEXO 2 - CHILDREN’S DEPRESSION RATING SCALE – REVISED	114
	ANEXO 3 - ENTREVISTA DE TRIAGEM.....	117
	ANEXO 4 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE SOBRE A PESQUISA	119
	ANEXO 5 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELO PACIENTE	120
	ANEXO 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO.....	121
	ANEXO 7 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE MATERIAL AUDIO-VISUAL E PRODUÇÕES PLÁSTICAS.....	123
	ANEXO 8 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS.....	124
	ANEXO 9 – CHILDREN – GLOBAL ASSESSMENT SCALE	126
	ANEXO 10 –ESCALA DE SITUAÇÕES PSICOSSOCIAIS ANORMAIS	127
	ANEXO 11 – TRANSCRIÇÕES LITERAIS, IDÉIAS CENTRAIS E EXPRESSÕES-CHAVE ...	130

Lista das siglas*

- APA** - *American Psychiatric Association*
- ATA** – Ambulatório de Transtornos Afetivos
- BX** - Nível socioeconômico baixo
- CDRS-R** – *Children Depression Rating Scale*
- C-GAS** – *Children Global Assessment Scale*
- DICA-R** – *Diagnostic Interview for Children and Adolescents, Revised*
- DSC** – Discurso do Sujeito Coletivo
- DSM-IV** – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*
- ECH** – Expressão-Chave
- I** - Situação conjugal “insatisfatória”
- IC** – Idéia Central
- IPq-HC-FMUSP** – Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- MA** - Nível socioeconômico médio-alto
- MB** - Nível socioeconômico médio-baixo
- MM** - Nível socioeconômico médio-médio
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- S** - Situação conjugal “satisfatória”
- SEPIA** – Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência
- SPA** – Escala de Situações Psicossociais Anormais
- ST** - Situação conjugal “solteiros”
- V** - Situação conjugal “viúvos”
- WHO** – World Health Organization

Resumo

Objetivo: Este estudo teve como intuito investigar a experiência de pacientes adolescentes com depressão refratária a tratamentos farmacológicos a respeito de sua condição, após um tratamento complementar de arte-terapia.

Método: A partir de uma entrevista semi-estruturada, o próprio paciente deu seu depoimento sobre como era ter depressão, como vivenciava sua experiência com a doença e como se sentia após o tratamento com arte-terapia. Foi realizada uma análise de corte qualitativo usando-se como instrumento de análise o Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: Pacientes extremamente difíceis do ponto de vista clínico apresentaram melhora significativa de relacionamento com o mundo. Puderam constatar por si próprios melhora no auto-conhecimento, reforço na sua identidade e aumento de auto-estima. Verificou-se essa mudança também em suas produções plásticas. A introdução desse tipo de abordagem proporcionou humanização da relação com o paciente em tratamento.

Conclusão: Proporcionando e promovendo a escuta da voz do universo imaginário dos pacientes, e usando-a como referência, constatou-se melhora significativa de sintomas depressivos através de arte-terapia associada ao tratamento farmacológico.

Summary

Objective: The author's goal was to investigate the experience of the adolescent patient with pharmacological treatment-refractory, unipolar, nonpsychotic, major depression, regarding the patient's condition after pharmacological treatment combined with art therapy. Method: Through means of a semi-structured interview, the patient articulated how it was to suffer from major depression, how he/she experienced the disease, and about his/her feelings after the art therapy treatment. The analysis was qualitative, and the analysis instrument used was the Collective Subject Discourse.

Results: Extremely difficult patients from a clinical perspective showed significant improvement in both subjective and objective relations with the world. They could verify by themselves insight improvement, and identity expansion and self-esteem increase, what was also noticed in their artwork. This kind of approach facilitated humanization to the patient in treatment.

Conclusion: Listening to the voice of the imaginary universe of the patient was facilitated through art therapy. It was possible to distinguish remission of depressive symptoms after the association of art therapy to pharmacological treatment.

1

INTRODUÇÃO

“Criar é exprimir o que se tem em si”

Henri Matisse

1.1 Depressão na Adolescência

A depressão caracteriza-se por uma combinação de sintomas que interferem na capacidade de trabalhar, dormir, alimentar-se e desfrutar de atividades que antes eram consideradas agradáveis. Esses episódios podem ocorrer uma ou várias vezes durante a vida. De acordo com o DSM-IV* (APA*, 1995), o diagnóstico de Depressão Maior se caracteriza por um ou mais Episódios Depressivos Maiores. A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é um período mínimo de 2 semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora (agitação ou lentificação); fadiga ou diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa inapropriada; dificuldades para pensar, concentrar ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. A fim de contabilizar para um Episódio Depressivo Maior, a presença dos sintomas deve ser recente ou então ter claramente piorado, em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente

significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Sabe-se hoje que as crianças e adolescentes também sofrem de depressão, e que a idade da criança e a sua sofisticação psicológica influenciam nas formas de manifestações clínicas (Birmaher et al., 1996a; Kovacs, 1996; Mitchell et al., 1988; Ryan et al., 1987). Sabe-se também que o reconhecimento de sintomas depressivos é mais difícil porque crianças e adolescentes podem ter dificuldade em expressar seus próprios sentimentos (Birmaher et al., 1996a, 2000; Brent & Birmaher, 2002). Quando a depressão começa na infância, os pais podem achar que “a criança sempre foi assim”. Estudos epidemiológicos de depressão em adolescentes não são totalmente confiáveis, pois apresentam variações importantes quanto à escolha da amostra (Harrington, 1993). Contudo, os estudos mostram que a ocorrência de Depressão Maior na adolescência varia entre 4 e 8%, numa razão de rapazes para moças de 1:2 (Fleming & Offord, 1990; Kashani et al., 1987a,b; Kessler et al., 1994; Lewinsohn et al., 1994).

O adolescente deprimido apresenta os sintomas descritos anteriormente, mas de acordo com o padrão de comportamento de sua idade. Caracteristicamente, os sintomas se assemelham aos sintomas de Depressão Maior em adultos, com tendência a apresentar principalmente mais irritabilidade, além de mais distúrbios do sono e do apetite, idéias delirantes, ideação e tentativa de suicídio e diminuição do desempenho

em atividades e relacionamentos interpessoais em comparação com crianças menores, e mais problemas de comportamento do que adultos (Birmaher et al., 1996a; Kovacs, 1996; Mitchell et al., 1988; Ryan et al., 1987).

As causas da depressão em adolescentes podem estar relacionadas a uma alteração indesejada na vida (uma doença crônica, conflitos de relacionamento, dificuldades financeiras da família, etc), uso de álcool ou drogas, ou ainda, a combinação de fatores genéticos, psicológicos e ambientais (Birmaher et al., 1996a, 2000; Brent & Birmaher, 2002; Chambers et al., 1982; Kovacs, 1996; Mitchell et al., 1988; Ryan et al., 1987). O tratamento atual da depressão em adolescentes é basicamente uma combinação de terapia medicamentosa com anti-depressivos, para abreviar o sofrimento e reduzir o prejuízo de desempenho global da criança, orientação familiar e psicoterapia, individual ou familiar, de acordo com as necessidades particulares (Birmaher et al., 1996a, 2000; Brent & Birmaher, 2002; Chambers et al., 1982; Harrington, 1993; Kovacs, 1996; Mitchell et al., 1988; Ryan et al., 1987). Estudos publicados de metanálise sobre a eficácia de tratamentos psicoterápicos com adolescentes deprimidos são inexistentes. Segundo Michael (2000), a revisão de literatura revela que a grande maioria dos estudos sobre o tratamento de depressão em crianças e adolescentes é meramente narrativa, ou com comprometimento metodológico, ou ainda, apresenta conclusões vagas ou questionáveis.

1.1.1 Cronicidade e Refratariedade

Ainda não há um consenso na definição de cronicidade para Depressão Maior na adolescência (Birmaher et al, 2000; Brent & Birmaher, 2002). No estudo de Ryan et al (1987, in Harrington, 1993), por exemplo, a cronicidade é considerada nos casos de depressão com duração de no mínimo dois anos. Já Shain et al (1991, apud Harrington, 1993) consideram crônica a depressão presente há um ano.

Em alguns casos, o tratamento pode não atingir resultados satisfatórios e assim, ocorrer a refratariedade. A resistência à terapêutica medicamentosa tem sido investigada há mais de duas décadas e ocorre em 15 a 30% dos casos tratados (Birmaher et al, 2000; Greenberg & Spiro, apud Zohar & Belmaker, 1987; Guscott & Grof, 1991; Harrington, 1993; Parker & Roy, 2001). Essa resistência ao tratamento medicamentoso pode se dever a: Dosagem inadequada; duração insuficiente do tratamento farmacológico; pouca adesão ao tratamento; comorbidade com outras patologias (ansiedade, uso de substâncias como álcool ou drogas, transtorno de personalidade) ou com outras doenças endógenas; depressão bipolar não detectada; ocorrência de eventos sérios ou crônicos na vida do paciente, tais como abuso sexual, violência doméstica, entre outros; erro diagnóstico ou tratamento inadequado (Amsterdam & Hornig-Rohan, 1996; Guscott & Grof, 1991; Thase & Rush, 1995).

1.1.2 O “difícil manejo” da depressão em adolescentes: Aspectos sociais

Análises preliminares sugerem que os casos de difícil tratamento geralmente apresentam influências de estressores crônicos de origem psicossocial. A família é o modelo de socialização mais importante para a criança e por isso, distorções no quadro sócio-familiar durante seu desenvolvimento contribuem para problemas de comportamento (Berden et al., 1990). O estudo de Steinhausen & Radtke (1986) evidenciou que eventos indesejáveis são mais freqüentes na vida de crianças e adolescentes com algum transtorno psiquiátrico. Werner & Poustka (1996) abordam circunstâncias psicossociais anormais como importantes fatores de risco, senão causadoras de distúrbios psiquiátricos da infância e da adolescência, e propõem que tais fatores sirvam no direcionamento às intervenções terapêuticas. Steinhausen et al. (1987) evidenciaram que há relação causal entre constelações familiares e transtornos psiquiátricos na infância. Birmaher et al. (2000) constatou que relações parentais críticas estavam relacionadas à recorrência de episódio depressivo. Brent & Birmaher (2002) aprofundaram-se no tema e constataram que conflitos na relação entre pais e filhos eram fatores preditivos de não-reabilitação, cronicidade e recorrência de episódio depressivo em crianças e adolescentes. Greenberg & Spiro (apud Zohar & Belmaker, 1987) indicaram intervenções psicossociais ao afirmarem que a persistência de sintomas pode estar ligada a somatização causada por problemas nas relações familiares.

Estudos científicos sustentam que psicoterapia seja associada em caráter complementar ao tratamento farmacológico (Amsterdam & Hornig-Rohan, 1996; Birmaher et al., 1996a, 2000; Boris, Brent et al, 1998; Brent & Birmaher, 2002; Chambers et al., 1982; Harrington, 1993; Kovacs, 1996; Mitchell et al., 1988; Ryan et al., 1987; Zohar & Belmaker, 1987), pois depressão em crianças e adolescentes sofre influências biopsicossociais.

1.1.3 Depressão e Psicologia Analítica

De acordo com a Psicologia Analítica, escola desenvolvida por Carl Gustav Jung, a depressão é um estado psicológico caracterizado por falta de energia, que chamou de '*abaissement du niveau mental*' (Jung, CW 9, 1977). Jung postulou que esse rebaixamento de energia não significa que a energia tenha desaparecido, mas sim regredido, plena de conteúdos inconscientes, tais como fantasias, memórias, desejos, que devem ser trazidos para a luz da consciência para resgatar a vitalidade da psique. Assim sendo, propôs que a depressão fosse vista como um mecanismo de compensação inconsciente cujo conteúdo deveria necessariamente ser trazido para o consciente para que fizesse sentido na vida do indivíduo (Jung, CW 5, 1977). Trata-se da busca do sentido e do significado pelo indivíduo que sofre para se curar, uma proposta de busca do significado como cura da doença mental. A experiência depressiva pode ter valor positivo na construção existencial. A depressão não é

necessariamente patológica, uma vez que prevê uma renovação de personalidade, ou um rompante de atividade criativa (Jung, CW 16, 1977).

1.2 A Arte-Terapia e o Processo Terapêutico

As histórias e as produções plásticas têm ajudado o ser humano na busca por um entendimento de sua existência há cerca de 30.000 anos. Isto foi observado desde as inscrições em paredes de cavernas nos primórdios da humanidade, nos objetos decorados com imagens, nas esculturas de adoração divina, peças teatrais, óperas, pinturas, até os filmes e histórias em quadrinhos do século XX. Essa capacidade é inerente do ser humano (Yokota, 1998).

A abordagem psicodinâmica que tem as produções plásticas como instrumento mediador no processo de compreensão do indivíduo é a arte-terapia. Nela, obtém-se o efeito terapêutico através das trocas verbais em torno do conteúdo da produção plástica. Trata-se de uma atividade onde as dificuldades do sujeito aparecem de forma metafórica no processo da produção plástica. O conceito de arte-terapia é fundamentado na premissa que o processo criativo embutido na execução de um trabalho de arte pode curar e estimular a vida. Arte-terapia significa dar um uso terapêutico ao processo de execução de arte, envolvendo uma relação entre pessoas que tenham algum problema em suas vidas (doenças, conflitos, questões não resolvidas, etc.) ou que procuram desenvolvimento pessoal e um profissional especializado. O processo

visa atingir uma percepção melhor de si e dos outros, e ajudar o indivíduo a lidar melhor com suas dificuldades (Glover, 1999; Liebmann, 2000; Païm & Jarreau, 1996).

O arte-terapeuta deve ter competência nas técnicas das atividades plásticas, formação em arte e em psicoterapia, dominando o conhecimento de desenvolvimento humano, teorias psicológicas, prática clínica, tradições espirituais, multiculturais e artísticas, e o potencial de cura através da arte (Païm & Jarreau, 1996). Conhecimento científico, empatia e comunicação formam o tripé imprescindível na formação do arte-terapeuta.

A arte procura trazer humanização e integração social, pressupondo diálogo e comunicação. A arte-terapia é uma modalidade de terapia expressiva que, como as terapias verbais, visa atingir resultados como maior percepção, solução de conflitos, cura e aprendizagem. A origem da exploração de imagens com finalidade terapêutica encontra-se nos ensinamentos de Sigmund Freud, que explicou que a imagem seria como um véu que disfarça tendências e desejos inconscientes (Von Franz, 1993). Jung, por sua vez, retomou e redefiniu o conceito de imagem. Explicou que imagens são como auto-retratos do que acontece no espaço interno da psique, sem quaisquer disfarces ou véus, pois é peculiaridade natural e essencial da psique configurar imagens de suas atividades. Explicou que a imagem que formamos de um objeto real é condicionado subjetivamente e chamou de *imago* essa percepção

subjetiva da realidade objetiva (Jung, CW 6, 1977). Tais imagens, complementou, são personificadas em forma de símbolos (Jung, CW 6, 1977). Aspectos obscuros do *Self*, que Jung chamou de *sombra*, aparecem através dessa percepção subjetiva. De acordo com a psicologia analítica, a *sombra* é composta em grande parte por desejos reprimidos, impulsos não-civilizados, ressentimentos, fantasias infantilizadas, erros, inferioridade, desvios, tudo aquilo pelo que não se tem orgulho (Hillman, 1975; Jung, CW 9ii, 1977).

A experiência dessas imagens através de símbolos dá-se através da *projeção*, tida na psicologia analítica como uma espécie de eco do desconhecido interior no que é desconhecido no plano exterior. Segundo Jung, a *projeção* não é operada pelo *ego*, pela consciência, mas é automática e involuntária, é o conteúdo não-consciente (Jung, CW 10 e 12, 1977). O ser humano, postulou Jung, jamais se verá ou existirá sem *projeção* (Gambini, 2000). Isso ocorre, no processo terapêutico, na dimensão do processo de sofrimento e dor, onde representações, subjetividade, fantasias inconscientes, traumas, sofrimento psíquico, ou seja, todo o conteúdo inconsciente é vivenciado através de projeções de *imago*, os símbolos. Assim, se o paciente está doente, o que vê está doente, pois suas projeções refletem seu estado. A psicologia analítica entende que essas externalizações de processos inconscientes dependem de criatividade. Expressão criativa não deve ser confundida com imaginação. A criatividade implica na capacidade de adaptação a

novas situações, e reflete a importância da procura por novidade. De tal forma, a criação artística no processo de terapia implica em lidar com conflitos, desenvolver uma visão mais humana e condescendente, enxergar e aceitar dificuldades e buscar aprimorar. Enfim, confrontar a sombra para integrá-la e promover a auto-percepção, que Von Franz chamava de “*Self-realization*” (1993). O princípio de *Self-realization* na terapia, segundo Jung, está ligado ao processo de descobrir e entrar conscientemente em relação com um outro conteúdo psíquico, que chamou de *Self*. Neste caso, uma identidade de ego mais estável e contínua se desenvolve, menos egocêntrica e com mais sensibilidade (‘human kindness’) (Von Franz, 1993).

Diferentemente de Freud, que nunca sugeriu aos seus pacientes que desenhassem as imagens de seus sonhos, Jung freqüentemente pedia para seus pacientes que desenhassem, pintassem. A influência de Jung na arte-terapia derivou de seu interesse no significado psicológico inerente no trabalho artístico ou plástico, em mandalas, em suas próprias produções ou de seus pacientes. Outros profissionais, seguidores ou não desses dois precursores, têm explorado o método e as técnicas de arte-terapia ao longo dos anos. Atualmente, a arte-terapia tem sido utilizada em tratamentos, mas ainda são escassas no mundo as publicações de avaliações e pesquisa. A arte-terapia é adequada para pessoas de todas as idades, podendo ser aplicada individualmente, em terapias de casal ou de família, grupos e comunidades; em contextos de saúde mental,

reabilitação, programas comunitários, escolas, asilos, casas de repouso, entre outros.

As origens da arte-terapia datam da pré-história, quando figuras eram desenhadas nas paredes das cavernas numa tentativa de identificar, expressar e lidar com o mundo, como parte de rituais (Yokota, 1998). Normalmente, refere-se à década de 1940 como o início do reconhecimento da arte-terapia como profissão, quando Margaret Naumburg começou a publicar seu trabalho (Naumburg, 1941). Entretanto, mudanças intelectuais e sociológicas no cenário mundial a partir do final do século XIX prepararam o terreno que gerou as idéias de Naumburg. No Brasil, a arte-terapia tem Osório César e Nise da Silveira como seus precursores. Osório César propôs o “ateliê-escola livre”, uma proposta psicossocial partindo do princípio que a arte é uma necessidade vital para o ser humano e portanto, para o paciente psiquiátrico, pois possibilita o diálogo, o discurso, a comunicação. Sua proposta abrangeu também o plano educacional, pois implicava no “saber ser”, ou seja, no conhecimento de si próprio e sua cidadania (César, 1929). Nise da Silveira, alicerçada na idéia de Jung que o esquizofrênico estaria no caminho da cura se fosse possível concretizar conteúdos arquetípicos inconscientes e, com o auxílio do psicoterapeuta, entrar em contato com essas imagens a ponto de integrá-las, iniciou um trabalho de arte-terapia no Centro Psiquiátrico Nacional do Rio de Janeiro, vindo a fundar o Museu de Imagens do Inconsciente em 1952 e um centro de trabalho de

arte-terapia com pacientes psiquiátricos, a Casa das Palmeiras, em 1956 (Silveira & Le Gallais, 1957).

A arte-terapia é especialmente indicada para pacientes com comunicação oral deficitária, que ainda não estão prontos para se beneficiarem de tratamentos psicoterápicos tradicionais, que tipicamente implicam em terapia verbal. A arte-terapia facilita o acesso ao inconsciente quando as formas verbais estão interdidas. Por exemplo, quando o indivíduo se encontra submerso no mundo das imagens, como acontece com esquizofrênicos (Silveira, 1946), ou quando o conteúdo não pode ser verbalizado, como no caso de indivíduos vítimas de violência. Produções plásticas podem auxiliar também pacientes psiquiátricos no entendimento de si, através de tratamento com arte-terapia.

A arte-terapia atualmente ainda esbarra mundialmente em dificuldades conceituais e metodológicas. Não existem maneiras de se medir arte-terapia e portanto, não se sabe quais mudanças especificamente ela proporciona.

1.2.1 Arte-terapia em grupo

O arte-terapeuta no ateliê tem uma função de compreensão e de interação, de entender como a comunicação se dá dentro da linguagem utilizada. Quanto ao ambiente de trabalho, suas limitações não são importantes, pois se prioriza a iluminação, o conforto, disposição de

material lavável, acesso a água, etc. Ou seja, trata-se de um trabalho onde a psique e a criatividade são importantes e o material é secundário. São utilizadas técnicas plásticas, como a pintura e o desenho.

As vantagens de um trabalho em grupo são propiciar uma ampliação do funcionamento pessoal e social do indivíduo. Os grupos de arte, especificamente, têm a importante particularidade de possibilitar que os participantes, independente do seu nível de conhecimento e prática, ingressem nele ao mesmo tempo (Liebmann, 2000). Ao interagir, explorar e ampliar suas habilidades, acabam por produzir uma réplica do mundo exterior, das interações sociais e do desempenho pessoal de cada indivíduo (Jung, 1988; Neumann, 1974).

Caracteristicamente, a primeira sessão em grupo permite explorarem o local, o material e fazerem um primeiro contato entre si, priorizando a liberdade. O desenrolar das sessões seguintes varia em função do material e do trabalho escolhido, sendo que cada participante trabalha simultânea e individualmente. O objetivo, contudo, é sempre o mesmo, desenvolver uma linguagem simbólica que permita acessar processos inconscientes repletos de sentimentos, que possam vir a ser integrados ao Self do indivíduo. O papel do arte-terapeuta é sempre de proporcionar um impulso criativo ao paciente, como guia que mostra caminhos possíveis e acolhe, acompanha, não abandona e não julga. Num primeiro momento, o arte-terapeuta acolhe as produções e orienta no sentido de adequação de material, mas jamais em termos estéticos ou

interpretativos. A complexidade deve se desenvolver gradualmente e com muita prudência, respeitando o ritmo de cada paciente, para mais profundidade. Cada paciente deve poder seguir seu caminho de acordo com seu ritmo, sem ser surpreendido por inserções do terapeuta que causem impactos ou que sejam revelações às quais o paciente não está pronto. A terapia avança à medida que o indivíduo se solta e desprende-se da superficialidade (Torre, 2000). Explicações da origem das questões do paciente, interpretação das cores ou dos traços dos trabalhos não cabem nas sessões.

Os trabalhos de arte-terapia em grupo requerem sempre dois profissionais, sendo um deles necessariamente o arte-terapeuta e o outro, com função auxiliar, deve ser um profissional com pelo menos experiência em trabalhos grupais (Païm & Jarreau, 1996).

1.3 *Justificativa do Estudo*

O interesse em elaborar este estudo emergiu durante a realização de projeto de pesquisa sobre a capacidade do indivíduo com transtorno mental de criar histórias, transformá-las em produções plásticas, e usufruir o efeito terapêutico dessas produções (Yokota, 1998, 1999).

Pacientes adolescentes com depressão refratária ao tratamento medicamentoso que não apresentavam remissão total dos sintomas, nem melhora significativa do nível de funcionamento global, necessitavam de

outra forma de auxílio. Pressupõe-se que uma intervenção psicológica com ênfase diferente talvez pudesse favorecer enriquecimento de sentido e melhora dos sintomas depressivos: A intervenção através da arte-terapia e a verbalização do paciente a respeito dessa experiência .

Além disso, foi feito um levantamento bibliográfico através de três bases de dados, a Biblioteca Cochrane, o Medline e o PsychInfo, e de bancos de dados específicos disponíveis na internet (American Art Therapy Association, European Art Therapy Association, London Association for Art Therapy, Picture ME Foundation, The C.G. Jung Page, Kunsttherapie.de-Alemanha, Psy Désir-França) no período de 1992 a 2002, por dois examinadores que trabalharam de forma independente, para os diversos temas abordados no presente estudo. Os seguintes termos foram investigados:

- depressão na adolescência: diagnóstico, tratamento, escalas, aspectos sócio-culturais, intervenções, psicoterapias, arte-terapia;
- depressão e refratariedade;
- depressão e cronicidade;
- depressão e resistência a tratamento medicamentoso;
- arte-terapia: definição, tratamento, abordagem, histórico, adolescência;
- arte-terapia e Jung, Psicologia Analítica;
- depressão e Jung, Psicologia Analítica;
- pesquisa fenomenológica.

Constatou-se inexistência de estudos científicos sobre arte-terapia usada com adolescentes. Os estudos controlados sobre tratamentos farmacológicos combinados com algum tipo de tratamento psicodinâmico com pacientes adolescentes também são muito escassos, como descrevem Baving & Schmidt (2001).

1.4 Objetivos

Analisar a experiência de adolescentes com depressão refratária submetidos à arte-terapia juntamente com o tratamento farmacológico habitual visando:

1. Obter um discurso comum, ou seja, uma reconstituição do horizonte de pensamento de pacientes adolescentes com depressão refratária sobre seus sintomas depressivos e sua experiência em grupo de arte-terapia;
2. Investigar o que os pacientes pensam sobre a experiência da arte-terapia.

2

CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1 O Método Qualitativo

O método adequado para esta avaliação foi o de corte qualitativo, uma vez que a proposta não era apenas de medir os sintomas pré- e pós-intervenção, mas especificamente analisar a experiência dos pacientes através de suas próprias colocações.

Os métodos de pesquisa quantitativo e qualitativo não se opõem, mas se complementam. De um lado, a pesquisa quantitativa possibilita um conhecimento sobre o que se investiga, considerando-se um conhecimento anterior pressuposto, a partir da aplicação de questionários formais a uma amostra representativa da população em estudo e da tabulação dos dados colhidos, que é traduzido em estatísticas (por exemplo, X% pensam de forma A; Y% pensam de forma B; e assim por diante).

Por outro lado, a pesquisa qualitativa coloca em segundo plano o conhecimento prévio sobre o que se investiga, permitindo, por sua vez, a elaboração de um instrumento que pode ser um roteiro com questionamentos e indagações gerais relativas ao tema investigado, cujas respostas formarão, para cada pesquisado, um discurso sobre esse tema. O conjunto desses discursos gera, assim, “o imaginário existente sobre um dado tema” (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000).

Assim sendo, a pesquisa quantitativa que envolve o discurso, o reduz a uma expressão numérica, enquanto que a pesquisa qualitativa

que visa estudar o significado de um determinado ato ou relação com base nos discursos dos pesquisados remete a uma “teia de significados,” produzindo discursos como resultados (por exemplo, “o que pensa a população ‘x’ sobre o tema ‘y’”) (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000).

Especificamente, tratou-se de uma pesquisa fenomenológica por ser um estudo descritivo e qualitativo, sendo que a investigação envolveu também estruturas que produzem significado na consciência. O foco da pesquisa fenomenológica enquanto que descritiva está no significado vivido pelo sujeito, e não na descrição das ações ou do comportamento do sujeito. Enquanto que qualitativa, a pesquisa está comprometida com a lógica da linguagem natural, uma perspectiva particular sobre a natureza do âmbito humano. Assim, na pesquisa fenomenológica são usadas descrições em linguagem natural, por exemplo, na forma de entrevistas sem estrutura formal, o que é chamado de roteiro de entrevista, e os resultados são apresentados em linguagem natural, excluindo-se então o uso específico de variáveis nominativas ou qualitativas no desenvolvimento de dados estatísticos. O locus da pesquisa fenomenológica é a experiência humana, sendo que o tópico de interesse da psicologia fenomenológica é a percepção consciente. O foco de interesse desloca-se do estudo do corpo como um objeto orgânico para o estudo das experiências dos indivíduos de seus corpos (Valle & King, 1978). Utilizou-se neste estudo o modelo proposto por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), bastante eficiente na organização e tabulação de

depoimentos, fundamentais para a análise, através da utilização de *figuras metodológicas*.

Para acessar o universo simbólico foi utilizado o método de Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000), visto que o imaginário relativo a um grupo que esteve em interação “não pode ser composto senão por matéria discursiva capaz de gerar afirmações, pensamentos, sentimentos, crenças, encadeamento de idéias, justificativas, demonstrações, posicionamentos, etc...” (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000. pág. 16) e deve compor o universo simbólico compartilhado. Tais representações sobre *o que se pode pensar sobre o tema X* foram coletivizadas e assim, tornaram-se fatos sociais do tipo durkheiminiano, ou seja, representações coletivas qualitativamente distintas dos pensamentos particulares das pessoas (em contraposição ao positivismo sociológico que prioriza o acesso quantitativo) (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000).

O método escolhido para este estudo implica a utilização de *figuras metodológicas*, eficientes na organização e tabulação de depoimentos, condição prévia indispensável para a análise e interpretação desses. Elas são a *idéia central* (IC), as *expressões-chave* (ECH), a *ancoragem* e o *discurso do sujeito coletivo* (DSC). O método é inovador, pois propõe uma tabulação de dados essencialmente qualitativa, em contraposição aos métodos convencionais que acabam por traduzir numericamente os

depoimentos, desconsiderando dados e causando um viés na sua interpretação.

As *expressões-chave* são transcrições literais de partes dos depoimentos que “permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (...), uma espécie de ‘prova discursivo-empírica’ da ‘verdade’ das idéias centrais e da ancoragem e vice-versa” (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000, p. 18). As *expressões-chave*, definem os autores, são trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos do discurso, que devem ser cuidadosamente destacados (sublinhados, iluminados, ou coloridos, por exemplo) pelo pesquisador, e que revelam a essência do discurso. “Selecionar as ECH* significa depurar o discurso de tudo o que é irrelevante, inessencial, secundário, buscando ficar, o máximo possível, com a essência do pensamento tal como ela aparece, literalmente, no discurso analisado” (Lefèvre, in www.fsp.usp.br/~flefevre/dscpassoapasso.html).

A *idéia central* (IC) deve ser um nome ou expressão lingüística que revele e descreva da maneira mais sintética e precisa possível o sentido, ou o sentido e o tema, das ECH* de cada resposta individual a cada questão da entrevista e de cada conjunto de ECHs. “As ECH* são basicamente concretas, expressivas, descritivas, abundantes, afetivas, literárias; em contraste, as IC* são abstratas, conceituais, sintéticas, frias e poucas. (...) As IC* são o que o entrevistado quis dizer e as ECH*, como isto foi dito” (Lefèvre, in www.fsp.usp.br/~flefevre/dscpassoapasso.html).

Ainda, Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000) explicam que, quando não é possível extrair a Idéia Central diretamente das respostas às questões da entrevista, é necessário fazer o texto passar por uma operação de tematização e não raramente, não é possível estabelecer uma distinção rígida entre Idéia Central e Tema.

A *ancoragem* é a expressão de uma determinada teoria, ideologia ou crença religiosa, que o sujeito professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. Assim, as *expressões-chaves* podem remeter não apenas a uma *idéia central* correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação denominada '*ancoragem*'.

Finalmente, o *Discurso do Sujeito Coletivo* (DSC) pressupõe uma categorização dos depoimentos por temas. Uma vez que depoimentos iguais ou equivalentes devem ser enquadrados na mesma categoria, pode-se somar as respostas, da mesma forma que se somam respostas iguais nos questionários com questões fechadas.

Para construir um DSC é preciso seqüenciar as *expressões-chaves* obedecendo a uma esquematização clássica, do tipo: começo, meio e fim, ou do mais geral para o menos geral e mais particular, obviamente respeitando a lógica e a impessoalidade, ou seja, utilizando conectivos para ligação entre as partes do discurso, eliminando particularismos (sexo, idade, doenças específicas, eventos particulares, etc) (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000). O *Discurso do Sujeito Coletivo* é o resultado da transformação e redução da listagem de várias *expressões-chave* num

único discurso, encadeado, como se fosse a fala de um indivíduo supostamente portador de um discurso-síntese do conjunto de todos os outros indivíduos que compõem um sujeito coletivo.

2.2 População Alvo e Seleção da Amostra

Foram estudados pacientes do Ambulatório de Transtornos Afetivos (ATA) do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Solicitou-se ao Arquivo Médico daquele hospital uma listagem que contivesse a relação de pacientes de ambos os sexos atendidos no SEPIA pelo ATA* no período de Janeiro de 2000 a Maio de 2001.

Critérios de inclusão

Da listagem, foram selecionados os pacientes que:

- apresentaram diagnóstico de Depressão Maior de acordo com o DSM-IV* (APA*, 1995);
- atingiram um escore de 30 pontos (T-Score 55) ou mais na escala “Children’s Depression Rating Scale-Revised” (CDRS-R) (Poznanski & Mokros, 1996) (Anexo 1);

- atingiram um escore inferior a 80 na escala “Children’s Global Assessment Scale” (C-GAS) (Shaffer et al., 1983) para desempenho global, para crianças e adolescentes (Anexo 9);
- apresentavam resistência a tratamento medicamentoso: o uso de inicialmente pelo menos 2 anti-depressivos tricíclicos e posteriormente, pelo menos 1 inibidor seletivo de recaptção de serotonina, utilizados em dose e nível sérico adequados, por tempo adequado, sem remissão total de sintomas dentro do período de um ano (Birmaher et al, 2000; Bodkin et al, 1995; Brent & Birmaher, 2002; Harrington, 1993; Zohar & Belmaker, 1987).
- apresentavam competência mínima em atividades de vida diárias (cuidados pessoais, higiene, alimentação, vestuário)¹;
- tinham capacidade de controle de impulsos que pudessem colocar em risco a si e aos outros¹;
- não tivessem necessidade de cuidados intensivos relacionados à saúde física¹;
- apresentassem suporte familiar e engajamento¹.

Critérios de exclusão

Da relação de pacientes obtida, foram excluídos os pacientes:

¹ “Projeto de Implantação do Hospital-Dia para Crianças e Adolescentes,” 1997, p. 6

- que apresentassem outros diagnósticos psiquiátricos (portadores de transtornos invasivos do desenvolvimento (F84), (CID-10, OMS*, 1993); portadores de transtorno de tiques vocais e motores múltiplos combinados (síndrome de Gilles de la Tourette) grave (F95.2), (CID-10, OMS*, 1993); portadores de transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (F80), (CID-10, OMS*, 1993);
- que compareceram somente a uma única consulta de triagem;
- que na data de início dos atendimentos em arte-terapia para o presente estudo, fossem menores de 13 anos ou maiores de 17 anos e 6 meses;
- que apresentassem comprometimento sensorial.

2.3 Instrumentos

Foram utilizados:

- a) **Esquema de Observação Psiquiátrica Infantil** (anexo 1): trata-se do roteiro de anamnese utilizado no SEPIA. A anamnese é feita pela médica psiquiatra chefe da equipe do ATA*.
- b) **Escala “Children's Depression Rating Scale – Revised” (CDRS-R)** (Poznanski & Mokros, 1996): trata-se de uma escala de depressão para crianças utilizada no ATA- SEPIA-IPq-HC-FMUSP* (Anexo 2) que avalia os sintomas da doença (rendimento escolar, capacidade de entreter-se, sociabilização, sono, hábitos alimentares, fadiga excessiva, queixas físicas, irritabilidade, culpa excessiva, baixa auto-

estima, sentimentos depressivos, ideação mórbida, ideações suicidas, choro excessivo, feições faciais depressivas, comunicação expressa e hipoatividade). Esta escala é preenchida por um único psiquiatra. A pontuação pode variar de 17 a 113 pontos, organizados em seis faixas de níveis de depressão, de acordo com a tabela de interpretação da escala (Figura 1).

Score	17	20						30									60										70			77-113	
T-Score	30	33	40	44	48	51	53	55	57	59	61	62	63	64	65	66	67	68	69	71	73	75	76	78	80	81	82	83	84	85	>85

T-Score	Interpretação
39 ou menos	Pontuação extremamente rara de se obter e portanto, é necessário buscar outras fontes de informação, pois pontuação tão baixa pode estar relacionada a negação.
40-54	Provavelmente um transtorno depressivo não ocorrerá em avaliações subsequentes. Possivelmente um transtorno depressivo será confirmado se for feita uma avaliação de diagnóstico abrangente. Tal avaliação é recomendada se estiverem presente algumas das condições que seguem:
55-64	<ul style="list-style-type: none"> • pontuação que indique grau moderado ou severo em alguma das áreas sintomáticas • pontuação 3 ou mais em ideação suicida • descrição de percurso crônico (i.e., por mais de um ano) para um indicador clinicamente significativo de humor depressivo (i.e., dificuldade em se divertir, sentimentos depressivos, expressão facial depressiva, irritabilidade)
65-74	Provável transtorno depressivo. Recomenda-se avaliação subsequente.
75-84	Fortes indícios de transtorno depressivo. Recomenda-se avaliação subsequente.
85 ou mais	Transtorno depressivo praticamente comprovado. Exige intervenção e avaliação imediatas.

Figura 1 - Tabela de Interpretação da Escala CDRS-R

c) Entrevista de triagem (Anexo 3): Entrevista que tem o intuito de verificar as condições de participação de cada paciente, i.e., seu estado de funcionamento e a presença e ausência dos critérios de inclusão e exclusão.

d) **Roteiro de Informação ao Paciente sobre a Pesquisa**, para o conhecimento das implicações de sua participação (Anexo 4).

e) **Roteiro de informação para o Responsável pelo Paciente** (Anexo 5): tendo visto que os pacientes eram menores de idade, seu(s) pai(s) ou responsável(eis) foram colocados a par do estudo, e solicitados por escrito seu consentimento pós-informação (Anexo 6) e autorização para utilização de material audio-visual (Anexo 7).

f) **Entrevista de Avaliação de Resultados** (Anexo 8): Teve como objetivo investigar as declarações do paciente com o intuito de verificar se houve alguma mudança quanto à sua percepção de si e de sua doença. Trata-se da coleta do material básico para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo.

g) **Escala “Children’s Global Assessment Scale” (C-GAS)** (Shaffer et al, 1983): trata-se de uma escala para crianças e adolescentes utilizada no ATA-SEPIA que avalia nível de desempenho global do paciente (Anexo 9), versão traduzida por Fu I (1999). A C-GAS foi criada a partir de uma adaptação da versão original, em inglês, da Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF), que é uma escala de pontuação, incluída na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-4) (APA*, 1995) para definição e codificação do quinto eixo do sistema de diagnóstico multi-axial do DSM. Contém orientações descritivas sobre comportamentos e situações da vida cotidiana, para direcionar a definição do nível de

funcionamento global do paciente avaliado. Assim como na AGF, seus escores variam de “1” (capacidade funcional mínima) até “100” (capacidade máxima).

h) Escala de Situações Psicossociais Anormais (SPA) (“Abnormal Psychosocial Situations”) (van Goor-Lambo et al, 1990): Corresponde ao quinto eixo da classificação multi-axial dos distúrbios psiquiátricos de crianças, proposto e organizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO*, 1988) sobre as condições psicossociais anormais presentes no meio sociofamiliar onde a criança está inserida (Anexo 10). Contém uma lista de descrições de situações psicossociais anormais composta por nove categorias. Este instrumento foi validado, originalmente, para acessar as situações ocorridas num período de seis meses anteriores à avaliação e para auxiliar no julgamento clínico e na exploração etiológica das psicopatologias apresentadas pelos pacientes, mas o manual de instrução também prevê sua utilização como um codificador de variável para finalidade de pesquisas (Fu I, 1999). Seguiu-se o critério de pontuação utilizado no estudo da Dra. Fu I (1999): Para cada situação psicossocial anormal definitivamente presente foi atribuído o escore dois (não foram consideradas as situações duvidosas). Somados os pontos, obteve-se o total parcial para cada categoria de situações psicossociais anormais e a soma dos totais parciais, constituindo o escore total para o conjunto de situações verificadas. As categorias de situações psicossociais anormais (SPA)

foram numeradas. É importante ressaltar que a pontuação indica presença ou ausência de SPA, mas, no entanto, não demonstra o grau de intensidade da presença de SPA na vida do paciente.

i) **Escala de níveis socioeconômicos**: O critério utilizado no ATA-SEPIA para determinar o nível socioeconômico do paciente na época da execução da pesquisa seguia o modelo proposto por Féres-Carneiro (1996), que combina a renda familiar e a escolaridade de pelo menos um dos pais ou responsáveis. O índice resultante constava nos prontuários dos pacientes, variando de acordo com os seguintes níveis (Fu I, 1999):

- Nível socioeconômico baixo (BX) – renda familiar de até três salários mínimos e pais com primeiro grau incompleto.
- Nível socioeconômico médio-baixo (MB) – renda familiar entre três e cinco salários mínimos e pais com primeiro grau completo.
- Nível socioeconômico médio-médio (MM) – renda familiar entre cinco e dez salários mínimos e pais com segundo grau completo.
- Nível socioeconômico médio-alto (MA) – renda familiar entre dez e vinte salários mínimos e pais com curso superior completo ou incompleto.

j) **Categorização da situação conjugal dos pais**: O ATA-SEPIA avaliava e determinava a situação conjugal dos pais dos pacientes de acordo com as categorias (Fu I, 1999):

- satisfatória (S) a situação conjugal dos casais que assim se definiram ou que relataram pequenas discórdias, sem perda prolongada de auto-controle ou ocorrência de violências domésticas.
- insatisfatória (I) a situação conjugal dos casais que assim se manifestaram ou que relataram longos períodos de perda de auto-controle, por discórdias, discussões e/ou violências domésticas, que resultaram ou não em separações ou divórcios.
- viúvos (V) os pais que perderam seus cônjuges antes ou após o nascimento ou a adoção da criança em questão e que não se vincularam a nenhum novo companheiro até o início do atendimento do paciente.
- solteiros (ST) as mães ou os pais que nunca se casaram nem coabitaram com alguém.

2.4 Procedimento

2.4.1 O Adolescente Deprimido: Diagnóstico

A clínica de terapia farmacológica para adolescentes deprimidos no Ambulatório de Transtornos Afetivos do SEPIA-IPq-HC-FMUSP* é coordenada pela médica psiquiatra Dra. Lee Fu I desde 1994. O tratamento envolve avaliação médica, terapia farmacológica e acompanhamento clínico aos pacientes e seus familiares ou acompanhantes. Durante a avaliação, utilizam-se o roteiro de anamnese (v. anexo 1), os instrumentos “Diagnostic Interview for Children and

Adolescents, Revised” (DICA-R) (Herjanic & Campbell, 1977, e Herjanic & Reich, 1982), que é a versão revisada da primeira entrevista estruturada de diagnóstico de uma escala de entrevista diagnóstica para crianças e adolescentes, e a escala de sintomas depressivos “Children Depression Rating Scale, Revised” (CDRS-R*, v. anexo 2) (Poznanski & Mokros, 1996). A escala CDRS-R* é reaplicada pela médica periodicamente, como auxiliar no monitoramento dos sintomas.

2.4.2 Tratamento farmacológico

Não se modificaram a medicação ou dosagem diária dos medicamentos enquanto os pacientes faziam arte-terapia, i.e., medicamento e dosagem foram mantidos por no mínimo três meses. Como não existem estudos científicos com resultados suficientemente satisfatórios para respaldar o uso de IMAO (inibidores de monoamino oxidase) nem ECT (Eletro-convulsoterapia) nos tratamentos de depressão em crianças e adolescentes (Harrington, 1993), estes não são utilizados na terapêutica conduzida nesse ambulatório.

2.4.3 As sessões de arte-terapia

Os pacientes eleitos participaram de no mínimo 12 sessões de arte-terapia em grupo. Foram sessões semanais de duas horas de

duração, na sala de arte-terapia do IPq-HC-FMUSP*. Por motivo de espaço e disponibilidade de horário, os pacientes foram subdivididos em 2 grupos atendidos em 2 momentos: o primeiro, de março a julho e o segundo, de agosto a dezembro de 2001.

Proporcionou-se um trabalho psicodinâmico em grupo com fundamentação em princípios de grupos e da arte-terapia (Liebmann, 2000). Sendo assim, possibilitou uma combinação de vivências tanto grupais quanto individuais, em trabalho seguindo um enfoque Junguiano (Goldstein, 1999; Kast, 1990; Neumann, 1974), onde as sessões eram tematizadas a partir de imagens de livre expressão, conforme descrito no capítulo 1.2.1., e não focais.

Nas sessões de arte-terapia utilizou-se desenho, pintura, colagens e modelagem com barro e com massa. Para a realização das sessões foi utilizado o seguinte material:

- Pastas de tamanho sulfite
- Folhas de papel sulfite brancas
- Folhas de cartolina brancas e coloridas
- Telas
- Papel colorido
- Lápis de cor e de cera
- Lápis aquareláveis
- Tintas (guache, acrílica)
- Aquarela

- Pincéis
- Tesouras
- Canetas esferográficas
- Cola para papel e tecido
- Retalhos de tecidos
- Jornais e revistas velhos
- Câmera e filmes fotográficos.

2.4.4 Variáveis sócio-demográficas

As informações disponíveis nos prontuários dos pacientes possibilitaram determinar as variáveis sociodemográficas dos pacientes selecionados e de seus pais, sendo que a pesquisadora confirmou e quando necessário, complementou tais informações em entrevista com os mesmos. As seguintes variáveis foram analisadas: sexo, idade, escolaridade, nível sócio-econômico, situação conjugal dos pais e estressores psicossociais.

2.4.5 Coleta, armazenamento e organização dos dados coletados

Pacientes atendidos pelo ATA-SEPIA* foram selecionados e avaliados de acordo com os seguintes passos:

1. Seleção dos pacientes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.
2. Avaliação inicial: Aplicação do CDRS-R* (Anexo 2) pela médica psiquiatra aproximadamente entre 05 e 15 dias antes do início do grupo de arte-terapia. Os pacientes que atingiram um escore mínimo de 30 pontos foram encaminhados à pesquisadora, que agendou entrevistas com eles e com seus pais ou responsáveis.
3. Aplicação do C-GAS* (Anexo 9) também pela médica psiquiatra aproximadamente entre 05 e 15 dias antes do início do grupo de arte-terapia, para quantificar o funcionamento global do paciente.
4. Primeira entrevista com o paciente, realizada pela própria pesquisadora: Entrevista de Triagem (Anexo 3). O paciente, preenchendo os critérios de inclusão e exclusão, foi imediatamente introduzido à segunda entrevista.
5. Segunda entrevista com o paciente, feita também pela pesquisadora: Informação ao Paciente sobre a Pesquisa (Anexo 4). Tendo o paciente concordado em participar, o entrevistador passou em seguida para a entrevista com seu pai ou responsável.
6. Primeira entrevista com pai(s) ou responsável(eis) (Anexo 5), também realizada pela pesquisadora, que inclui o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6) e a Autorização da utilização de material audio-visual e produções plásticas (Anexo 7).

Estando a documentação em ordem com as devidas assinaturas, informou-se a data de início das sessões de arte-terapia. Essas entrevistas foram realizadas pela pesquisadora.

7. Participação do paciente nas sessões de arte-terapia durante no mínimo 3 meses ou 12 sessões (semanais, com duração de duas horas).

8. Quinze dias após a última sessão de arte-terapia, os pacientes passaram por uma nova avaliação com as escalas CDRS-R* e C-GAS* no ATA-SEPIA-IPq-HC-FMUSP*, aplicadas pela médica psiquiatra que fez a avaliação inicial.

9. No mesmo espaço de tempo, um entrevistador independente entrou em contato com cada paciente para agendar a última entrevista, a Entrevista de Avaliação de Resultados (Anexo 8). Todas as entrevistas foram realizadas pelo avaliador independente, que foi uma psicóloga treinada previamente, e foram gravadas em vídeo VHS. Optou-se pela gravação em vídeo para facilitar o registro verbatim dos relatos.

Todo o material (autorizações e fitas das filmagens em VHS das entrevistas) foi arquivado com a pesquisadora. Cada entrevista registrada em fita VHS foi assistida algumas vezes para uma familiarização e conseqüentemente melhor compreensão do todo. Em seguida, foram feitas as transcrições literais das entrevistas, utilizando-se um programa em computador. Para facilitar a visualização de forma que todos os discursos pudessem ser comparados, as transcrições foram organizadas em tabela do programa Microsoft Excel (Anexo 11) e assim, as seguintes

etapas foram efetuadas, de acordo com o modelo proposto por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), descrito no capítulo 4.1.:

1ª etapa

Seleção das expressões-chave para cada resposta, ou seja, as expressões que sintetizam a resposta dada. Estas foram assinaladas em negrito no texto da transcrição literal.

2ª etapa

Elaboração das idéias centrais ou temas de cada resposta, apresentadas em coluna inserida na tabela, precedente à coluna das expressões-chave.

3ª etapa

Listagem de todas as idéias centrais seguidas das respectivas expressões-chave usando-se um processador de texto em computador. As ECHs* que haviam sido destacadas em negrito em forma de tabela foram passadas para um documento em forma de texto, onde cada ECH* foi introduzida pela IC* ou pelo Tema correspondente.

4ª etapa

Para a elaboração do instrumento final de análise de discurso, o DSC*, destacaram-se os temas das idéias centrais através da análise de todas as ICs e ECHs destacadas no Anexo 11 buscando agrupar as semelhantes em conjuntos homogêneos, e identificar e nomear a IC* de cada conjunto. A partir de cada IC*, elaboraram-se os DSCs*, apresentados a seguir, no capítulo 3.2.

3

RESULTADOS

3.1 População Alvo e Amostra Seleccionada

A população alvo foi de 121 pacientes, adolescentes em tratamento no ATA-SEPIA com diagnóstico de Depressão Maior (APA*, 1995).

Obedeceram os critérios de inclusão e exclusão um total de 50 pacientes. Desses, 34 não puderam participar: 29 não quiseram e 03 não puderam devido a incompatibilidade de horário e 02 não tinham como vir ao hospital. Dezesesseis pacientes iniciaram os atendimentos em arte-terapia, sendo que 07 compareceram nos primeiros três atendimentos e desistiram. Desses, quatro tiveram dificuldade em vir ao hospital semanalmente, e três não quiseram continuar. Nove pacientes permaneceram participando dos grupos de arte-terapia, compondo a amostra seleccionada definitiva para o presente estudo.

Todos esses pacientes encontravam-se em tratamento e acompanhamento psiquiátrico com terapia farmacológica há pelo menos dois anos, apresentando refratariedade ao tratamento medicamentoso, sendo que três fizeram algum tipo de psicoterapia em determinados momentos da vida, e ainda não apresentavam remissão total dos sintomas ou melhora significativa do nível de funcionamento global. Ainda, cinco pacientes vivenciaram algum episódio traumático após terem iniciado o tratamento no ATA-SEPIA.

3.1.1 Perfil e análise das variáveis sócio-demográficas da amostra

Neste estudo, foram assinaladas todas as situações psicossociais e ambientais anormais ocorridas nos 12 meses anteriores ao início da participação do paciente nas sessões de arte-terapia. Segue-se a descrição das características sócio-demográficas da amostra do estudo (Figura 2):

Sexo: Amostra predominantemente masculina, sendo 07 pacientes do sexo masculino e 02 do sexo feminino.

Idade: Variou de 13 anos e 07 meses a 17 anos e 01 mês. Os rapazes tinham idade média de 15 anos e 6 meses e as moças, de 16 anos e 8 meses.

Escolaridade: Foi definida a série que o paciente cursava no ano de 2001 ou a série do último ano que o paciente frequentou a escola, mesmo que incompleta, pois seria a que ele estaria cursando naquele momento.

Apresentou-se adequada para as idades dos pacientes, que cursavam entre a 6ª série e o 3º colegial. Todos os indivíduos eram alfabetizados e não apresentavam defasagem significativa de nível de alfabetização para suas idades.

Nível socioeconômico: Todos os níveis socioeconômicos determinados estavam presentes na amostra, sendo 02 pacientes de famílias de nível baixo (BX), 03 de nível médio-baixo (MB), 03 de nível médio-médio (MM) e 01 de nível médio-alto (MA). Note-se que nos casos

em que a família apresentou, de acordo com essa classificação, discrepância quanto aos níveis de renda familiar e escolaridade, prevaleceu a classificação do nível inferior.

Situação conjugal dos pais: Predominantemente insatisfatória. Seis pacientes foram classificados na categoria “I” (insatisfatória), dos quais 01 paciente, de pais separados, já era órfão ao ingressar no presente estudo e habitava uma instituição para crianças órfãs. Dois pacientes foram classificados na categoria “S” (“satisfatória”) e 01 paciente tinha o pai falecido e portanto, foi classificado na categoria “V” (“viúvos”).

Paciente	Sexo	Idade	Escolaridade	Nível Sóc.-Econ.	Situação Conj. Pais
A	M	16'6	8ª Série	MM	S
B	M	13'11	6ª Série	MB	I
C	M	16'2	1º Col.	MM	I
D	F	16'4	1º Col.	MB	I
E	M	13'9	7ª Série	MM	S
F	M	15'11	6ª Série	BX	V
G	F	17'1	3º Col.	MA	I
H	M	13'7	7ª Série	MB	I
I	M	16'1	8ª Série	BX	I

Figura 2 – Perfil sócio-demográfico da amostra

Situações Psicossociais Anormais:

Segue-se, em forma de tabela, a pontuação dos pacientes nas nove categorias de situações psicossociais anormais (SPA) investigadas no presente estudo, com os totais parciais, a soma deles e o escore total por paciente (Figura 3):

Paciente	SPA-1	SPA-2	SPA-3	SPA-4	SPA-5	SPA-6	SPA-7	SPA-8	SPA-9	TOTAL
A	0	0	0	2	0	0	2	2	0	6
B	0	0	0	0	2	4	0	6	2	14
C	2	0	2	2	0	0	0	0	2	8
D	2	2	2	0	2	4	2	0	2	16
E	0	0	0	0	0	4	2	6	2	14
F	2	4	0	2	2	2	0	2	2	16
G	2	0	0	0	2	2	0	2	2	10
H	2	0	0	0	2	4	0	2	2	12
I	2	2	0	0	2	4	2	6	2	20
Total por SPA	12	8	4	6	12	24	8	26	16	

Figura 3 – Escores parciais e totais nas categorias de SPA*

Verificou-se que todos os pacientes vivenciaram situações inadequadas ou anormais em seu ambiente sócio-familiar. A média do escore total dos pacientes foi de 12.89. Observou-se, também, que alguns tipos de situações estavam presentes de forma mais significativa que outras no ambiente sócio-familiar dos pacientes. A SPA-8, “Estresse interpessoal crônico associado à escola ou ao trabalho”, é a categoria de maior escore (26), sendo que dois pacientes (C e D) não apresentaram

pontuação. A SPA 6, “Eventos repentinos da vida”, também apresentou escore significativamente alto (24), sendo que os pacientes A e C tiveram escore zero na categoria. A SPA 9, “Eventos ou situações estressantes devidos à deficiência ou ao transtorno da criança”, é o terceiro maior escore (16) e apenas o paciente A obteve escore zero na categoria. As SPAs 1, “Relacionamento intrafamiliar anormal”, e 5, “Ambiente e estrutura familiar anormal”, apresentaram escore 12, sendo que três pacientes não pontuaram em cada uma dessas duas categorias. As categorias SPA 2, “Transtornos mentais, desvios ou predisposições de problemas mentais na família” e 7, “Estresse social”, apresentaram escore 8, enquanto que a categoria 4, “Situação anormal de desenvolvimento” apresentou escore 6 e a categoria 3, “Comunicação intrafamiliar inadequada ou distorcida” foi a de menor escore (4).

Quatro pacientes obtiveram pontuação na categoria SPA-5 devido a situações parentais anômalas (SPA-5.2.). Apesar de todos eles serem filhos de pais separados, o paciente D apresenta um agravante importante, que é a situação de homicídio de um dos pais, sendo que um familiar próximo era suspeito e aguardava julgamento em carceragem. Essa situação levou à ocorrência de outras SPAs importantes na vida do paciente.

3.1.2 Resultados da *Children's Depression Rating Scale – Revised*

As figuras 3 e 4 mostram os escores dos pacientes da amostra em dois momentos: No início das sessões de arte-terapia e no momento da entrevista para avaliação de resultados. Apresentaram média inicial 63.25 e média final 39. Nota-se que todos não apenas obtiveram na segunda aplicação da escala escores menores que na primeira, mas também mudaram de faixa de nível de depressão (figuras 4 e 5).

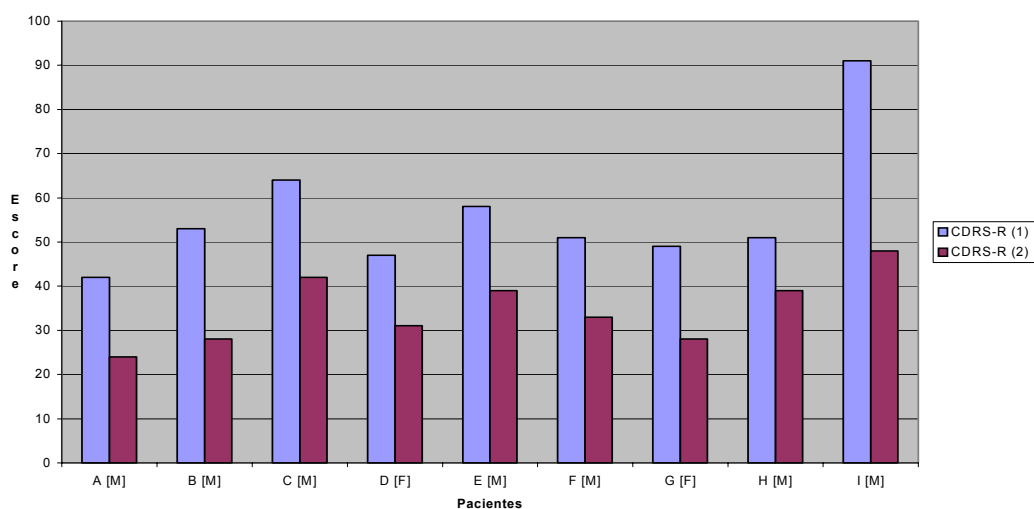


Figura 3 – Gráfico CDRS-R (escores por paciente)

Paciente	CDRS-R (1)	faixa de <i>T-score</i>	CDRS-R (2)	faixa de <i>T-score</i>
A	42	40-54	24	39 ou menos
B	53	40-54	28	39 ou menos
C	64	55-64	42	40-54
D	47	40-54	31	39 ou menos
E	58	55-64	39	39 ou menos
F	51	40-54	33	39 ou menos
G	49	40-54	28	39 ou menos
H	51	40-54	39	39 ou menos
I	91	85 ou mais	48	40-54
MÉDIA	63,25		39	

Figura 4 – Tabela de mudança de faixa de nível de depressão

<i>T-Score</i>	Interpretação
39 ou menos	Pontuação extremamente rara de se obter e portanto, é necessário buscar outras fontes de informação, pois pontuação tão baixa pode estar relacionada a negação.
40-54	Provavelmente um transtorno depressivo não ocorrerá em avaliações subsequentes.
55-64	Possivelmente um transtorno depressivo será confirmado se for feita uma avaliação de diagnóstico abrangente. Tal avaliação é recomendada se estiverem presente algumas das condições que seguem: <ul style="list-style-type: none"> • pontuação que indique grau moderado ou severo em alguma das áreas sintomáticas • pontuação 3 ou mais em ideação suicida • descrição de percurso crônico (i.e., por mais de um ano) para um indicador clinicamente significativo de humor depressivo (i.e., dificuldade em se divertir, sentimentos depressivos, expressão facial depressiva, irritabilidade)
65-74	Provável transtorno depressivo. Recomenda-se avaliação subsequente.
75-84	Fortes indícios de transtorno depressivo. Recomenda-se avaliação subsequente.
85 ou mais	Transtorno depressivo praticamente comprovado. Exige intervenção e avaliação imediatas.

Figura 5 – Tabela de Interpretação da Escala CDRS-R

3.1.3 Resultados da *Children – Global Assessment Scale*

As figuras 6 e 7 demonstram os resultados dos dois momentos: No início das sessões de arte-terapia e no momento da entrevista para avaliação de resultados. Apresentaram média inicial 53 e média final 86.375. Nota-se que todos obtiveram na segunda aplicação da escala escores maiores que na primeira e mudaram de faixa de nível de funcionamento, para melhor.

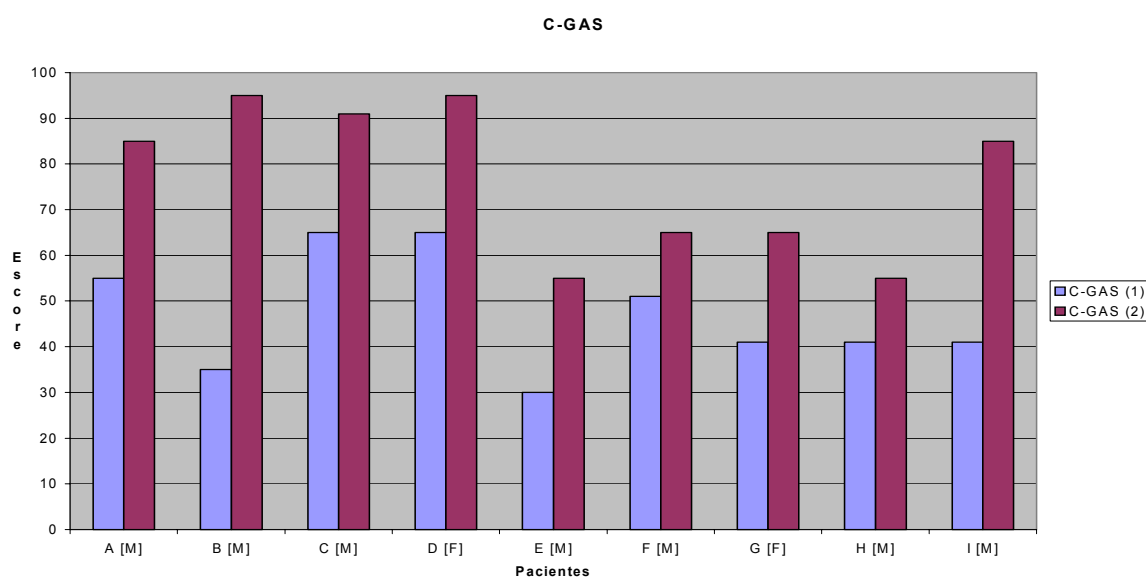


Figura 6 – Gráfico C-GAS (escores por paciente)

Paciente	C-GAS (1)	faixa	C-GAS (2)	faixa
A	55	V	85	II
B	35	VII	95	I
C	65	IV	91	I
D	65	IV	95	I
E	30	VIII	55	V
F	51	V	65	IV
G	41	VI	65	IV
H	41	VI	55	V
I	41	VI	85	II
MÉDIA	53		86,375	

- I 100 – 91** Funcionamento superior em todas as áreas (em casa, na escola e com crianças); Envolvido em grandes números de atividades e tem muitos interesses (por EX: Tem hobbies ou participa de atividades extracurriculares ou pertence a um grupo organizado como os escoteiros). É social (agradável), confiante, preocupações quotidianas nunca saindo do controle. Vai bem na escola, sem sintomas.
- II 90 – 81** Funcionamento bom em todas as áreas, seguro na família, escola e com colegas. Pode haver dificuldades transitórias e preocupações (quotidianas) que ocasionalmente saem do controle (ex: Leve ansiedade associadas com uma prova importante; Explosões ocasionais com irmãos e pais ou colegas).
- III 80 – 71** Não mais que um leve prejuízo no funcionamento ou instabilidade emocional. Podem estar presentes em resposta a algum evento de vida (estressores) (ex: Separação dos pais; Mortes; Nascimento de um irmão), mas esses distúrbios são breves e a interferência no funcionamento é transitória; essas crianças perturbam os outros minimamente e não são consideradas diferentes do normal para quem os conhecem.
- IV 70 – 61** Alguma dificuldade em uma área única, mas geralmente funcionando razoavelmente bem (ex: atos anti-sociais isolados ou esporádicos, como ocasionalmente praticar pequenos furtos; pequenas dificuldades consistentes ou duradouras com trabalho escolar, mudanças de humor de curta duração, medos e ansiedades que não levam a comportamentos de evitação evidentes, insegurança. Tem algumas relações interpessoais significativas, a maioria das pessoas que não conhece bem a crianças não a consideraria problemática, mas aquelas que a conhecem expressam preocupação.
- V 60 – 51** Funcionamento variável com dificuldades esporádicas ou sintomas em várias, mas não em todas áreas sociais; distúrbios seriam perceptíveis para aqueles que encontram a criança numa hora ou ambiente disfuncionais, mas não para aqueles que a vêem em outras horas ou ambientes.
- VI 50 – 41** Grau moderado de interferência nos funcionamentos na maioria das áreas sociais ou disfunção grave em uma única área, algo que possa resultar em, por exemplo, ideações suicidas ou ruminções, recusa para ir a escola e outras formas de ansiedade, rituais obsessivos, sintomas conversivos maiores, ataques de ansiedade freqüente, empobrecimento ou habilidades sociais inapropriados, episódios freqüentes de agressão ou outros.
- VII 40 – 31** Maior disfunção em várias áreas e incapacidade funcional em um, a dessas áreas: desadaptação em casa, na escola, com outras crianças ou sociedade. Ex: agressão persistente sem motivos claros, apatia e isolamento marcante devido ao humor, tentativas suicidas com intenções claras de auto-eliminação, geralmente essas crianças necessitam de escolarização especial e/ou hospitalização ou dispensas da escola (mas essa não é um critério suficiente para inclusão nessa categoria).
- VIII 30 – 21** Incapacidade funcional em quase todas as áreas, tanto em casa, fora ou ficar na cama dia inteiro, sem fazer parte das atividades sociais ou graves prejuízos na realização de testes ou sérios prejuízos na comunicação (ex: alguns momentos de incoerência ou inadequação).
- IX 20 – 11** Necessita de supervisão considerável para prevenir danos aos outros (machucar outros) ex: freqüentemente violento, tentativas de suicídios repetidas ou para manter higiene pessoal ou prejuízo grave em todas as formas de comunicação com anormalias na comunicação verbal e gestual.
- IX 10 – 1** Necessita de supervisão constante (cuidados por 24 horas) devido ao grave agressividade ou condutas auto-destrutivas ou prejuízo grave na realização de testes, comunicação, cognição, afeto ou higiene pessoal.

(Fu I, 1998)

Figura 7 – Tabela de mudança de faixa de nível de funcionamento global

A média inicial de 53 pontos situa os pacientes na faixa entre 60-51 pontos e a média final de ~86.5 pontos os situa na faixa entre 90-81 pontos, a segunda melhor faixa de funcionamento. Pode-se constatar, portanto, que os pacientes indubitavelmente apresentaram funcionamento global normal após 12 sessões de arte-terapia.

Verificou-se que todos os pacientes da amostra evidenciaram melhora de acordo com os instrumentos utilizados (Figuras 3, 4, 6 e 7), pois mudaram de faixa para um grau de redução de sintomas depressivos e de desempenho global melhor, respectivamente.

3.2 Os Discursos do Sujeito Coletivo

Seguem os quadros de cada questão da Entrevista de Análise de Resultados em duas colunas, de forma a evidenciar as idéias-centrais e os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo.

3.2.1 Questão 1

1. Declarações livres do paciente	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Gosto de ficar em casa.	Gosto mais de ficar em casa do que ficar fora de casa. Não sou ruerio. Minha família toda é dentro de casa, minha mãe, meus irmãos.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Gosto de sair e de brincar, jogar bola. Gosto de música e de praticar algum esporte. Hoje, estou bem, voltei ao normal. Tenho planos para quando começar a trabalhar, emagrecer, fazer cursinho, andar de bicicleta.	Gosto de sair bastante, com meus amigos, não com os meus pais. Gosto de ir para a escola. Gosto de brincar com meus colegas, de jogar bola. Também gosto de assistir televisão, de estudar matemática. Gosto de desenhar um pouco. Meu forte, mesmo, é música, eu adoro. Gosto de escutar música, às vezes gosto de praticar esportes. Eu não brinco muito, eu jogo, vôlei e futebol, mas eu sou péssimo no futebol. Gosto de assistir filmes de madrugada. De manhã também eu gosto de assistir TV. Gosto de vídeo game. De mexer na internet, gosto um pouco, não muito. Gosto de animais. Hoje, estou no supletivo, e tô normal, não falto nunca na aula. Tenho vários planos para quando eu começar a trabalhar. Estou tentando dar uma emagrecida. Quando eu ganhar bicicleta, vou andar de bicicleta. Estou fazendo cursinho e acho que vou prestar vestibular.

Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo - 3
Gosto de conversar, fazer amigos, ajudar os outros. Tenho bom relacionamento social e familiar.	Gosto de conversar, fazer amigos. Acho que falo demais quando estou em grupo. Sou bem extrovertido, me enturmo bem fácil com as pessoas. Eu gosto de arranjar amigos, mas no momento, tenho poucos amigos. Também gosto de ajudar os outros. Tenho bom relacionamento com os meus pais, com os meus amigos.
Idéia Central - 4	Discurso do Sujeito Coletivo - 4
Sou calmo, tímido. Não gosto de brigar.	Não sou aquele cara que já chega e já vai fazendo amizade. Sou calmo, as pessoas tem que me apresentar. Se estou com quem não conheço, fico tímido e não falo. Não sou de brigar. Primeiro, eu converso, mas se não dá jeito, aí eu brigo logo. O que me torra é quando me xingam, nossa, não sei o que eu faço, choro, brigo ou converso.
Idéia Central - 5	Discurso do Sujeito Coletivo - 5
Sou agitado e ansioso. Não tenho boa memória. Com depressão, eu me isolava e não conseguia fazer nada, não conseguia comer, nem dormir direito, ficava nervoso e irritado com facilidade. Sentia muita tristeza, dores de cabeça e muito sono. Eu era muito preocupado.	Eu sou bem agitado. Sou muito ansioso, sempre fui. Tem vezes que eu não consigo dormir direito. Não tenho boa memória. Na escola, esqueço de algumas coisas. Com depressão, eu ficava com vontade de ficar isolado, sozinho. Eu ficava quieto. Não conseguia fazer nada, não tinha vontade de fazer as coisas, ficava desanimado. Alguma coisa me prendia. Quando eu estava na escola, eu sempre ficava sozinho, encostado num canto, desenhando, ou parado, olhando, isso que era ruim. Numa roda de pessoas, ficava todo mundo falando e eu ficava só olhando. Prá ter amizade, aí que era difícil. Em casa, eu ficava mais isolado da família do que normalmente. Ficava com vontade de ficar sozinho, sem falar com ninguém. Eu não queria sair, não queria mais fazer nada em casa, eu só queria ficar deitado no sofá vendo tv dia e noite. Fiquei uns 2 anos sem ir prá escola. Antes do tratamento para depressão, eu me sentia muito mal, quase não falava direito, não me alimentava direito também. Não comia quase nada. Eu parei de comer. Eu não conseguia dormir. Quando eu ia dormir, não dava, não conseguia dormir direito, ficava levantando à noite. Não ia dormir. Ficava tentando dormir, pensando em nada. Eu era muito nervoso, ficava irritado fácil. Eu me irritava muito por qualquer coisinha e batia nos meus colegas. Às vezes, eu ficava irritado do nada. Eu sentia tristeza. Eu ficava muito triste. Dormir, eu dormia bem. Mas ficava mais ansioso, e comia demais quando ficava nervoso. Eu ficava ansioso e atacava na comida. Eu tinha dor de cabeça bem forte. Eu sentia muito sono. O mais difícil é que sempre ficava preocupado com as coisas.

Buscou-se conhecer a opinião do paciente adolescente com depressão sobre o tratamento através da arte-terapia. Para facilitar o contato com o entrevistador, a primeira questão visava descontrair o paciente entrevistado, deixando-o discursar livremente sobre si, contando o que gosta de fazer, explicando alguma característica sua de personalidade. Dessas declarações, foram extraídas cinco idéias-centrais. Percebe-se que essas ICs* enquadram-se no que chamamos de núcleos temáticos, sendo os temas “do que gosto” ou “o que gosto de fazer”, “como eu sou” e “como eu sou (ou como eu era) com depressão”. As respostas indicaram que o sujeito coletivo, no momento da entrevista, já

na primeira questão colocou, espontaneamente, que se sentia melhor, e fazia planos que envolviam atividades tanto sociais como pessoais de conotação positiva: “Hoje, estou bem, voltei ao normal.” “Tenho planos para quando começar a trabalhar, emagrecer, fazer cursinho, andar de bicicleta.”

3.2.2 Questão 2

2. Você acha que você mudou?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Minha timidez diminuiu e meu relacionamento social melhorou. Estou mais calmo e brigo menos, respondo menos. Como e durmo melhor, fico mais alegre, não me preocupo tanto com as coisas como antes. Melhorei, mas não sei como. Não mudei, melhorei.	Comecei a ficar menos tímido, daí. Eu quase nem falava, e tô falando mais, tô voltando a ter amizade. Agora, eu já conheço quase metade da sala. Meus amigos me chamam de zoeiro. Fiquei uns 2 anos sem ir prá escola, mas hoje, estou no supletivo, e tô normal, não faltou nunca na aula. Nos finais de semana, saio com meus amigos, vamos ao shopping. Agora, eu tô mais calmo. Não fico mais brigando com os meninos, não respondo mais para a minha avó. Antes da arte-terapia, eu era muito nervoso, me irritava com tudo. Agora, não brigo mais, nem fico nervoso tão fácil. Eu chorava de madrugada. Eu não conseguia dormir. Agora, eu durmo, durmo bem. Não fico mais tão preocupado com as coisas e é difícil eu me chatear como antes. Eu fico mais alegre e consigo comer bastante. Fico mais tempo brincando com os animais, cuidando deles. Vou na escola de inglês. Me sinto melhor, porque agora eu tô conseguindo conversar. Eu não abria a boca. Estou falando prá caramba. Inclusive, estou sendo mais pensativo antes de falar. Agora, até aconselho meus colegas. Não sei te explicar como que eu melhorei, só sei que eu melhorei. Sabe, quando você nota que está diferente, mas não sabe o que é. Mudar, não, que eu sou o mesmo. Eu melhorei.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
A mudança partiu de mim, não dos outros, e porque eu quis.	Mudei por causa das pessoas e por mim também, porque se eu não quisesse, não tinha acontecido nada, eu não teria mudado. A mudança veio de mim, não das pessoas de fora. Fui eu mesmo que mudei, não foram as pessoas que mudaram. Uma menininha falou prá mim, "agora, você não tá mais tímido!"
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo - 3
Não mudei nada, ainda tenho muito sono.	Nada mudou, nadinha. Ainda tenho muito sono.

Tendo o paciente discursado a respeito de si, introduziu-se a segunda questão, esta já bastante direta quanto a sua percepção de si: Você acha que você mudou? Destacaram-se três ICs*. As duas primeiras ICs* revelaram que o sujeito coletivo achava que ele havia mudado e ele

descreveu suas atitudes, comparando-as com como eram antes: “Minha timidez diminuiu e meu relacionamento social melhorou. Estou mais calmo e brigo menos, respondo menos.” “Como e durmo melhor, fico mais alegre, não me preocupo tanto com as coisas como antes.” “Eu não abria a boca e agora, consigo conversar, até aconselho meus colegas.” A IC-2 revelou, ainda, uma percepção do sujeito coletivo em relação ao seu papel nessa melhora. Ele percebeu que mudou para melhor devido a algum fator interno seu, onde sua participação foi a chave para a melhora, e não algo externo: “A mudança partiu de mim, não dos outros, e porque eu quis.” Na IC-1, o sujeito coletivo não consegue atribuir sua melhora a algo específico: “melhorei, mas não sei como.” Nota-se, ainda, a distinção entre mudar e melhorar. Fica muito claro que a melhora do sujeito coletivo está ligada à remissão de sintomas, e não à sua personalidade, pois ele afirma “não mudei, melhorei.” Uma última IC* difere das duas anteriores: O sujeito coletivo não tem percepção de melhora alguma e declara, “não mudei nada, ainda tenho muito sono.”

3.2.3 Questão 3

3. Como você lidava antes com o seu problema e como lida agora – melhor, pior ou igual a antes de começar a arte-terapia?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
A arte-terapia me ajudou a lida melhor com os problemas. Melhorei uns 80%.	A arte-terapia me ajudou bastante. Agora, tá melhor prá lidar com os problemas. Acho que antes eu lidava com os meus problemas com medo. Agora, parece que já sei se eu tô certo e não tenho mais aquele medo de dizer que eu tô certo. Se eu tô errado, eu assumo que eu tô errado. Estou aprendendo a lidar com os meus problemas mais de frente. Outra coisa, é que eu não entro mais na briga. Mesmo assim, às vezes ainda não consigo resolver os problemas, mas a diferença é que agora consigo dialogar, consigo pelo menos tentar. Prá antes da terapia, eu me dou 7 e agora, 8, numa escala de 0 a 10. Quero dizer, de zero a cem, eu dava 80 prá minha melhora, ou seja, melhorei uns 80%. Os 20% que faltam, acho que é fazer amizade.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Lido com os problemas igual a antes.	Sinceramente? Igual. Normal.

A questão seguinte buscou investigar a maneira como os pacientes lidavam com seus problemas antes e depois do tratamento de arte-terapia, pensando-se que tais sintomas estariam embutidos nessa conduta. Das respostas foram extraídas duas idéias-centrais. A primeira, “a arte-terapia me ajudou a lidar melhor com os problemas” explicita o pensamento do sujeito coletivo que percebe lidar melhor com seus problemas depois do tratamento e atribui à arte-terapia esta mudança. Ele descreveu a segurança com a qual lida com seus problemas após o tratamento: “Acho que antes eu lidava com os meus problemas com medo. Agora, parece que já sei se eu tô certo e não tenho mais aquele medo de dizer que eu tô certo. Se eu tô errado, eu assumo que eu tô errado. Estou aprendendo a lidar com os meus problemas mais de frente.” Também apresenta uma quantificação da melhora percebida pelo sujeito coletivo: “Melhorei uns 80%.” A segunda idéia central revela um sujeito

coletivo que achou que lidava com seus problemas como lidava antes do tratamento.

3.2.4 Questão 4

4. Você aprendeu coisas novas a seu respeito durante o tratamento de arte-terapia?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
A arte-terapia me ajudou, aprendi muitas coisas.	Acho que aprendi, sim. Aprendi muitas coisas. Eu aprendi mais a soltar. Aprendi a expor meus sentimentos e a falar. A arte-terapia me ajudou bastante. Antes, eu brincava muito com as meninas. Agora, tô respeitando mais as meninas. Respeito mais a minha mãe. Pintar e desenhar nunca me interessou. Com o decorrer do tratamento, eu vi que eu fui gostando.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
As outras pessoas é que notam a diferença.	Não senti nada de especial, acho que as outras pessoas é que deve ter notado. A pessoa que faz o tratamento não percebe, quem percebe são as pessoas em volta, tipo meu pai, minha irmã.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo - 3
Eu era ansioso, me chateava facilmente e me isolava. Acho que não, porque na sessão não se fala sobre si próprio.	Eu era ansioso, me chateava fácil, ficava isolado. Acho que não, porque nas sessões, a gente debate sobre o que a gente fez durante a sessão, e não sobre a gente mesmo.
Idéia Central - 4	Discurso do Sujeito Coletivo - 4
Não sei.	Não sei o que aprendi de novo a meu respeito.

A quarta questão investigou se o paciente aprendeu coisas novas a seu respeito durante o tratamento de arte-terapia. Das quatro ICs extraídas do material discursivo em resposta a esta questão, as duas primeiras afirmaram que sim, o sujeito coletivo percebeu que a arte-terapia o ajudou a aprender muitas coisas. Na IC-3, verifica-se um sujeito coletivo que achou que não aprendeu nada novo a seu respeito “porque na sessão não se fala sobre si próprio.” É importante, nesta IC*, por outro lado, a percepção esperada do sujeito coletivo quanto à arte-terapia. Por se tratar de uma terapia expressiva, a verbalização não é valorizada, nem

imprescindível (Païm & Jarreau, 1996). Prioriza-se a expressão através de trabalhos de arte, no caso, através do desenho, da pintura, da colagem, entre outros. O sujeito coletivo relata mudança de comportamento, mas acha que não aprendeu nada.

A IC-4 identificou um sujeito coletivo que não sabia se aprendera algo de novo a seu respeito. Isso indica que ele possivelmente não tinha parado para refletir a esse respeito e no momento da entrevista, não fez associação alguma entre a arte-terapia e ter aprendido algo sobre si próprio. No entanto, é importante ressaltar que ele não descartou a possibilidade de ter aprendido, mas apenas que naquele momento, não conseguiu identificar.

3.2.5 Questão 5

5. Que coisas seriam essas?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Aprendi a ficar alegre, a me desinibir. Aprendi a ver o mundo com mais formas e a desenhar coisas novas.	Aprendi a ficar alegre. Aprendi... A me identificar com pessoas, assim, como se fala, estranhas, que eu não conhecia. Hoje, eu noto mais as coisas, presto mais atenção no que está ocorrendo. Mudou a maneira como eu enxergo o mundo. Parece que agora ele tem mais forma, mais cores, etc, mais coisas. Também, eu nunca tinha feito desenho de duas pessoas na mesma folha e agora, aprendi.

Pede-se para o paciente identificar o que teria aprendido de novo a seu respeito. “Aprendi a ficar alegre, a me desinibir,” evidenciou a remissão dos sintomas depressivos de tristeza e isolamento. É evidente a volta ao interesse pelas atividades: “Hoje, eu noto mais as coisas, presto mais atenção no que está ocorrendo” e especificou o que ele aprendeu de novo, “aprendi a ver o mundo com mais formas e a desenhar coisas

novas.” Esta idéia foi explicada de forma objetiva: “Mudou a maneira como eu enxergo o mundo. Parece que agora ele tem mais forma, mais cores, etc, mais coisas.”

3.2.6 Questão 6

6. Elas o auxiliam de alguma forma? Como?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Sim, a enfrentar a vergonha e a me distrair.	Auxiliam, sim. Agora, eu ainda tenho vergonha, medo das pessoas zoarem, ficar aquela zoeira, mas eu pergunto o que quero. Quando não tenho nada prá fazer em casa, fico escutando música e desenhando, pintando. Gosto de ficar imaginando o que eu vou fazer na arte-terapia. Um pouquinho, prá mim, por causa desse respeito pelos outros e lidar melhor com os meus problemas.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Não sei.	Não sei como essas coisas que aprendi me ajudam no dia-a-dia.

A questão 6 focalizou o lado prático desse aprendizado, ou seja, se e como essas coisas novas que aprendeu o auxiliam. Duas ICs foram identificadas. A IC-1 diz respeito a remissão de sintomas depressivos, “a enfrentar a vergonha e a me distrair,” ou seja, diminuição da tendência ao isolamento e aumento de interesse pelas atividades, preenchendo o tradicional ‘vazio’ que o indivíduo deprimido sente, e tenta quantificar: “Um pouco”. O DSC* dessa IC* revelou que houve remissão de sintomas depressivos, mas o sujeito coletivo percebia que ainda havia o que melhorar quando afirmou: “um pouquinho, prá mim, por causa desse respeito pelos outros e lidar melhor com os meus problemas.” A IC-2, “não sei”, identifica o aprendizado em relação a si, mas o sujeito coletivo não foi capaz de associar esse aprendizado a alguma mudança prática em sua vida.

3.2.7 Questão 7

7. A que exatamente você atribui ter aprendido tais coisas?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
À arte-terapia.	Ao tratamento aqui, de arte-terapia. É, acho que à arte-terapia, às pinturas feitas em arte-terapia. Acho que essas pinturas me ajudaram um pouco, lidar com as cores, fazer as misturas de cores, inclusive com vários brilhos.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Às consultas médicas, aos remédios, às conversas durante as consultas clínicas.	Acho que a tudo, às consultas com a médica, aos remédios, às conversas.

Esta questão visou investigar a que o paciente atribuiu ter aprendido coisas novas a seu respeito e duas ICs foram identificadas. Na primeira, o sujeito coletivo identificou a arte-terapia como sendo o facilitador do aprendizado do paciente a respeito de si. Na segunda, identificou um facilitador mais amplo, atribuindo seu aprendizado “às consultas médicas, aos remédios, às conversas durante as consultas clínicas.”

3.2.8 Questão 8

8. Hoje em dia, como você se sente? Você está satisfeito consigo mesmo?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Atualmente, sinto-me bem, satisfeito comigo mesmo e mais feliz. Acho que não há nada que ainda queira mudar em mim.	Hoje, tudo me sinto bem. Me sinto normal, é, bastante satisfeito comigo mesmo, com o jeito que eu tô. Porque muita coisa que eu não conseguia antes, agora eu tô conseguindo. Coisas prá me aborrecer, são poucas, mas coisas que me satisfazem, são mais do que antes. Me sinto melhor, porque agora eu tô conseguindo conversar. Me sinto alegre. É, eu tô bem, tô mais feliz. Não tem nada que me deixa insatisfeito comigo. Não acho que tem nada que eu ainda tenho que mudar.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Acho que ainda preciso mudar, mas apenas fisicamente.	Tranquilo. Além de emagrecer, não tem nada que eu tenho que mudar. Fisicamente, sim, eu queria mudar, emagrecer um pouquinho. Na parte sentimental, acho que tá tudo bem.

A oitava questão visava identificar a percepção que o paciente tinha, naquele momento, de si, indagando como ele se sentia e se estava satisfeito consigo mesmo. Identificaram-se duas ICs, sendo a primeira de um sujeito coletivo que se sentia bem, satisfeito consigo mesmo e mais feliz, ou seja, ele não percebia mais alguns sintomas de depressão que sentia antes. A segunda IC*, “acho que ainda preciso mudar, mas apenas fisicamente,” apresenta um sujeito coletivo que descreveu sua necessidade de mudanças físicas, pois queria emagrecer, e afirmou: “na parte sentimental, acho que tá tudo bem”.

3.2.9 Questão 9

9. Acha que ainda precisa mudar?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Acho que ainda preciso mudar. Preciso ser mais responsável.	Ainda preciso mudar um pouco. Mas não sei o quê. De zero a cem, eu dava 80 prá minha melhora. Preciso ser mais responsável pelas coisas. Preciso ainda mudar muito, preciso aprender a me comunicar. Sou muito tímido.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Preciso parar de tomar medicamento.	O que eu preciso mudar é que eu gostaria de parar de tomar remédio, mas não sei se isso depende de mim, ou dos outros.

A questão 9 foi formulada buscando-se que o paciente pontuasse se achava necessário ainda mudar, no caso dele não ter declarado na questão anterior. De fato, mesmo tendo ele mencionado isso antes, aqui esse pensamento é elaborado e apresenta-se em duas ICs, ambas afirmativas. A IC-1 apresenta um sujeito coletivo que afirmou que ainda precisava mudar um pouco, mas não conseguia definir o quê, e que sentia necessidade de ser mais responsável. Ainda, apresentava uma

necessidade de conseguir chegar à remissão total de sintomas depressivos: “Preciso mudar muito, aprender a me comunicar melhor e a vencer a timidez”. A IC-2 evidenciou o desejo do sujeito coletivo em sarar do seu distúrbio: “Preciso parar de tomar medicamento para a depressão, mas não sei se isso depende de mim ou dos outros.”

3.2.10 Questão 10

10. Como acha que conseguiria mudar isso que ainda falta?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Sendo menos esquecido e mais responsável. Isso depende apenas de mim.	Ser menos esquecido, ser mais responsável. Para mudar o que acho que ainda falta, depende apenas de mim. Fazendo regime, comendo menos.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Não sei.	Não sei o que devo fazer para mudar o que acho que ainda é preciso.

A décima questão da entrevista visava acessar os recursos conscientes do paciente para continuar buscando sua melhora. As duas ICs resultantes das respostas mostraram-se pouco claras, nada objetivas. A primeira, o sujeito coletivo afirma que seria “sendo menos esquecido e mais responsável.” No entanto, esse DSC* não responde a questão como acha que conseguiria mudar o que ainda falta, pois o sujeito coletivo não sabe como e diz: “Não sei o que devo fazer para mudar o que acho que ainda é preciso.” O sujeito coletivo identificou o que fazer, que seria “fazendo regime e comendo menos”, mas não se referiu a como conseguir fazer regime.

3.2.11 Questão 11

11. Você recomendaria o tratamento de arte-terapia que você teve para alguém? Por quê?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Recomendaria, porque gostei, distrai, aprendem-se coisas novas que podem ser usadas fora das sessões, porque gostei muito e espero que ajude outras pessoas também. Gostei dos atendimentos de arte-terapia e não acho que devem mudar o procedimento das sessões.	Sim, recomedaria. É bem legal. Porque distrai, você aprende a fazer coisas novas, dá prá usar no dia-a-dia, e até ajuda na escola, às vezes, enfim, porque eu gostei muito. Espero que se repita com outras pessoas. Eu acho que se fez bem para mim, vai fazer bem para as pessoas também. É bom prá ajudar a parar com as manias, assim, por exemplo, de comer casquinha de lápis, que é tão nojento e o meu amigo fica comendo. Na arte-terapia, eu gostei de tudo. Não tem nada prá mudar nos atendimentos, tudo é legal. Tá bom do jeito que tá. Acho que quem fizer esse tratamento, vai aprender a se sentir mais solto e falar tudo o que ele tem que falar com a doutora. Quem sabe as pessoas conseguiriam enxergar mais dentro delas e não só o que elas vêem no espelho. Assim, quem sabe encontrando o seu eu, a sua pessoa. As doutoras são bem atenciosas com a gente, perguntam se a gente gostou, ou não gostou, ajudam a gente bastante e deixam a gente bem à vontade. São todos legais. Gosto do grupo, das atividades, de pintar. Você fica em grupo e você pode conversar. É bom, sei lá.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Recomendaria, apesar de não achar que a arte-terapia me ajudou a melhorar da depressão.	Eu recomendaria, sim, é bem legal. Gosto muito do grupo, das atividades, de pintar. Mas não acho que ajudou para eu melhorar da depressão.

A última questão investigou se o paciente recomendaria o tratamento de arte-terapia que teve a alguém e por quê. Destacaram-se duas ICs, ambas afirmativas. Os DSCs evidenciaram a satisfação do sujeito coletivo com a arte-terapia: “Recomendaria, porque gostei, distrai, aprendem-se coisas novas que podem ser usadas fora das sessões. (...) Porque gostei muito e espero que ajude outras pessoas também. (...) Não acho que devem mudar o procedimento das sessões. Gostei das atividades e do contato em grupo (...)”. Sua satisfação é plena, tanto que ele não consegue imaginar o que poderia ou deveria, na sua opinião, ser diferente. O sujeito coletivo percebeu que a arte-terapia o ajudou e pontuou que o tratamento facilitou a comunicação com a médica: “Acho que quem fizer o tratamento de arte-terapia, vai aprender a se sentir mais solto e falar tudo o que ele tem que falar com a doutora”.

4

DISCUSSÃO

Não é pretensão exaurir a discussão dos DSCs, mas sim, distinguir os pontos considerados de relevância em relação aos objetivos do estudo, investigar a experiência do tratamento de arte-terapia na vida do paciente adolescente com depressão refratária a tratamento farmacológico, observando a contribuição da arte-terapia ao tratamento farmacológico no grupo estudado.

4.1 Aspectos dos Discursos do Sujeito Coletivo

Não se tratou de avaliação de resultados da psicoterapia, mas de análise do DSC* sobre a experiência do tratamento com arte-terapia e da doença.

Pôde-se constatar aspectos positivos, negativos e dúbios, ou incertos, na fala do sujeito coletivo. Quanto aos aspectos positivos, que têm as falas mais freqüentes, o sujeito coletivo demonstra percepção de melhora de sintomas depressivos: relata diminuição de atitudes de isolamento e irritabilidade, constata aumento de interesse nas atividades, percebe melhora e equilíbrio no sono e no apetite, enfim, descreve melhora considerável na sua relação com o mundo. Discursos revelam que o sujeito coletivo era tímido e buscava o isolamento, ou então, ficava irritado e brigava com facilidade, mas voltou a ter amigos, não responde mais como antes, e fica mais alegre.

O próprio sujeito coletivo percebe sua reinserção social (“minha timidez diminuiu e meu relacionamento social melhorou” – IC-1, Questão 2). Como observou Silveira (1946), adoecer significa desenvolver outras formas de compreensão e expressão de seus significados interiores enquanto seres individuais e sociais, inserindo-se no processo de cotidiano da vida de maneira considerada inadequada ou incompreensível. O indivíduo encontrou seu lugar na sociedade a partir do momento que se percebeu, no processo de cura da doença. Os sintomas diminuíram e pôde passar a fazer planos positivos concretos para um futuro próximo, como emagrecer, estudar, trabalhar, andar de bicicleta. Atividades plásticas de arte em grupo proporcionaram uma interação que se desenvolveu naturalmente, pois o ser humano é essencialmente social, como postulou Jung (CW 15, 1977) e chamou a capacidade inata de ações instintivas, como a socialização, de arquétipo (CW 10, 1977). “A arte, os rituais, religiões, (...) ‘re-apresentam’ esse modo funcional do ser humano” (Freitas, in Andrade, 2000, p. 105).

É capaz, também, de perceber que se trata de remissão de sintomas e não de mudança de personalidade, constatado na significativa fala “não mudei, melhorei” (DSC-1 da questão 2). Do ponto de vista terapêutico, a fala revela a essência do processo: o indivíduo não se preocupa com quem ou o que proporcionou a melhora. Isso também aparece nos DSCs da questão 10, onde coloca que o que falta mudar depende apenas de si, ou então não sabe do que depende. Afirma, no

DSC-2 da questão 2, que sua melhora partiu de si próprio, ou seja, entende que se deu um processo interno que propiciou uma melhora.

Essa melhora é quantificada no DSC-1 da questão 3: “melhorei uns 80%”. No DSC-1 da questão 8 e nos DSCs da questão 9, afirma que ainda precisa mudar, ou seja, o processo ainda não terminou, ainda há o que ser feito. Certamente, o processo de desenvolvimento da personalidade, que Jung chamou de individuação (CW 6, 1977), ainda não havia se concluído no momento dos depoimentos. Jung explicou que a total individuação jamais é atingida, pois implica em objetivos de vida e assim, deve durar toda vida. Mais do que meramente tornar-se consciente, a individuação envolve também centralização do ego, e identificação do Self individual e coletivo (CW 6, 1977).

Em alguns momentos, o sujeito coletivo se mostra negativo, ou pelo menos dúbio. Não sabe dizer como mudou, se mudou, acha que não mudou, mas não tem tanta certeza, e não consegue identificar o papel da arte-terapia em sua vida. Por vezes, afirma que não mudou nada, ou seja, que não houve remissão de sintomas, ou ao menos não consegue constatar. Há também uma fala do sujeito coletivo que não associa a arte-terapia ao fato de ter aprendido coisas novas sobre si, ou nem consegue perceber que tenha aprendido. Essas falas não parecem coerentes, pois não condizem com os resultados das escalas aplicadas. Essa negação pode estar relacionada a desejos reprimidos, desvios na percepção, ou seja, a sombra em atuação, em linguagem da Psicologia Analítica. A

relevância dessas afirmações está também no fato que elas remetem o indivíduo a pensar sobre si, suas condições e como se sente. Isso diferencia o estudo de uma abordagem onde o indivíduo é simplesmente ouvido, a um processo diferenciado, que promove uma reflexão que possivelmente se estende posterior ao momento da entrevista (Elsass, 2001).

Outro aspecto importante que os DSCs revelam é que a arte-terapia propiciou um auto-conhecimento que não existia antes, reforçando, assim, a identidade do sujeito coletivo e elevando sua auto-estima, como verificado nos DSCs 1 e 2 da questão 2, onde fala sobre a melhora na socialização, no DSC-1 da questão 3, onde afirma ter adquirido mais segurança, e nos DSCs 1 e 3, onde declara ter adquirido um aprendizado. Isso pode se dever ao fato de que o desenvolvimento de atividades plásticas em grupo envolvem relaxamento dos estressores do cotidiano e interação dos indivíduos de forma não-ameaçadora, onde todos podem se colocar tomando posições menos defensivas (Glover, 1999).

Os DSCs também indicam algumas funções importantes da arte-terapia que atuaram na vida do sujeito coletivo, sendo que ele próprio fez a associação da arte-terapia à sua mudança de visão do mundo, à melhora na sua capacidade de lidar com os problemas, e à remissão de sintomas depressivos. Foi possivelmente através do aspecto lúdico e sua função criativa que a arte-terapia propiciou tais mudanças. É interessante

constatar que o sujeito coletivo, num dado momento, atribui a melhora em sua vida não só à arte-terapia, mas também ao conjunto com as consultas médicas e remédios (DSC* 2, questão 7).

Sobretudo, constatou que os benefícios da arte-terapia ecoam fora das sessões, na IC-1 da questão 11, “[em arte-terapia] aprendem-se coisas novas que podem ser usadas fora das sessões”, efetivamente revelando seu resultado terapêutico.

4.1.1 Aspectos psicodinâmicos

O estudo de Curry (2001) sobre tratamentos psicoterápicos para adolescentes com depressão revelou que a literatura tem demonstrado as terapias cognitivo-comportamentais (TCC) em geral como mais eficazes que intervenções psicossociais. Conclui que há necessidade de estudos sobre eficácia comparativa de intervenções psicoterápicas, anti-depressivos e a combinação desses, para promover remissão de sintomas e prevenir reincidência. Mufson e seus colegas (Mufson & Fairbanks, 1996; Mufson et al., 1994, 1999) desenvolveram trabalhos utilizando a terapia interpessoal de Klerman (Klerman et al., 1984), uma técnica de terapia cognitiva-comportamental altamente conceituada no tratamento de depressão em adultos, que adaptaram para adolescentes. Basearam-se na teoria que conflitos interpessoais nutrem a depressão e portanto, seu tratamento visa a melhora do funcionamento das relações

interpessoais. No presente estudo, essas relações interpessoais apareceram não no foco do trabalho, mas ficaram evidentes nos resultados, quando os pacientes demonstraram melhora no desempenho social, percepção dos sintomas e da remissão de sintomas depressivos, e capacidade de resolução de problemas.

Vejam a descrição a seguir. Grande parte da população de doentes psiquiátricos é preconceituosa, refletindo o preconceito da sociedade. Os pacientes não gostam de se mostrar em público, de assumir sua doença para os outros e para si próprio. O ateliê terapêutico, em seu aspecto lúdico, proporcionou um ambiente de descontração e relaxamento, onde os pacientes não eram obrigados a interagir. No início dos atendimentos, falavam muito pouco e movimentavam-se o mínimo necessário. Aguardavam na sala de espera o momento de entrarem no ateliê terapêutico sentados ou em pé, quietos e calados. Após alguns atendimentos, começaram a interagir espontaneamente, decorrente de um rebaixamento de ansiedade e de tensão, abordando num primeiro momento assuntos banais, como exploração e uso do material plástico, execução do próprio trabalho, suas próprias dificuldades e acertos, enfim, temas relacionados ao trabalho plástico. Os encontros semanais possibilitaram maior contato com o paciente, que acabou fazendo livremente comentários do cotidiano durante as sessões, como um filme que havia assistido, o trânsito que causou atraso para chegar ao hospital, e até mesmo se havia tido ou teria consulta com a médica naquela

semana ou naquele dia, ou fazia algum comentário sobre o medicamento, por exemplo, a que horas estava tomando, a dosagem, eventuais efeitos colaterais. É muito significativo terem surgido temas aparentemente triviais, mas na verdade muito delicados, que só podiam ser abordados com naturalidade num ambiente livre, ou à parte, dos preconceitos da sociedade, onde todos compartilhavam o mesmo problema: ser adolescente, ter depressão e ser tratado naquela instituição. Puderam confrontar e assumir sentimentos de menos valia, ressentimentos, partes de si que não se orgulhavam, ou seja, aceitaram sua sombra, segundo a Psicologia Analítica.

Com o tempo, o aumento de convívio levou os pacientes a conversarem também na sala de espera, antes das sessões, o que não ocorria no início, nem na espera das consultas clínicas. Após algumas semanas de atendimento em arte-terapia, dois pacientes encontraram-se fora do hospital e três pacientes passaram a pegar juntos o ônibus para voltar para casa. Percebeu-se também uma melhora na relação paciente-médico/profissional. Constatou-se que os pacientes não faltavam mais, ou muito raramente, nas consultas clínicas, tinham maior desenvoltura, falavam mais e aderiam melhor ao tratamento farmacológico, tomando as doses corretamente e não deixando faltar medicamento por não ter providenciado a tempo. Esse fator positivo no vínculo terapêutico foi decorrente da humanização do tratamento, do paciente passar a se sentir como pessoa, e não um aglomerado de sintomas (Glover, 1999; Guscott

& Grof, 1991). A melhora da comunicação verbal foi refletida no funcionamento social e interpessoal do paciente. Tratou-se de um trabalho com fundamentação em princípios de grupos e da arte-terapia (Liebmann, 2000; Païm & Jarreau, 1996), o que possibilitou uma combinação de vivências tanto grupais quanto individuais, com uma função de reabilitação psicossocial.

É importante constatar que foi possível observar e adquirir uma percepção da dinâmica do paciente enquanto em atividade no ateliê, quanto ao tratamento com o material, interação com os outros, verbalização, produtividade (quantidade e conteúdo). O próprio paciente se percebia melhor olhando seu processo criativo e sua interação com os outros participantes. O ambiente do ateliê terapêutico facilitou a percepção das alterações do quadro clínico, como Glover (1999) também constatou em seu estudo, o que ajudou na manutenção do tratamento.

4.2 Considerações sobre as produções plásticas

Tratou-se de um trabalho com sessões de livre expressão. Proporcionou-se espaço para trabalhar questões emergentes, valorizando como o paciente sentia-se no momento para que pudesse, num clima de liberdade, traduzir as suas emoções em imagens (Païm & Jarreau, 1996; Silveira, 1946), priorizando-se o pensamento visual, não linear. Assim, percebeu-se a evolução do paciente através de seus trabalhos. Vejamos

no primeiro exemplo, alguns trabalhos do paciente “A”, do sexo masculino:



lápiz de cor sobre papel canson

A primeira imagem mostra uns dos primeiros trabalhos do paciente. Ele utilizou lápis de cor em tons suaves, traços leves, preenchimento de cor com pouca pressão. Deu o nome de “Plantação”.



lápiz de cor sobre papel canson

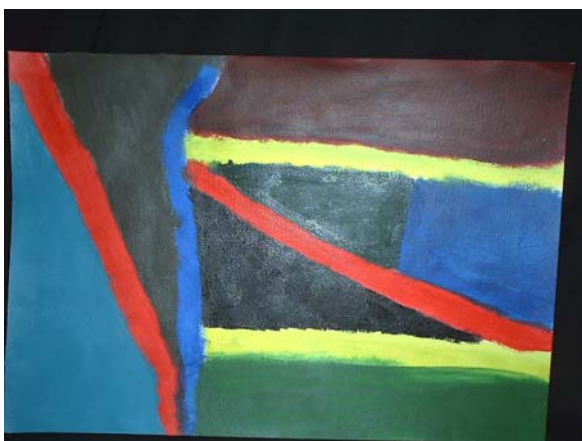
Após algumas sessões, o paciente produziu este trabalho. Utilizando o mesmo material, pode-se notar traços mais fortes e mais

pressão no lápis. Chamou-o de “Pôr-do-sol”. De fato, há um sol tímido e alaranjado que sugere o sol se pondo. Apesar da semelhança com o trabalho anterior, algumas diferenças são notórias: aqui, o sol não está à pino, não parece haver plantação, não há pássaros, nem nuvens, ou seja, há pouco sinal de vida. Há apenas o sol e mesmo assim, está se pondo, sumindo, recolhendo-se.



lápiz de cor sobre papel sulfite

Numa outra sessão, o paciente produz um abstrato geométrico com praticamente o mesmo material que as produções mostradas acima. O conteúdo difere, mas os traços são bem definidos e o preenchimento das figuras é suave, em algumas partes com um pouco mais de pressão. Quanto à execução, há semelhança com os outros trabalhos. No entanto, parece que o paciente explora novas formas e conteúdo.



tinta acrílica sobre papel canson

Neste trabalho, o paciente utilizou tinta acrílica sobre papel canson para fazer esta produção abstrata e geométrica, como no trabalho anterior, mas com outro material. Percebe-se que no trabalho anterior, explorou novas formas e aqui, novo material.



tinta acrílica sobre tela

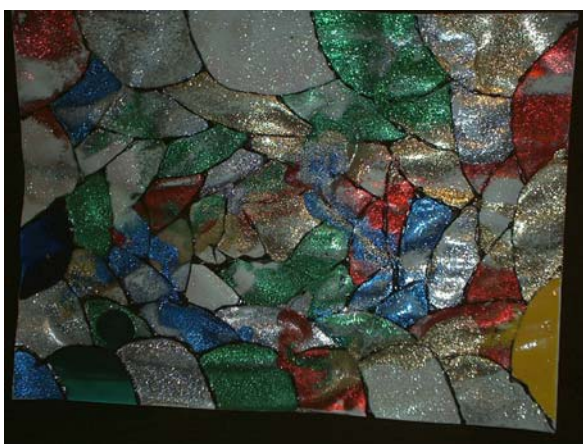
Após alguns atendimentos e realização de trabalhos na linha dos anteriores em termos de material e conteúdo, o paciente fez esta produção em tela e chamou de "A praia". Explicou que o azul, seria o mar,

com ilhas ao fundo e a faixa na extremidade inferior da tela, seria a areia. As manchas na areia eram pegadas, sendo a mancha maior, do lugar onde uma pessoa estava sentada observando o horizonte no mar, mas “ele levantou e foi embora” (sic). É um sinal de vida humana em seu trabalho, simbolizando a aproximação do paciente ao seu Self.

Este paciente melhorou consideravelmente seu funcionamento global e remitiu totalmente os sintomas depressivos após o tratamento aqui estudado. Sua experiência está descrita nos DSCs, como já visto. Percebe-se, então, que se alcançou tanto em suas produções, quanto em seu discurso, o intuito de explorar aspectos obscuros da experiência subjetiva ou interior do adolescente. As produções plásticas e o discurso do paciente, aqui apresentado na forma de Discurso do Sujeito Coletivo, refletem a interação dinâmica entre sentimentos e pensamento. O trabalho com arte gerou segurança em relação à intensidade emocional que ele provocou, pois caso contrário, o paciente não teria arriscado tanto, explorando formas, materiais, técnicas e conteúdos. Assim sendo, a criatividade ajudou na cura, conforme as considerações da psicologia analítica relativas à criatividade e suas externalizações: A imagem é o símbolo do inconsciente para o consciente e poder produzi-la e confrontá-la já é terapêutico, o que Jung chamou de “símbolos transformadores” (Goldstein, 1999; Jung, CW 5, 1977; Kast, 1990; Neumann, 1974). Buscou-se transformar a emoção em imagem, como ocorre naturalmente nos sonhos, sem ter que traduzi-la em palavras (Jung, CW 5 e 9i, 1977), o

que ficou evidente nos trabalhos desse paciente. A criatividade que é expressão criativa, que explora e busca inovação, e que portanto auxilia ajustamentos e adequações, que torna o indivíduo maleável frente a situações diversas, desenvolvendo sua capacidade de lidar com conflitos e dificuldades.

Vejamos mais um exemplo onde a produção plástica mostra o processo de exploração do paciente e demonstra sua evolução na renovação de personalidade, ou integração do Self. Foi chamado de paciente “B”, do sexo masculino:



**cola glitter, cola colorida e tinta
relevo sobre papel canson**

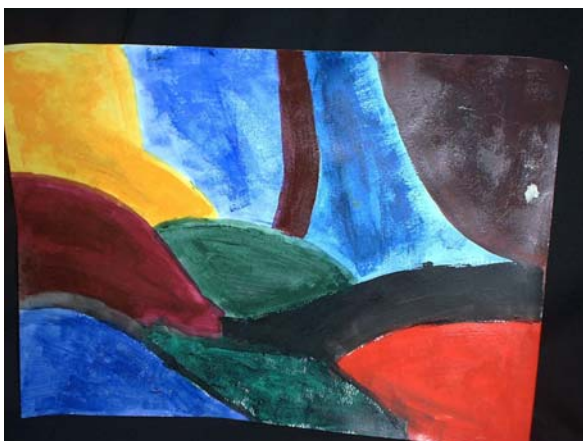
Este foi uns dos primeiros trabalhos que o paciente produziu sozinho. Nas primeiras sessões, ele permanecia sentado, quieto, não tocava nos materiais e não respondia se era questionado. Passou a interagir produzindo trabalhos junto com as terapeutas, quase sem falar,

até que em uma sessão, pegou papel canson e lápis preto e fez o risco desse trabalho. Pegou a caixa com colas coloridas e tintas relevo, e contornou o risco com tinta relevo preta, sempre em movimentos calmos. A partir daí, foi preenchendo os espaços com cola glitter de várias cores, o que durou várias sessões, retomando a cada vez, até que concluiu o trabalho. Nota-se que há um único espaço preenchido com cola colorida sem glitter, na extremidade inferior direita, em amarelo.

O processo de execução desse trabalho foi extremamente longo, visto a simplicidade da técnica e dos materiais. No entanto, o paciente se deparava com muitas dificuldades: manuseio da tinta relevo, que variava de acordo com a intensidade da pressão feita no tubo para usá-la; controle da cola glitter, bastante diluída em comparação à cola colorida sem glitter e escorria após a aplicação; o papel canson, que apesar de relativamente espesso, começou a ondular nas partes onde as colas eram aplicadas, fazendo com que escorressem ainda mais. Quando finalizou, o grupo, que já se encontrava semanalmente há algum tempo, reagiu comemorativamente.

A partir desse trabalho, o paciente interagiu mais com os outros integrantes do grupo, não ficava mais quieto e isolado, apesar das freqüentes e acentuadas dificuldades no início das sessões em decidir o material que iria usar ou o que iria fazer. Portanto, viu-se, desde então, o efeito da criatividade ou criação artística, de acordo com os fundamentos da Psicologia Analítica, que envolve lidar com as dificuldades interiores,

aqui refletidas no processo da produção plástica, perceber-se diante delas, aceitá-las e sobretudo, tentar sobrepô-las.



tinta acrílica sobre papel canson

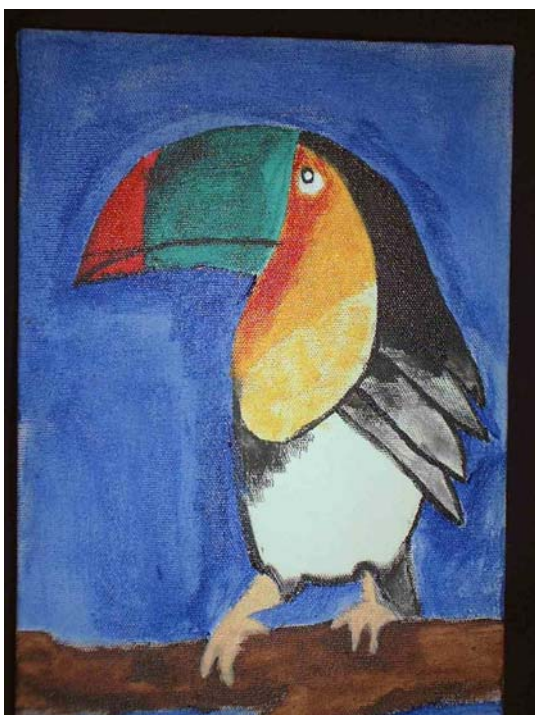
Neste segundo trabalho, o paciente explorou um novo material, a tinta acrílica, que o fez lidar também com água e pincéis. Também explorou várias cores, mas o conteúdo e o movimento assemelham-se ao trabalho anterior, como as formas arredondadas e o abstrato. Trabalhou as tintas diretamente sobre o papel, sem riscá-lo à lápis antes.

Esta produção assemelha-se muito ao quarto trabalho mostrado do paciente "A". Assim, agrega-se à importância da exploração do novo, a interação deste paciente com o grupo. Ele viu o trabalho do outro e projetou-se, buscando auto-percepção pelo mesmo meio, numa tentativa de se perceber através do processo que o outro havia tentado, demonstrando uma atitude menos egocêntrica.



**tinta acrílica e cola glitter sobre
papel canson**

Este trabalho foi executado com os materiais que o paciente já conhecia, que utilizou nos outros trabalhos aqui mostrados: tinta acrílica, cola glitter e papel canson. Já o conteúdo deste é bastante diferente dos outros. Os abstratos deram lugar a uma paisagem noturna onde há terra, mar e céu. A ilha com palmeiras, a lua e as estrelas que brilham sugerem vida. É o paciente já no processo de exploração do estado de “abaissement du niveau mental”, termo que Jung empregou para caracterizar o estado de depressão. Isso implica no processo de renovação de personalidade e melhor percepção de si e dos outros através de rompantes de produções criativas plásticas que refletem imago, ou processos internos da psique.



tinta acrílica sobre tela

Já no final do terceiro mês de atendimento, o paciente explorou a tinta acrílica, que já conhecia, sobre tela e retratou um ser animado, a ave, símbolo de instintos animais e de liberdade. Esta imagem, enquanto que auto-retrato de processos inconscientes, ou tradução de emoções, ecoa desejo de liberdade e impulsos não-civilizados, primitivos do paciente.

Este paciente nunca faltou ou atrasou nos atendimentos de arte-terapia ou consultas clínicas, sendo que tinha um histórico de faltar muito nas consultas. A médica reportou mais desenvoltura do paciente, melhora na verbalização dos sentimentos e comportamento. Na entrevista de avaliação de resultados para este estudo, o paciente interagiu de forma satisfatória com a entrevistadora, que não conhecia.

Vamos à última demonstração de processo de integração do Self, nas produções plásticas do paciente “C”, do sexo feminino:



cola glitter e cola colorida sobre papel canson

Este foi um dos primeiros trabalhos do paciente. Desde o primeiro encontro em grupo, interagia bem com os outros participantes e com os profissionais, mostrava-se à vontade na sala e também com o material. Fazia as atividades plásticas de forma segura e decidida, aparentando concentração adequada. No entanto, os primeiros trabalhos trouxeram conteúdo como deste exemplo: muitas flores, borboletas, estrelas, sol, nuvens, corações, enfim, imagens muito típicas de adolescente do sexo feminino, o que sugeria resistência do paciente a entrar nos aspectos obscuros do Self, na sombra, talvez como mecanismo de defesa.



lápiz preto, lápis de cor e caneta

colorida de ponta porosa sobre papel canson

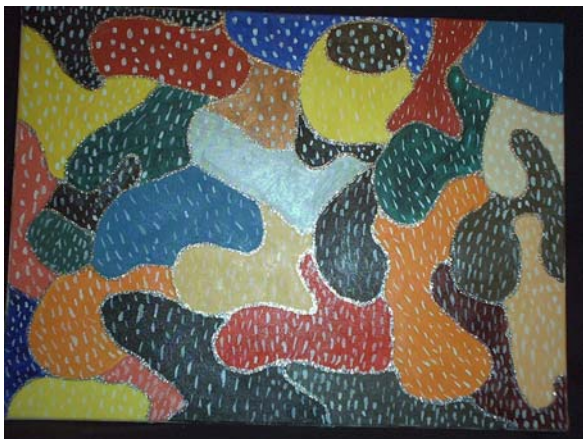
Este trabalho mostra que o paciente começou a traduzir em imagem processos internos de sua psique. A casa é o símbolo clássico do Self, a forma menos ameaçadora de representação do conteúdo psíquico do indivíduo, no processo terapêutico, que é caracteristicamente de sofrimento e de dor. Garante sua segurança trabalhando materiais já conhecidos e que sabe que domina.



carvão sobre papel sulfite

Já aqui, os mesmos conteúdos que apareceram no trabalho anterior podem ser abordados de forma mais ousada. Utiliza o carvão,

suja a mão para sombrear, mas com muita cautela. É mais um passo adiante no processo de exploração do “*abaissement du niveau mental*”, sobrepondo a resistência, demonstrando ter mais condições de lidar com conteúdos internos.



tinta acrílica e cola glitter sobre tela

Este trabalho representa uma série que o paciente produziu nesta linha de conteúdo: abstrato com segmentos de forma arredondada, preenchidos com cores diferentes. Aqui, demonstra a transição do papel para a tela, mas o tema aparece em outros materiais, como tinta acrílica sobre papel canson, lápis de cor sobre papel sulfite, cola glitter sobre papel canson. Executou esses trabalhos sempre com muita atenção, cuidado e concentração, muitas vezes levando mais de uma sessão para terminar, sem que o paciente desanimasse ou perdesse o interesse. Essas produções evidenciaram a força e o empenho do paciente, inicialmente muito resistente, no processo de auto-conhecimento.



**tinta acrílica, cola glitter e
barbante sobre tela**

Este trabalho simboliza a integração do processo terapêutico na vida do paciente. Já perto do final do terceiro mês de atendimento, um dia o paciente entrou na sessão examinando o armário de materiais muito à vontade, como fazia desde o início, mas procurando tesoura e barbante de forma bastante determinada. Relatou que no domingo, tinha ido a uma feira de artesanato, onde viu uma tela com aplicações com barbante que gostou muito e imediatamente pensou em fazer algo parecido na sessão de arte-terapia daquela semana. Levou dois atendimentos para concluir este trabalho, cujas imagens também são muito significativas: o peixe simboliza uma psique viva e as espirais demonstram uma necessidade de centralização, a pluralidade delas representam um chamado para o encontro do seu eixo central. A técnica inovadora para o grupo, que envolveu recortar a tela e praticamente bordá-la em barbante, fascinou os integrantes, fazendo com que interagissem bastante durante toda a execução do trabalho.

Os trabalhos dos pacientes aqui discutidos evidenciam a tradução das emoções em imagens e como a prática da criação artística faz com que o indivíduo lide com suas dificuldades, que aparecem de forma metafórica nas produções plásticas e interação do grupo, percebendo melhor a si e aos outros.

4.3 Limitações do estudo

O presente estudo acessou um universo subjetivo através da verbalização. A técnica psicodinâmica utilizada, arte-terapia, é não-verbal. Enquanto que experiência vivida, outros elementos são valorizados. Entretanto, os elementos não-verbais do discurso, a paralinguagem, a cinésica (gesto, postura, expressão facial, olhar, riso), a proxêmica, a tacêsica e o silêncio (Steinberg, 1988) não foram considerados. Realizar um estudo dos elementos não-verbais do discurso e da subjetividade da fala pode ser significativo.

A representatividade do estudo também merece ser esclarecida. As expectativas do paciente que busca resultados imediatos ou que vê apenas o aspecto lúdico e aparentemente superficial da atividade artística, e compara a técnica a outras que forçam a encontrar soluções, podem ser frustradas. Tais pacientes tendem a desistir prematuramente do tratamento, como também constatou Glover (1999) em seu estudo.

Não se pode afirmar que o grupo estudado seja representativo, pois ocorreram recusas de participação e desistências. A investigação da eficácia do tratamento deve ser feita através de uma análise quantitativa. A análise qualitativa possibilitou a identificação de elementos que podem constituir o conhecimento pressuposto anterior necessário para tal estudo.

5

CONCLUSÃO

Foi possível constatar melhora de sintomas em pacientes extremamente difíceis do ponto de vista clínico, ao acessar o universo imaginário da população estudada após 12 sessões de tratamento com arte-terapia associada ao tratamento farmacológico usual. Os discursos dos pacientes revelaram que a experiência da arte-terapia foi prazerosa e proporcionou-lhes melhora na socialização, maior auto-conhecimento e aumento de interesse, ou seja, percepção de que houve diminuição de sintomas depressivos e melhora do relacionamento com o mundo em geral. Proporcionar e promover a escuta da voz do universo imaginário do paciente para usá-la como referência é fundamental, como visto também no estudo de Elsass (2001). Pôde-se notar também maior aderência ao tratamento, através de assiduidade nos atendimentos de terapia e nas consultas médicas. Assim, a arte-terapia como proposta complementar ao tratamento farmacológico ajudou a cristalizar a melhora de pacientes que apresentavam estagnação no processo de remissão de sintomas depressivos havia pelo menos dois anos.

Seria interessante uma futura investigação sobre a opinião dos pacientes sobre o que acham dos discursos que foram construídos a partir de seus depoimentos, o imaginário construído. Ainda, pode-se pensar na construção de DSCs que reproduzam o imaginário dos seus pais ou responsáveis.

Existe a intenção de organizar uma exposição das obras esteticamente adequadas, segundo análise de peritos em artes plásticas.

“EXPOSIÇÃO é fonte de atividade terapêutica: obra só é obra se tem público; a arte só existe com expectadores, para senti-la e analisá-la”

(Marcel Duchamp).

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Ed. (DSM-4). Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- AMSTERDAM, J.D. & HORNIG-ROHAN, M. (1996). Treatment algorithms in treatment-resistant depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, (2), pp. 371-386.
- ANDRADE, L. Q. (2000). *Terapias expressivas*. São Paulo: Vetor.
- BERDEN, G.F.M.G.; ALTHAUS, M. & VERHULST, F.C. (1990). Major life events and changes in the behavioral functioning of children. *J Child Psychol. Psychiat.*, 31, (6), pp. 949-959.
- BIRMAHER, B.; BRENT, D.; KOLKO, D.; BAUGHER, M.; BRIDGE, J.; HOLDER, D.; IYENGAR, S.; & ULLOA, R. E. (2000). Clinical Outcome After Short-term Psychotherapy for Adolescents With Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, (1), pp.29-36.
- BIRMAHER B, RYAN ND, WILLIAMSON D et al. (1996a), Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1427-1439
- BAVING, L. & SCHMIDT, M.H. (2001). Evaluierete Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. *Z. Kinder-Jugendpsychiatr.* 29 (3), pp. 189-220.
- BODKIN, J. A.; ZORNBERG, G. L.; LUKAS, S. E.; & COLE, J. O. (1995). Buprenorphine Treatment of Refractory Depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 15, (1), pp.49-57.
- BORIS, M.D., & Brent, D., M.D., (primeiros autores), & The Work Group on Quality Issues. (1998). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, (10S) [Supplement], pp. 63S-83S.
- BRENT, D. A. & BIRMAHER, B. (2002). Adolescent Depression [Clinical Practice]. *The New England Journal of Medicine*, 347, (9), pp.667-671.
- CHAMBERS WJ, PUIG-ANTICH J, TABRIZI MA, DAVIES M (1982), Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 39:921-927
- CÉZAR, O. (1929). *A expressão artística dos doentes mentais*.
- CURRY, J.F. (2001). Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. *Society of Biological Psychiatry*, 49: pp. 1091-1100
- ELSASS, P. (2001). Individual and collective traumatic memories: A qualitative study of post-traumatic stress disorder symptoms in two Latin American localities. *Transcultural Psychiatry* 38 (3): 306-316.
- FÉRES-CARNEIRO, T. (1996). *Família: diagnóstico e terapia*. Petrópolis: Vozes.

- FLEMING JE, OFFORD DR (1990), Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:571-580.
- FU I, L. (1999). Morbidade psiquiátrica em crianças e adolescentes adotivos atendidos em um ambulatório de psiquiatria da infância e da adolescência :um estudo comparativo com crianças e adolescentes não-adotivos atendidos no mesmo espaço. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP (Tese de doutorado – não publicado).
- GAMBINI, R. (2000). *Espelho índio – a formação da alma brasileira*. São Paulo: Axis Mundi.
- GLOVER, N.M. (1999). Play therapy and art therapy for substance abuse clients who have a history of incest victimization. *J of Subst Abuse Treatm* 16 (4):281-287.
- GOLDSTEIN, R. (Ed.). (1999). *Images, meanings and connections: Essays in memory of Susan R. Bach*. Einsiedeln, Suíça: Daimon Verlag.
- GUSCOTT, R. & GROF, P. (1991). The clinical meaning of refractory depression: A review for the clinician. *Am J of Psychiatry* 148 (6): 695-704.
- HARRINGTON, R. (1993). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.
- HERJANIC, B, & CAMPBELL, W. (1977). Differentiating psychiatrically disturbed children on the basis of a structured interview. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, pp. 127-134.
- HERJANIC, B, & CAMPBELL, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, pp. 307-324.
- HILLMAN, J. (1975). *Re-visioning psychology*. New York: Harper & Row, Inc.
- Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Serviço de Psiquiatria Infantil. (1997). *Projeto de Implantação do Hospital-Dia para Crianças e Adolescentes*. São Paulo: Autor.
- JUNG, C. G. (1977). *The collected works of C. G. Jung*. (2a. Ed., Vols. 5, 6, 9i, 10, 12, 15, 16). (Baynes, H. G., Trad.). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1953).
- KAST, V. (1990). *Die Dynamik der Symbole: Grundlagen der Jungschen Psychotherapie*. (2a. Ed.). Olten, Suíça: Walter-Verlag.
- KASHANI JH, BECK NC, HOEPER EW et al. (1987a), Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 144:584-589
- KASHANI JH, CARLSON GA, BECK NC et al. (1987b), Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 144:931-934
- KESSLER RC, MCGONAGLE KA, NELSON CB, HUGHES M, SWARTZ M, BLAZER DG. Sex and depression in the national comorbidity survey: II. Cohort effects. *Journal of Affective Disorders* 1994; 30:15–26

- KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., ROUNSAVILLE, B.J., CHEVRON, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy for depression*. New York: Basic Books.
- KOVACS M (1996), Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:705-715
- LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C. & TEIXEIRA, J.J.V. (Orgs.). (2000). *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul, RS: EDUCS.
- LEWINSOHN, P.M., CLARKE, G.N., SEELEY, JR., ROHDE, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:809-818
- LEWINSOHN, P.M., HOPS, H., ROBERTS, R.E., SEELEY, J.R., ANDREWS, J.A. (1993), Adolescent psychopathology, I: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 102:133-144
- LIEBMANN (2000). *Exercícios de arte para grupos*. São Paulo: Summus.
- MICHAEL, D.K. (2000). The efficacy of treatments for childhood depression: An integrative review. *Dissertation-Abstracts-International, Section B*, Jun 2000, vol. 60 (11-B), pp. 5784-
- MITCHELL, J., MCCAULEY, E., BURLE, P.M., MASS, S.J. (1988), Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1:12-20
- MUFSON, L., FAIRBANKS, J. (1996). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 1145-1155.
- MUFSON, L., MOREAU, D., WEISSMAN, M.M. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: pp. 695-705
- MUFSON, L., WEISSMAN, M.M., MOREAU, D., GARFINKEL, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 573-579.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre, RS: Autor.
- PAÏM, S. & JARREAU, G. (1996). *Teoria e técnica da arte-terapia – a compreensão do sujeito*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- PARKER, G. & ROY, K. (2001). Adolescent depression: a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, (5), pp.572-580.
- POZNANSKI, E.O. & MOKROS, H.B. (1996). *Children's Depression Rating Scale*. (trad. Dra. Lee Fu I, Chefe do ATA- SEPIA-IPq-HC-FMUSP). Los Angeles, CA: WPS.

- RYAN, N.D., PUIG-ANTICH, J., AMBROSINI, P. et al. (1987), The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 44:854-861
- SHAFFER, D.; GOULD, M. S.; BRASIC, J.; AMBROSINI, P.; FISHER, P.; BIRD, H. & ALUWAHLIA, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, pp.1228-1231.
- SILVEIRA, N. (1946). *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.
- SILVEIRA, n. & LE GALLAIS, P. (1957). Experiência com esquizofrênicos num serviço de Terapia Ocupacional, in *Quatérnio (Revista de grupo de estudos C.G. Jung)*, nº VII, 1996, Marie-Louise von Franz - Homenagem Especial, Rio de Janeiro.
- STEINBERG, M. (1988). *Os elementos não-verbais da conversação*. São Paulo: Atual Editora.
- STEINHAUSEN, H.C. & ERDIN, A. (1992). Abnormal Psychosocial Situations and ICD-10 Diagnoses in Children and Adolescents Attending a Psychiatric Service. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, (4), pp. 731-740.
- STEINHAUSEN, H.C.; VON ASTER, S. & GÖBEL, D. (1987). Family composition and child psychiatric disorders. *Journal Amer. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 26, (2), pp. 242-247.
- TORRE, S. (2000). *Qu'est-ce que l'art-thérapie?* França: www.psychologies.com
- VAN GOOR-LAMBO, G.; ORLEY, J.; POUSTKA, F. & RUTTER, M. (1990). Classification of abnormal psychosocial situations: Preliminary report of a revision of a WHO scheme. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, pp. 229-241.
- VON FRANZ, M.-L. (1993). *Psychotherapy*. Boston: Shambhala.
- VALLE, R. & KING, M. (1978). *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press.
- WERNER, K. & POUSTKA, F. (1996) *Typische Konfigurationen Psychosozialer Belastungsfaktoren psychiatrisch auffälliger Kinder und Jugendlicher*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 4, pp. 240-252.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1988). *Multi-axial classification of child psychiatric disorders: axis 5: associated abnormal psychosocial situations*. ref. HHH/PRO/86.1 revision 1. Geneva: World Health Organization.
- YOKOTA-Stäubli, M. (1998). *The healing power of storytelling and spirituality: A psychological approach*. (Dissertação: Mestrado). Denver, Colorado: Regis University.
- YOKOTA-Stäubli, M. (1999). *A reabilitação de pacientes com transtornos mentais como estória: entendendo e dando sentido à experiência*. São Paulo: IPq-HC-FMUSP (não publicado).
- ZOHAR, J. & BELMAKER, R.H. (1987). *Treating resistant depression*. New York, NY: PMA Publishing Corp.

7

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- ASSUMPÇÃO JR, F.B. & KUCZYNSKI, E. (eds.). *Adolescência Normal e Patológica*. São Paulo: Lemos, 1999.
- ASSUMPÇÃO JR, F.B. (ed.). *Transtornos Afetivos da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Lemos, 1996.
- BERGER, K. S. (1994). *The developing person through the life span*. (5a. ed.). New York: Worth Publishers.
- BEUTLER, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- CHERNOW, B. A. & VALLASI, G. A. (Orgs.). (1993). *The Columbia encyclopedia*. (5a. ed.). New York: Columbia University Press.
- GARFIELD, S. L. (1980). *Psychotherapy, an eclectic approach*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- GENDLIN, E. T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning*. New York: Free Press.
- HAYS, P. A. (1996). Addressing the Complexities of Culture and Gender in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 74, 332-338.
- MCADAMS, D. P. (1994). *The person: an introduction to personality psychology* (2a. Ed.). Orlando, FL: Harcourt Brace College Publishers.
- NEUMANN, E. (1974). *Art and the creative unconscious*. (Manheim, R., Trad.). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- NEUMANN, E. (1995). *The origins and history of consciousness*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- NORCROSS, J. C. (Org.). (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- ODERMATT-EDELMANN, S. Case report: tailored therapy of depression. *Ther Umsch (Suíça)*; 57(2): pp. 100-2. Feb. 2000.
- OMER, H. (1993). The integrative focus: Coordinating symptom – and person – oriented perspectives in therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 47, (2), 283-296.
- RUTTER, M. (ed.). *Wiley series on studies in child psychiatry*. Cambridge, 1993.
- RUTTER, M.; TAYLOR, E.; HERSOV, L. (eds.). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. 3a ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1994.
- SANSONE, R. A., FINE, M. A., & DENNIS, A. B. (1991). Treatment impressions and termination experiences with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 45, (2), 173-181.
- WIENER, J.M. (ed.). *Textbook of child adolescent psychiatry*. 2a ed. American Psychiatric Press, 1997.

8

ANEXOS

Anexo 1 – Esquema de Observação Psiquiátrica Infantil

* Entrevistar o informante e o paciente separadamente (solicitar à criança que execute desenho de uma casa, de uma árvore, uma ou de mais pessoas e desenhos livres, enquanto aguarda).

** Não esquecer de anotar a relação do informante com o paciente.

*** Perguntar aos pais se a criança é adotiva ou não somente quando esta não estiver presente. Caso seja adotiva, obter informações sobre a revelação (respeitando o ponto de vista dos pais adotivos).

QUEIXA: Motivo principal da consulta em rápidas palavras.

HPMA: Dar oportunidade ao informante de falar livremente, mas procurar orientá-lo de modo a conseguir uma exposição clara, completa e em ordem cronológica dos fatos significativos. Quando for conveniente, transcrever as palavras do informante, colocando-as entre aspas.

Anotar tratamentos da moléstia atual eventualmente realizados e, sempre que possível, o local, nome do médico e os medicamentos empregados.

* Este item pode ser colocado antes, caso os pais estejam muito ansiosos, dificultando as informações para itens anteriores.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Gestação: Gravidez desejada ou não e se foi planejada ou não.

- Fez pré-natal? Anotar eventuais intercorrências, utilização de medicamentos, tabagismo e uso de álcool e drogas (especificar quantidade e frequência).
- Estado psicológico da mãe durante a gestação e no puerpério.

Parto: Local do parto, tipo de parto e por quem foi assistido (médico, parteira ou...).

- cesárea para laqueadura? trabalho de parto prolongado?
- Apgar ou descrição da condição do bebê ao nascer (cianose, choro logo ao nascer e circular de cordão).
- Evolução no berçário (icterícia, desconforto respiratório, etc...).
- Condição materna após o parto (febre, infecções, etc...).

D.N.P.M.: segurou cabeça; sentou sem apoio; começou a andar; começou a lalação; começou a falar; falou corretamente (frases); vestiu-se sozinho; deu recado, etc...

Quando houver suspeita de Autismo, verificar: forma de comunicação (gestual, verbal, mímica), presença de ecolalia, repertório restrito da linguagem, uso repetitivo ou estereotipado de linguagem, incapacidade de comunicação verbal e não verbal, uso

idiossincrático das palavras, tonalidade anômala da voz, anomalia na produção de discursos, discurso anômalo e incapacidade de sustentar um diálogo.

Antec. Mórbidos: doenças progressivas e idade em que surgiram (tipo de evolução)

- Manifestações deficitárias ou comiciais anteriores à moléstia atual.
- Traumas cranianos (anotar eventuais conseqüências).
- Intervenções cirúrgicas (anotar eventuais conseqüências físicas e psicológicas)
- Víroses próprias da infância (anotar época e tipo de evolução)
- * Menarca: característica dos ciclos menstruais (TPM?).

HÁBITOS PRÉ-MÓRBIDOS:

- Sono (insônia, sono agitado, sonilóquio, pesadelo, terror noturno, sonambulismo, despertar freqüente, etc...).
- Controle de esfíncteres vesical diurno, vesical noturno e anal (enurese diurna e/ou noturna e encoprese - primária /secundária). Corre para o banheiro constantemente? Hábitos intestinais inconstantes?
- Hábitos alimentares (tipo de aleitamento; como foi o desmame; aceitação de salgados/doces e sólidos). Demonstra sentir fome e sede? É exigente e melindroso? Não come o suficiente? Tem excesso de peso? Inquieto durante as refeições?
- Demonstra sentir calor/frio? Percepção e reação a luz/escuridão? Percepção e reação aos sons específicos?
- Onicofagia? Tiques? Gestos? Tremores? Rigidez? Morder ou mastigar roupas e/ou outros objetos? Sugar polegar?
- * Quando existirem hábitos incomuns, descrevê-los em detalhes (características, época de início, duração, freqüência, etc...).

CONDUTA PRÉ-MÓRBIDA:

Descrição pormenorizada e evolutiva desde o nascimento até a ocasião do início da moléstia atual. Considerar:

- Labilidade de humor, facilmente irritável, acessos temperamentais, choro fácil
- Instabilidade psicomotora, agitado, não pára quieto para nada, faz várias coisas ao mesmo tempo, facilmente excitável, não consegue terminar as atividades que inicia, desatenção, imprudência, impulsivo.
- Auto e hetero-agressividade, comportamento explosivo, perturba outras crianças, provocativo, atira e quebra coisas, sempre começa brigas, crises de fúria

incontroláveis, crueldade com animais ou pessoas, desafio constante às autoridades.

- Ansiedade, preocupação, medo de não agradar ou de errar, mau estar em situações novas ou de separação, insegurança, recuo diante de situações novas, sempre tenso.
- Medo de tudo e de todos, não revida quando ofendido/agredido, passividade excessiva, mantém a raiva para si mesmo, medos de objetos/pessoas/situações que atrapalhem a rotina.
- Atitudes imaturas, dependência, quer ajuda para fazer coisas que consegue fazer sozinho; age como criança menor; agarra-se aos pais ou a outros adultos.
- Tendência à depressão, pouco riso, retraído, tristeza freqüente, chora sozinho, chora sem motivo, desânimo, pouca iniciativa, falta de prazer, descuida-se e sofre acidentes freqüentes, recusa experiências novas
- Manifestações de ciúme, brigas freqüentes com irmãos, disputas infundadas com irmãos, não divide nada com irmãos.
- Intolerância às frustrações, crises incontroláveis de birra, desobediência freqüente.
- Traços obsessivos, perfeccionismo, sempre faz as coisas de mesma forma, irrita-se com quebra de rotina, reage desfavoravelmente à mudança .
- Fugas de casa, freqüentemente pernoitar fora de casa, nunca comunica onde vai e quando volta.
- Furtos (dos pais, na escola ou em outros lugares), confrontando-se ou não com as vítimas.
- Mitomania, relata fatos irreais sem motivo aparente, etc.
- Socialização, faz amizade com facilidade? Participa de grupo? Procura entrar em atividades de grupo? Divide brinquedos com outras crianças? Conserva amizades?

***Quando houver suspeita de autismo**, verificar presença ou não de: sorriso social, contato olho a olho, aceitação ao contato físico, atitude de antecipação para colo, aconchega-se, quando colocado no colo, percepção e reação a presença ou ausência de pessoas ou objetos, busca de consolo por ocasião de sofrimento, jogos solitários e de interesse restrito, ausência de imitação ou imitação mecânica, apego a objetos de forma inusitada, utilização anormal de brinquedos e interesse por partes de um brinquedo sem motivo aparente.

ESCOLARIDADE:

- Idade em que começou a freqüentar escola. Adaptação inicial.
- Dedicção aos estudos. Aproveitamento escolar. Dificuldades específicas de aprendizado.

- Conduta e aceitação de regras disciplinares na escola.
- Socialização na escola (amizades, participação em grupos, etc).

I.S.D.A.: Anotar eventuais queixas sobre diversos aparelhos.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Pai - idade, neuropsicopatias, lues, Tb, etc...
 - Mãe - idade, neuropsicopatias, lues, Tb, etc...
 - Irmãos - sexo, idade, neuropsicopatias, atividade ocupacional.
 - Outros familiares de 1º grau (tios, primos, sobrinhos, avós, filhos).
- * Nas neuropsicopatias considerar principalmente transtornos de ansiedade e de humor, manifestações psicóticas, alcoolismo, distúrbio de aprendizagem global ou específica, epilepsia, cefaléias, outras doenças neurológicas, conduta psicopática e suicídios - descrever quadros eventualmente citados.
- * * Perguntar sobre consangüinidade!!

ESTUDO FAMILIAR:

- Nível socioeconômico e situação de habitação desde o nascimento do paciente (quarto individual ou não, etc).
- Estruturação familiar (membros que coabitam, quem são os responsáveis pelo sustento do lar e quais são as figuras dominantes).
- Situação conjugal dos pais (casados legalmente ou não e há quanto tempo) e como se relaciona o casal.
- Pais - Tipo de atividade ocupacional, tipo de personalidade/temperamento e como se relacionam com os outros familiares, em especial com o paciente. Houve período de afastamento? como reagiram os membros da família?
- Personalidade de eventuais co-habitantes, atuação e grau de relacionamento com o paciente e os outros membros.
- Métodos educacionais empregados (quem atua mais, quem é omissos e quem influencia).
- Hábitos religiosos
- Lugar de origem da família, eventuais mudanças e suas conseqüências.

EXAME FÍSICO: Peso e altura; estado nutricional; estado geral, etc.

EXAME PSÍQUICO: Descrever os comportamentos ou transcrever as palavras do

paciente sempre que possível, pois esses, podem ser necessário e de grande valor para compreensão do estado mental das crianças.

- Aparência, percepção e recepção ao entrevistador e modo de contato inicial (visual/físico).
- Nível de consciência neurológica.
- Postura, comportamento e eventuais movimentos.
- Contato verbal e tipo de discurso (fluência, coerência, tonalidade da voz e adequação com idade cronológica).
- Atenção e concentração.
- Memória
- Afetividade (humor, tônus, ressonância e modulação).
- Pensamento (curso, forma e coerência com tema e realidade).
- Produção intelectual (adequado ou não ao esperado para a idade cronológica).
- Iniciativas e planejamento de seus atos.
- Juízo e crítica.
- Pragmatismo.

Anexo 2 - Children's Depression Rating Scale - Revised

CDRS-R: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS - versão revisada (1996)

Obs.: A criança e os pais podem ser entrevistado separadamente. Caso apresentem informações discordantes, prevalece a avaliação de sintomas e sinais clínicos.

DATA: / / - SCORE:

Avaliador:

-
- **RENDIMENTO ESCOLAR.** Considerar funcionamento atual em relação ao habitual ou esperado.
 1. O performance escolar está de acordo com suas habilidade.
 3. Declínio em performance escolar e/ou declínio na capacidade de concentrar-se
 5. Maior interferência de performance (evidência de prejuízo maior no rendimento) na maioria das matérias.
 7. Sem motivação para realizações.
-
- **CAPACIDADE DE ENTRETER-SE.** Sempre se refere a hobbies e interesses extra-escolares (extracurriculares).
 1. Interesses e hobbies apropriados para idade, personalidade e nível de envolvimento daquela criança. Não houve mudança de comportamento habitual nas 2 últimas semanas. Qualquer sentimento de aborrecimento é visto como passageira.
 3. Criança descreve alguns interesses e hobbies que são realmente disponíveis várias vezes por semana. Mostra interesses, mas sem entusiasmo.
 5. Criança se aborrece facilmente, queixa freqüentemente (quase diariamente) de "não ter o que fazer". Participa de atividades estruturadas com atitudes tipo "vai com os outros" (passivas). Pode expressa interesses e hobbies não realizáveis para sua realidade diária ou semanal.
 7. Criança não toma iniciativa para envolver-se em nenhuma atividade. Descreve-se a si própria com tendência passivas. Tende assistir passivamente às outras crianças ou assistir TV. Requer aconselhamento ou estímulo para envolver em atividades. Não mostra entusiasmo ou real interesse. Tem dificuldade em nomear atividades.
-
- **SOCIABILIZAÇÃO**
 1. Boa amizade com colegas de escola e da vizinhança.
 2. Criança cita vários amigos, mas o relacionamento parece pouco profundo (insuficiente) ou tem 1 ou 2 amigos, mas não é capaz de integrar-se com grupos grandes de crianças.
 3. Criança não procura ativamente amizades mas é como se esperasse que as outras iniciassem o contato. Ocasionalmente rejeita oportunidades de brincar, mesmo sem ter outras alternativas de diversão.
 5. Criança freqüentemente evita ou rejeita oportunidades de interações agradáveis com outras crianças e/ou cria situações onde sua rejeição é inevitável.
 7. Criança não relaciona com outras crianças. Reconhece que ele/ela "não tem amigos" ou rejeitar ativamente em fazer amizades.
-
- **SONO:** Essa informação geralmente é mais fiel quando obtida com a criança.
 1. Não há dificuldade ou dificuldades ocasionais para dormir.
 3. Leve: dificuldade freqüente para dormir. Criança e/ou pais podem relatar isso.
 5. Moderada: dificuldade para dormir quase todas as noites. Pode ter evidências de privação de sono, por exemplo: a criança aparenta abatida e cansada. Informações suplementares: SE INSONE, O CICLO É: __.Inicial. __.Meio. __.Despertar precoce.
-
- **DISTÚRBIO DE HÁBITOS ALIMENTARES (0~3).**
 1. Não há problemas ou mudanças no padrão de alimentação
 3. Leve, mas perceptível, está relacionado (e a mãe queixa) a mudança de habito alimentar. Considerar algumas variedades de "comer pouco" ou "comer demais".
 5. Evita comer e/ou sem fome na maior parte do tempo OU descreve aumento significativo de apetite e/ou alimenta-se em exagero.

Informações Suplementares: __ Aumento de apetite __ Diminuição de apetite

• FADIGA EXCESSIVA

1. Não costuma queixar de “sentir-se cansado” durante o dia.
3. Queixa-se mais de fadiga e não está relacionado com aborrecimento ou aumento de nível de atividade.
5. Queixas diariamente de sentir cansaço.
7. Queixa-se de cansaço maior parte do dia. Pode tirar sonecas longas sem sentir melhor. Grau de cansaço interfere nas suas atividades (lazer).

• QUEIXAS FÍSICAS: Criança pode queixar de dor de estômago, de cabeça ou afecções ou dores no corpo. Avaliar frequência.

1. Queixas ocasionais que não parece ser excessivas.
3. Queixas parecem ser um pouco mais excessivas (comparada com outras crianças).
5. Queixa diariamente de dores e afecções. Isso ocasionalmente interfere na disposição da criança em atividades habituais.
7. Preocupada com dores e afecções. Isso regularmente interfere na sua disposição para atividades.

• IRRITABILIDADE: Informações geralmente obtidos com os acompanhantes. Avaliado pelas atitudes de índole agressivo e briguento, explosões e outras manifestações de hostilidade e fúria. Avaliar sobre a frequência de comportamentos irritadiços.

1. Raramente se irrita
3. Facilmente irritável. Momentos de irritação ocorre várias vezes por semana, mas não dura muito tempo.
5. Frequentemente irritável. Momentos longos de irritação ocorre varias vezes por semana e é difícil mudar de humor.
7. Constantemente irritado. Nada muda esse humor.

CULPA EXCESSIVA:

1. Não expressa nenhum sentimento de culpa indevido. Relata culpas aparentemente apropriados para o evento precipitante.
3. Culpa exagerada e/ou vergonha além da proporção do evento descrito.
5. Sente culpa sobre coisa que não estão sob seu controle. Esses sentimentos interfere no funcionamento de todos os dias
7. Vários delírios de culpa.

• BAIXA AUTO-ESTIMA: Sentimentos de culpa inapropriado deverão ser avaliados como grau 3 ou 4.

1. Criança descreve a si mesma com termos positivos.
3. Criança descreve uma área importante ou proeminente onde ela sente que está deficitária.
5. Criança descreve a si mesma predominantemente com termos negativos ou dar respostas evasivas sobre a pergunta ou não responde as perguntas.
7. Refere a si em termos depreciativos. Relata apelidos desagradáveis que outras crianças referem a ele/ela. Coloca a si mesma para “baixo”.

• SENTIMENTOS DEPRESSIVOS. Note também condutas não verbais como: expressão facial, contato visual, postura e atitudes.

1. Sentimentos ocasionais de infelicidade que desaparece rapidamente.
3. Descreve períodos de tristeza que parecem exagerados para os eventos descritos.
5. Sente-se infeliz maior parte do tempo sem um motivo aparente.
7. Sente-se infeliz todo o tempo; caracterizado pela sensações de desconforto psíquica (ex: “Eu não agüento Isso”).

• IDEIAÇÃO MÓRBIDA

1. Não expressa pensamento mórbido
2. Nega pensamentos mórbidos
3. Discute pensamentos sobre a morte, todos relacionados a eventos reais, mas parece excessiva.
5. Descreve preocupação com pensamentos sobre a morte várias vezes em uma semana. Esses pensamentos mórbidos estendem além da realidade externa.
7. Preocupação diária sobre temas de morte ou pensamentos mórbidos são elaboradas, extensas ou bizarras.

- **IDEAÇÕES SUICIDAS**

1. Entende a palavra suicídio, mas não aplica o termo a si mesma.
 2. Nega pensamentos suicidas.
 3. Tem pensado sobre suicídio ou ferir a si mesma (caso a criança não entende o conceito de suicídio), geralmente quando magoado.
 5. Tem pensamentos suicidas recorrentes.
 7. Tem tentado suicídio no último mês ou é ativamente suicidas.
-

- **CHORO EXCESSIVO:** Informação geralmente dada pelos acompanhantes, mas ocasionalmente pela própria criança.

1. Relato parece normal para idade.
 2. Indício sugestivo de que essa criança chora ou sentir-se como se chorasse mais que as outras crianças.
 3. Chora mais freqüente do que esperado para idade, ocasionalmente sem precipitante claro.
 5. Chora ou sente-se como chorando freqüentemente (várias vezes numa semana). Admite chorar sem saber porque.
 7. Chora quase todo dia (sem motivo aparente).
-

- **AFEIÇÕES FACIAIS DEPRESSIVAS (CONTINUEM SOMENTE SE A ENTREVISTA É REALIZADA COM A CRIANÇA):**

1. Expressão facial e voz animada durante a entrevista. Não há sinais de depressão.
 2. Leve supressão de afeto. Algumas perdas de espontaneidade.
 3. Perda leve, mas, global de espontaneidade. Parece infeliz durante parte da entrevista (ex: face mal-humorada, olhar baixo, face sem animo). É capaz de sorrir, e não evitar contato visual quando discutem temas não ligados ao tratamento.
 5. Moderada restrição de afetos durante maior parte da entrevista. Tem períodos longos e freqüentes de tristeza perceptível ao olhar do entrevistador. Nada parece animá-lo.
 7. Restrição severa de afeto. Aparece triste e desligado. Interação verbal mínima na entrevista. Chora ou parece lagrimejando.
-

- **COMUNICAÇÃO EXPRESSA:** Refere principalmente aos retardos psicomotoras da linguagem. Avalia o material verbal.

1. Qualidade do discurso parece adequado a situação sem nenhum erro notável.
 2. Lentificado, monótono ou fala excessivamente mole.
 3. Lentificado com muitas pausas onde a criança parece se “perder”. Qualidade de voz é nitidamente monótona e desanimada, e transmite uma sensação de angustia (tristeza) e desconforto psíquico.
 5. Extrema sensação de angustia psíquica exibida na voz ou numa profunda sensação de vazio. Tem dificuldade em prosseguir a entrevista.
-

- **HIPOATIVIDADE:** Considerar nível de atividade atual em relação ao nível de atividade habitual. Checar com pais, professores

1. Movimentos corporais estão animados. (Note que uma criança hiperativa e agitada não é distinguido aqui do que poderia parecer como comportamento normal não-distraído; hiperatividade deve ser notado).
 3. Movimentos corporais parecem de algum modo restritos e/ou lentificado.
 5. Movimentos corporais definitivamente restritos e uma sensação de retardo motora global.
 7. Severa sensação de retardo motora com traços de catatonia. (“catatonic-like”)
-
-

Anexo 3 - Entrevista de Triagem

NOME: _____ RG-HC _____
 DATA NASC.: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ SEXO: _____
 LOCAL DE NASC.: _____
 ESCOLARIDADE: _____
 RESPONSÁVEL: _____
 RG _____ TEL. P/ CONTATO: _____

I. Estado de funcionamento atual:

- competência mínima em atividades de vida diárias (cuidados pessoais, higiene, alimentação, vestuário);
- capacidade de controle de impulsos que possam colocar em risco a si e aos outros;
- não-necessidade de cuidados intensivos relacionados à saúde física;
- suporte familiar e engajamento;
- ausência de comprometimento sensorial.

II. Critérios de exclusão, conforme os critérios do CID-10 (OMS, 1993):*

A. Transtornos invasivos do desenvolvimento (F84):

- anormalidades qualitativas em interações sociais recíprocas e em padrões de comunicação (aspecto invasivo do funcionamento do indivíduo, podendo variar de grau);
- repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo;
- desenvolvimento anormal desde a infância e, com apenas poucas exceções, as condições se manifestam nos primeiros 5 anos de vida;
- os transtornos são definidos em termos de *comportamento* que é desviado em relação à idade mental (seja o

indivíduo retardado ou não).

Estão incluídos neste grupo:

- ◆ Autismo infantil (F84.0);
- ◆ Autismo atípico (F84.1);
- ◆ Síndrome de Rett (F84.2);
- ◆ Outro transtorno desintegrativo da infância (F84.3);
- ◆ Transtorno com hipercinesia associado a retardo mental e a movimentos estereotipados (F84.4);
- ◆ Síndrome de Asperger (F84.5);
- ◆ Outros transtornos invasivos do desenvolvimento (F84.8);
- ◆ Transtorno invasivo do desenvolvimento, não especificado (F84.9).

B. Transtorno de tiques vocais e motores múltiplos combinados (síndrome de Gilles de la Tourette) grave (F95.2).

C. Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (F80).

Estão incluídos neste grupo:

- ◆ Transtorno específico da articulação da fala (F80.0);
- ◆ Transtorno da linguagem expressiva (F80.1);
- ◆ Transtorno da linguagem receptiva (F80.2);
- ◆ Afasia adquirida com epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner) (F80.3);
- ◆ Outros transtornos de desenvolvimento da fala e da linguagem (F80.8);
- ◆ Transtorno de desenvolvimento da fala e da linguagem, não especificado (F80.9).

III. Diagnóstico (de acordo com prontuário do SEPIA):

ENTREVISTADOR: _____ LOCAL E DATA: _____

**Anexo 4 - Roteiro para Entrevista de Informação ao
Paciente sobre a Pesquisa**

1. **Explicação da finalidade da entrevista:** Comunica-se ao paciente que se pretende realizar um estudo sobre a arte-terapia no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, ao qual ele é convidado para participar. Explica-se que os pacientes que participarão do estudo farão no mínimo 24 sessões de arte-terapia, quando será feita mais uma entrevista individual com todos os pacientes participantes do estudo.
2. **Frequência nos grupos de arte-terapia:** Explica-se que será necessária sua presença no IPq-HC-FMUSP semanalmente (especifica-se o dia e o horário do grupo de arte-terapia) por no mínimo 6 meses.
3. **Decisão do paciente em participar ou não do estudo:** Pergunta-se ao paciente se ele tem alguma dúvida e tenta-se esclarecer eventuais questões com o cuidado de não revelar o objetivo da pesquisa para evitar viés no momento da entrevista de avaliação de resultados. Quando não houverem mais questões da parte do paciente, pergunta-se ao paciente se ele tem interesse em participar do estudo. Em caso afirmativo, explica-se que seu responsável será convocado para uma entrevista, onde lhe será explicado o mesmo que acaba de ser explicado ao paciente e lhe será pedido o seu consentimento para a participação do paciente no estudo. Explica-se que em seguida, será marcada mais uma entrevista com o paciente.
4. **Encerramento da entrevista:** Não havendo mais nada a acrescentar de ambas as partes, agradece-se ao paciente sua colaboração e encerra-se a entrevista.

Anexo 5 - Roteiro para Entrevista com o Responsável pelo Paciente

- 1. Acolhimento:** Recebe-se o responsável pelo paciente cumprimentando-o, identificando-se, perguntando seu nome e seu vínculo com o paciente, e fazendo-o sentir-se à vontade.
- 2. Explicação da finalidade da entrevista:** Comunica-se ao entrevistado que se pretende realizar um estudo sobre a arte-terapia no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, ao qual o paciente é convidado para participar. Explica-se que os pacientes participarão de 12 sessões de arte-terapia.
- 3. Frequência nos grupos de arte-terapia:** Explica-se que será necessária a presença do paciente no IPq-HC-FMUSP semanalmente (especifica-se o dia e o horário do grupo de arte-terapia) por 3 meses.
- 4. Decisão do paciente em participar do estudo e consentimento:** Pergunta-se ao entrevistado se ele tem alguma dúvida e tenta-se esclarecer eventuais questões com o cuidado de não revelar o objetivo da pesquisa para evitar viés na entrevista de avaliação de resultados com o paciente. Quando não houverem mais questões da parte do entrevistado, comunica-se que o paciente tem interesse em participar do estudo. Pede-se, então, o seu consentimento para a participação do paciente no estudo. Entrega-se a ele o termo de consentimento de participação no estudo e de gravação em vídeo VHS da entrevista de avaliação de resultados para que o leia e assine.
- 5. Encerramento da entrevista:** Não havendo mais nada a acrescentar de ambas as partes, agradece-se ao responsável sua colaboração e encerra-se a entrevista.

Anexo 6 – Termo de Consentimento Pós-Informado

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO.:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA .. A Experiência de mudança dos sintomas em adolescentes com depressão tratados com arte-terapia

PESQUISADORA: Marília Staubli Yokota

CARGO/FUNÇÃO: pesquisadora – psicóloga pesquisadora

UNIDADE DO HCFMUSP: .Instituto de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 3 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa ;
2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais;
3. desconfortos e riscos esperados;
4. benefícios que poderão ser obtidos;
5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

Depressão é uma doença para a qual existe tratamento. Este pode ser com remédios ou psicoterapia e às vezes, os dois juntos. A arte-terapia é um tipo de psicoterapia que pode ser feita em grupo. Nela as pessoas mostram os seus sentimentos e problemas através do desenho, da pintura, de trabalhos com barro e outras formas de arte.

Neste estudo, queremos saber se a arte-terapia realmente ajuda as pessoas e como ela funciona. O estudo é uma investigação da opinião de pacientes adolescentes com depressão. Todos receberão o tratamento com medicamentos e também o tratamento de arte-terapia por 3 meses. Os pacientes serão entrevistados antes e depois do tratamento realizado. As entrevistas realizadas com os pacientes após os 3 meses de arte-terapia serão gravadas em vídeo que, eventualmente, poderá ser utilizado para aulas, pesquisas, publicações científicas e de divulgação, sem fins comerciais. Em nenhum momento o estudo oferece qualquer tipo de perigo aos pacientes envolvidos e suas famílias. Queremos apenas saber se os pacientes sentem que a arte-terapia ajudou-os ou não. Acreditamos que quem participa de arte-terapia junto com o tratamento com medicamentos perceba uma melhora.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Pesquisadora: Marília Yokota

bip 3887-7722 cód. 266759

Orientador: Dr. Francisco Lotufo Neto

bip 3030-0630 cód. 349 ou tel. 3069-6988

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa
São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

*Anexo 7 - Autorização para utilização de material
audio-visual e produções plásticas*



DEPARTAMENTO & INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
FACULDADE DE MEDICINA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DAS CLINICAS - FMUSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Eu, _____

_____,

RG N° _____ autorizo a
utilização de material audio-visual e
computação tais como: fotografias, vídeos
slides, tapes, etc., bem como as produções
plásticas de meu filho(a)

Registro HC N° _____, para fins
didáticos, pesquisa, publicações científicas e
de divulgação.

Assinatura

São Paulo, _____ de _____ de 2001

Anexo 8 - Roteiro para Entrevista de Avaliação de Resultados

1. **Acolhimento:** Recebe-se o paciente cumprimentando-o pelo nome, identificando-se, e fazendo-o sentir-se à vontade.

2. **Explicação da finalidade desta entrevista:** Explica-se ao paciente que se trata da entrevista que lhe foi mencionada no encontro anterior ao início das sessões de arte-terapia. Esclarece-se que é com base em suas declarações que será feito um estudo, o qual pode vir a ser uma contribuição significativa a tratamentos de transtornos depressivos.

3. **Declarações livres do paciente:** Convida-se o paciente a falar sobre si e sobre sua doença, como eram quando começou o tratamento e como são agora, o que aconteceu com o paciente e como se sente agora. Deixa-se o paciente falar livremente por alguns minutos.

4. **Investigação mais aprofundada quanto à percepção do paciente de si e de sua doença:** Após o relato livre do paciente, colocam-se questões que visam esclarecer a percepção que o paciente tem hoje de si e de sua doença em relação ao momento em que iniciou o tratamento no IPq-HC-FMUSP. São elas:

A. Você acha que você mudou? (Se a resposta for afirmativa, tentar discernir entre mudanças relativas à percepção de si e do mundo, e mudanças com relação aos sintomas do paciente, esclarecendo o máximo possível como era antes e como é agora; pede-se uma quantificação da intensidade de tais mudanças, nos termos 'pouco, muito, totalmente').

B. Como você lidava antes com o seu problema, e como lida agora--melhor, pior ou igual a antes de começar a arte-terapia?

C. *Você aprendeu coisas novas a seu respeito durante o tratamento?* (Deixar o paciente responder antes de passar para a próxima questão).

Que coisas seriam essas? (Deixar o paciente responder antes de passar para a próxima questão).

Elas o auxiliam de alguma forma? Como? (Deixar o paciente responder antes de passar para a próxima questão).

A que exatamente você atribui ter aprendido tais coisas?

D. *Hoje em dia, como você se sente? Você está satisfeito consigo mesmo?*

Acha que ainda precisa mudar? (Fazer as três perguntas seguidas, dando tempo para o paciente responder apenas após a terceira questão).

Como acha que conseguiria mudar isso que ainda falta?

E. *Você recomendaria o tratamento que você teve para alguém? Por quê?*

- 5. Encerramento da entrevista:** Pergunta-se ao paciente se ele gostaria de acrescentar ou comentar mais alguma coisa, fazer alguma sugestão, ou ainda, que alguma dúvida sua fosse esclarecida antes de encerrar a entrevista. Não havendo mais nada a acrescentar, agradece-se ao paciente sua colaboração e encerra-se a entrevista.

Anexo 9 – Children – Global Assessment Scale

C-GAS: ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (04 A 16 ANOS)

- » Selecionar o nível mais baixo que descreve funcionamento da criança ou adolescente. Use níveis intermediárias.
- » Marque o funcionamento atual independentemente do tratamento ou prognóstico.
- » Especificar o período de avaliação em um mês (30 dias).

RG paciente: _____ **DATA:** / / **Avaliador:** _____

- 100 – 91** Funcionamento superior em todas as áreas (em casa, na escola e com crianças); Envolvido em grandes números de atividades e tem muitos interesses (por EX: Tem hobbies ou participa de atividades extracurriculares ou pertence a um grupo organizado como os escoteiros). É social (agradável), confiante, preocupações quotidianas nunca ²saindo do controle. Vai bem na escola, sem sintomas.
- 90 – 81** Funcionamento bom em todas as áreas, seguro na família, escola e com colegas. Pode haver dificuldades transitórias e preocupações (quotidianas) que ocasionalmente saem do controle (ex: Leve ansiedade associadas com uma prova importante; Explosões ocasionais com irmãos e pais ou colegas).
- 80 – 71** Não mais que um leve prejuízo no funcionamento ou instabilidade emocional. Podem estar presentes em resposta a algum evento de vida (estressores) (ex: Separação dos pais; Mortes; Nascimento de um irmão), mas esses distúrbios são breves e a interferência no funcionamento é transitória; essas crianças perturbam os outros minimamente e não são consideradas diferentes do normal para quem os conhecem.
- 70 – 61** Alguma dificuldade em uma área única, mas geralmente funcionando razoavelmente bem (ex: atos anti-sociais isolados ou esporádicos, como ocasionalmente praticar pequenos furtos; pequenas dificuldades consistentes ou duradouras com trabalho escolar, mudanças de humor de curta duração, medos e ansiedades que não levam a comportamentos de evitação evidentes, insegurança. Tem algumas relações interpessoais significativas, a maioria das pessoas que não conhece bem a criança não a consideraria problemática, mas aquelas que a conhecem expressam preocupação.
- 60 – 51** Funcionamento variável com dificuldades esporádicas ou sintomas em várias mas não em todas áreas sociais; distúrbios seria perceptível para aqueles que encontram a criança numa hora ou ambiente disfuncionais, mas não para aqueles que a vêem em outras horas ou ambientes.
- 50 – 41** Grau moderado de interferência nos funcionamentos na maioria das áreas sociais ou disfunção grave em uma única área, algo que possa resultar em, por exemplo, ideias suicidas ou ruminações, recusa para ir a escola e outras formas de ansiedade, rituais obsessivos, sintomas conversivos maiores, ataques de ansiedade freqüente, empobrecimento ou habilidades sociais inapropriados, episódios freqüentes de agressão ou outros.
- 40 – 31** Maior disfunção em várias áreas e incapacidade funcional em uma dessas áreas: desadaptação em casa, na escola, com outras crianças ou sociedade. Ex: agressão persistente sem motivos claros, apatia e isolamento marcante devido ao humor, tentativas suicidas com intenções claras de auto-eliminação, geralmente essas crianças necessitam de escolarização especial e/ou hospitalização ou dispensas da escola (mas essa não é um critério suficiente para inclusão nessa categoria).
- 30 – 21** Incapacidade funcional em quase todas as áreas, tanto em casa, fora ou ficar na cama dia inteiro, sem fazer parte das atividades sociais ou graves prejuízos na realização de testes ou sérios prejuízos na comunicação (ex: alguns momentos de incoerência ou inadequação).
- 20 – 11** Necessita de supervisão considerável para prevenir danos aos outros (machucar outros) ex: freqüentemente violento, tentativas de suicídios repetidas ou para manter higiene pessoal ou prejuízo grave em todas as formas de comunicação com anormalias na comunicação verbal e gestual.
- 10 – 1** Necessita de supervisão constante (cuidados por 24 horas) devido ao grave agressividade ou condutas auto-destrutivas ou prejuízo grave na realização de testes, comunicação, cognição, afeto ou higiene pessoal.

² Lee Fu I -1998

Anexo 10 –Escala de Situações Psicossociais Anormais**Eixo V, CID-10³**

- 1. Relacionamento intrafamiliar anormal**
 - 1.1. Ausência, falta ou privação.
 - 1.2. Discórdia intrafamiliar entre os adultos.
 - 1.3. Hostilidade dirigida ou
 - 1.4. Abuso físico contra a criança.
 - 1.5. Abuso sexual contra a criança por parte de familiares.
 - 1.6. Outros.
- 2. Transtornos mentais, desvios ou predisposição na família**
 - 2.1. Transtorno mental ou desvio nos pais.
 - 2.2. Predisposição ou deficiência nos pais.
 - 2.3. Deficiência nos irmãos.
 - 2.4. Outros.
- 3. Comunicação intrafamiliar inadequada ou distorcida**
- 4. Situação (qualidade) anormal de desenvolvimento**
 - 4.1. Superproteção dos pais.
 - 4.2. Supervisão ou controle inadequado dos pais.
 - 4.3. Experiência com privação.
 - 4.4. Pressão parental indevida.
 - 4.5. Outros.
- 5. Ambiente ou estruturação familiar anormal**
 - 5.1. Domicílio em instituição.
 - 5.2. Situações parentais anômalas.
 - 5.3. Isolamento familiar.
 - 5.4. Condições de moradia ou vivência que criam uma situação potencialmente perigosa.
 - 5.5. Outros.
- 6. Eventos repentinos/agudos da vida**
 - 6.1. Perda de um relacionamento amoroso.
 - 6.2. Afastamento do lar gerando inseguranças circunstanciais significativas.
 - 6.3. Alteração no padrão de relacionamento familiar.
 - 6.4. Eventos que resultaram em perda de auto-estima.
 - 6.5. Abuso sexual (por não familiares).
 - 6.6. Experiência pessoal de brigas.
 - 6.7. Outros.
- 7. Estresse social**
 - 7.1. Perseguição ou discriminações adversas.
 - 7.2. Migração ou passar de um meio social para outro.
 - 7.3. Outros.
- 8. Estresse interpessoal crônico associado a escola ou ao trabalho**
 - 8.1. Relacionamento discordante com crianças.
 - 8.2. Interação negativa com professores/chefes.
 - 8.3. Mal-estar geral na escola/trabalho.
 - 8.4. Outros.
- 9. Eventos ou situações estressantes devido à deficiência ou ao transtorno da criança**
 - 9.1. Criado/mora em instituições.
 - 9.2. Afastamento do lar gerando inseguranças circunstanciais significativas.
 - 9.3. Eventos que resultaram em perda de auto-estima.
 - 9.4. Outros.

³ Tradução da versão publicada por STEINHAEUER & ERDIN (1992).

Descrição das nove situações psicossociais anormais

SPA-1 Relacionamento intrafamiliar anormal

Contato verbal sempre ríspido ou restrito com a criança; pouco interesse dos pais pelas atividades da criança; irritação freqüente quando em contato com a criança; ausência de apoio ou empatia com relação a pedido de ajuda da criança; discórdia entre os pais ou outros co-abitantes adultos; hostilidade, recriminação e críticas indevidas por parte dos pais em relação à criança; agressão física por parte de qualquer membro familiar adulto contra a criança; abuso sexual por parte de qualquer membro familiar.

SPA-2 Transtornos mentais, desvios ou predisposições de problemas mentais na família

Qualquer tipo de transtorno psiquiátrico ou grave desvio social (inclusive alcoolismo e criminalidade) por parte de pais, irmãos e outros familiares no lar, que leve a uma dificuldade regular e a marcante mudança de desempenho e de interesses na vida da criança (ex: estigma social, comportamento agressivo persistente, ou extremo isolamento social); qualquer tipo de dificuldade ou disfunção neuropsicológica, por parte dos familiares, que prejudique a supervisão e/ou a socialização ou que provoque a exposição da criança a momentos embaraçosos.

SPA-3 Comunicação intrafamiliar inadequada ou distorcida

Mensagens contraditórias dadas à criança por familiares, ou falhas em dar respostas claras, ou em conceder informações-chave, como, por exemplo, dissimular a paternidade da criança; ou referir que o cônjuge viajou quando na verdade, houve divórcio.

SPA-4 Situação anormal de desenvolvimento

Existência, pelo menos da parte de um dos pais, de um padrão de educação que resulte em impedimento à independência e ao crescimento da criança ou favoreça a infantilização; falha dos pais em conhecer as atividades ou paradores do filho, ou ausência de estratégias eficientes para interferir nos atos do filho; restrições ou proibições por parte dos pais em relação às atividades lingüísticas, sociais e motoras, como, por exemplo, não permitir que a criança brinque fora de casa ou que escolha a atividade de sua preferência; pressão, por parte dos pais para a criança exercer atividades fora do contexto da idade dela ou de seu sexo, como, por exemplo, vestir um menino como uma menina, ou delegar a uma criança a responsabilidade de um adulto.

SPA-5 Ambiente e estrutura familiar anormal

Qualquer situação que não fosse de convivência com ambos os pais dentro da mesma casa; condições de moradia inadequadas, com pouco espaço para acomodar adequadamente os membros, onde seja necessário divisão de leitos ou onde todos dividam o mesmo quarto; dificuldade financeira que cause inconveniências à criança ou a impeça de participar de atividades normais com outras crianças.

SPA-6 Eventos repentinos da vida

Perda de um vínculo emocional importante com pais, irmãos ou um amigo em especial, por morte ou distanciamento permanente; afastamento ou mudança do lar repentina ou hospitalizações recorrentes; mudança no padrão de relacionamento familiar devida ao nascimento de um irmão ou à chegada de um novo membro que pode ser um novo companheiro dos pais; humilhações públicas; descoberta de um evento pessoal ou familiar vergonhoso ou estigmatizante; abuso sexual de pessoas sem relação de parentesco; experiência com acontecimentos inesperados, como um seqüestro, desastres com risco de vida, ou doença grave.

SPA-7 Estresse social

Perseguição ou discriminação em função da origem étnica, sexo, religião, levando a lesões físicas ou a exclusão de uma atividade ou a humilhação pública; mudança de ambiente sem seus familiares; mudança forçada com a família em função de segurança, para um local de cultura radicalmente diferente, reduzindo o bem estar da criança.

SPA-8 Estresse interpessoal crônico associado à escola ou ao trabalho

Persistência de relacionamento discordante com outras crianças; comportamento do professor ou do supervisor estigmatizado, como, por exemplo, o de culpar automaticamente a criança por qualquer problema na escola; comportamento inadequado e repetitivo na escola ou no trabalho.

SPA-9 Eventos ou situações estressantes devidos à deficiência ou ao transtorno da criança

Institucionalização devido à doença da criança; remoção do lar devido hospitalização por doença; eventos devidos a doença que resultem em rebaixamento de auto-estima.

Anexo 11 - Transcrições literais, Idéias Centrais e Expressões-Chave

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS * em negrito: expressões-chave		
PAC.	Idéia central	1. Declarações livres do pac.
A	- Declarações livres do que gosta de fazer e de como é; - Descrição dos sintomas da depressão antes de iniciar o tratamento de AT	Gosto de desenhar um pouco, brincar com meus colegas e brincar de futebol. Gosto mais de ficar em casa do que ficar fora de casa. Eu gostava da terapia, daí, acabou. Não sei porque eu não gosto de faltar na escola, mas eu vou mal. Não tenho boa memória. A professora fala uma coisa, depois de um tempo, eu esqueço. Já repeti 2 anos por causa disso. Mas não gosto de faltar. Gosto de ajudar os outros. Não sou rueiro. Minha família toda é dentro de casa, minha mãe, meus irmãos. Meu pai conhece São Paulo inteiro. Sou brincalhão, mas também sou sério, já percebi isso. A depressão, quando eu estava na escola, eu sempre ficava sozinho, encostado num canto, desenhando, ou parado, olhando, isso que era ruim. Prá ter amizade, aí que é difícil.
B	- Decl. livres do que gosta de fazer e de como é; - Descr. dos sint. da depr. antes de iniciar o trat. de AT	Gosto de jogar bola, assistir televisão, estudar matemática. Gosto de brincar, conversar, fazer amigos. Tenho amigos na minha sala e nas outras salas, do lado. Quando tem um moleque novo, ninguém fala com ele, aí eu vou lá e falo com ele. Com a depressão, eu fico com vontade de ficar isolado, sozinho, fico muito nervoso, quando eu vou dormir, não dá, não consigo dormir direito, fico levantando à noite.
C	- Decl. livres do que gosta de fazer e de como é; - Como são os relacionam. sociais.	Tenho 16 anos. Gosto de sair, não com os meus pais, mas com os amigos, etc. Gosto de mexer na internet, um pouco, não muito. Moro perto do Horto Florestal. Não gosto de comer legumes. Tenho bom relacionamento com os meus pais, com os meus amigos. Gosto de todos meus amigos, não tenho preferência.
D	- Declarações livres do que gosta de fazer e de como é; - Planos para um futuro próximo	Eu sou bem agitada. Meu forte, mesmo, é música, eu adoro, adoro música. Sou bem estrovertida, me enturmo bem fácil com as pessoas. No dia-a-dia, mesmo, fico o dia inteiro em casa, estudo à noite, estou morando com a minha avó e meu irmão. Gosto de sair bastante, gosto de sair com meus amigos, gosto de ir para a escola, é, gosto. Sou uma pessoa bem sentimental, bem mesmo, sinto assim, bastante, se tem algum problema. No dia-a-dia, gosto de tudo. Pretendo trabalhar, tenho vários planos para quando eu começar a trabalhar. Fui com a minha avó procurar um trabalho que uma amiga da minha mãe indicou, mas já tava preenchido. Estou tentando dar uma emagrecida, que eu tô me achando um pouco gorda. Sou muito ansiosa.
E	- Declarações livres do que gosta de fazer e de como é; - Descrição dos sintomas da depressão antes de iniciar o tratamento de AT	Gosto de vídeo game e de praticar esportes. Falo demais quando estou em grupo. Se estou com quem não conheço, fico tímido e não falo. Gosto de animais. Tenho dois ramsters. Estudo inglês e gosto bastante. Tenho depressão desde 97. Eu me irritava muito por qualquer coisinha e batia nos meus colegas. Às vezes, eu ficava irritado do nada. Eu ficava muito triste. Não conseguia fazer nada. Alguma coisa me prendia. Eu ficava quieto. Não ia dormir. Ficava num canto. Não comia quase nada. Ficava com vontade de ficar sozinho, sem falar com ninguém. Ficava muitas noites, assim, sem dormir. Quando chegava meia-noite, eu parava de dormir e não conseguia dormir mais, às vezes até amanhecer o dia. Ficava tentando dormir, pensando em nada.
F	- Declarações livres do que gosta de fazer e de como é;	Eu sou um menino mais ou menos contente. Tem umas coisas que me deixam com raiva. Eu não brinco muito, eu jogo, vôlei e futebol, mas eu sou péssimo no futebol. Às vezes vou na igreja com meus amigos, mas só às vezes. Eu gosto de sair, conhecer outros lugares. Eu gosto de arranjar amigos, mas no momento, tenho poucos amigos. Porque é difícil achar. Tem vezes que eu não consigo dormir direito. Minha médica é a Dra. Lee, legal, ela. O que me torra é quando me xingam de gigante, nossa, não sei o que eu faço, choro, brigo ou converso. Não acho que eu sou tão alto. Tenho 16 anos e tô me sentindo com 16 anos, não com vinte e poucos. Gosto de assistir filmes de madrugada, bem de madrugada, filme pornô que passa na Bande. De manhã eu gosto de assistir TV e na escola eu sou meio bobinho, assim, eu esqueço de algumas coisas. Não sou de brigar. Primeiro, eu converso, mas se não dá jeito, aí eu brigo logo. (Relato de briga na rua, de briga na escola).
G	- Descrição dos sint. da depressão antes de iniciar o trat. de AT; - Planos para um futuro próximo;	Estou fazendo cursinho e acho que vou fazer medicina. Só. Eu sentia tristeza, não tinha vontade de fazer as coisas, muito sono, eu ficava ansiosa e atacava na comida. Quando eu estava deprimida, ficava mais isolada da família do que normalmente.
H	- Descrição dos sintomas da depressão antes de iniciar o tratamento de AT	Eu não queria fazer nada, ficava desanimado. Eu era muito nervoso, ficava irritado fácil. Durmia bem, mas ficava mais ansioso, e comia demais quando ficava nervoso.
I	- Decl. livres do que gosta de fazer e de como é; - Descr. dos sint. da depr. antes de iniciar o trat. de AT	Eu gosto de escutar música, não sou muito de praticar esporte. Moro num colégio interno, minha mãe morreu e meu pai sumiu. Desde pequenininho eu moro nesse colégio. Tem larista e assistente social que cuidam de mim. Terminei a 8ª série agora e queria ser bombeiro. Antes do tratamento para depressão, eu me sentia muito mal, quase não falava direito, não me alimentava direito também. Dormir, eu dormia bem.

PAC.	Idéia central	2. <i>V.acha que v. mudou?</i>
A	- Descr. dos sint. da depr. antes de iniciar o trat. de AT; - Descrição da mudança de comportamento para melhor; - De onde/quem partiu a mudança; - Reação dos outros em rel à mudança.	Eu tava sempre deprimido, mas sempre brincava, também. Numa roda de pessoas, ficava todo mundo falando e eu ficava só olhando , e a professora percebeu. Eu queria ficar sozinho. Eu gostava de desenhar um pouco, também. Comecei a ficar menos tímido, daí. Agora, eu já conheço quase metade da sala , eu brinco, não gosto de zoar, só brincar, mas meus amigos me chamam de zoeiro . Tinha vezes que até minha tia prá cumprimentar eu tinha vergonha. Agora, já cumprimento, isso mudou prá caramba. Mas nem tão 100%. Mas a mudança veio de mim, não das pessoas de fora . Uma menininha falou prá mim, "Luiz, agora vc não tá mais tímido! "
B	- Descrição da mudança de comportamento para melhor; - De onde/quem partiu a mudança;	Qualquer coisinha, eu ficava nervoso. Eu ficava isolado, sozinho. Quebrava a vassoura da minha avó. Ficava brigando e xingando os meninos. Agora, eu tô mais calmo. Não fico mais brigando com os meninos, não respondo mais para a minha avó . Eu era muito alterado. Eu mesmo que mudei, não as pessoas . Meus primos pediam para eu ajudar a fazer a lição e eu respondia que não, que não queria. Agora, ajudo eles.
C	- Descr dos sint. da depr antes de iniciar o tratamento de AT; - Descr. da mudança de comportamento p/ melhor;	Minha depressão foi muito particular porque na maioria das depressões, você fica triste. A minha, eu não fiquei triste, mas sim, eu não queria fazer mais nada. Eu não queria sair, eu não queria mais fazer nada em casa, eu só queria ficar deitado no sofá vendo tv dia e noite , noite e dia, sem fazer nada, nada, nada. Quando começou isso daí, eu tava na 6ª série, tinha 13 anos, e chegou num ponto que eu não queria mais ir prá escola. Fiquei uns 2 anos sem ir prá escola. Hoje, estou no supletivo, e tô normal, não falto nunca na aula . Só falto para vir aqui na arte-terapia, que aqui eu não falto. Eu não tinha sono, não conseguia dormir e não pensava em nada. Ficava tentando dormir, mas não ficava pensando em nada . Não tinha nada que ficava tipo assim martelando na minha cabeça.
D	- Declarações livres de como é; - Descrição dos sintomas da depressão antes de iniciar o tratamento de AT	Desde que meu pai faleceu, em setembro, eu e meu irmão viemos para SP para morar com a minha avó. Às vezes, eu lembro do que aconteceu (morte do pai), mas tento levar mais na esportiva. Eu já era ansiosa antes do meu pai morrer, sempre fui assim. Eu tinha dor de cabeça bem forte e lá em São João da Boa Vista, onde eu morava, eu fazia tratamento porque tinha dado que eu tinha foco, mas quando cheguei aqui, refiz os exames e não deu nada, diz que eu não tenho nada, mas a dor de cabeça continuou.
E	- Descr. dos sint. da depr. antes de iniciar o trat. de AT; - Descrição da mudança de comportamento para melhor;	Antes da arte-terapia, eu era muito nervoso, me irritava com tudo. Agora, não brigo mais, nem fico nervoso. Como bastante, durmo bem. Fico mais tempo brincando com os animais, cuidando deles. Vou na escola de inglês. Nos finais de semana, saio com meus amigos, no shopping . Um amigo meu me chama para ir para o litoral, em Itanhaém. Eu sei surfar um pouco. Eu quase nem falava, e tô falando mais .
F	- Descr. dos sint. da depr. antes de iniciar o trat. de AT; - Descrição da mudança de comportamento para melhor;	Eu nunca tinha depressão. Minha mãe me colocou aqui quando meu pai morreu (em 98). É que quando eu fui no cemitério do meu pai, eu cheguei lá mas eu chorei, chorei, chorei, nossa! Aí eu não conseguia dormir, não conseguia dormir, ficava andando na casa e minha mãe falou que isso aí é depressão . Tinha 3 dias que eu parei de comer . Aí minha mãe levou eu pro médico. A Dra. Lee me mandou beber dois remédios e agora eu durmo . Eu sentia muita falta do meu pai e chorava muito. Eu tô com um pouquinho de sono a mais. Eu chorava de madrugada. Agora, eu fico mais alegre .
G	- Declaração de ausência de mudança de comporta/o; - Persistência dos sint. depressivos.	Comparando agora com antes do tratamento (medicamento e arte-terapia), nada mudou, nadinha . Tenho certeza absoluta. Está tudo a mesma coisa. Até tenho esperança que mude alguma coisa, então, vou fazendo (o tratamento). Ainda tenho muito sono .
H	- Descr da mudança de comporta/o p/ melhor; -De onde/quem partiu a mudança; -Descrição dos sint. da depr antes de iniciar o trat. de AT;	Agora estou calmo, não fico nervoso tão fácil. Não fico mais tão preocupado com as coisas e é difícil eu me chatear como antes . O mais difícil é que sempre ficava preocupado com as coisas. Acho que é por causa dos tratamentos (medicamentoso e arte-terapia). Mudei por causa das pessoas e por mim também, porque se eu não quisesse, não tinha acontecido nada (não teria mudado) .
I	- Não consegue definir a melhora, mas sabe que houve; - Não mudou, melhorou; - De onde/quem partiu a mudança;	Não sei te explicar como que eu melhorei, só sei que eu melhorei. Eu tô falando mais um pouco, tô voltando a ter amizade . O que eu acho que melhorou, eu não sei te explicar. Às vezes, quando eu queria pedir alguma coisa, eu ficava pensando, a dificuldade era grande. Agora, eu vou lá e peço. Mudar, não, que eu sou o mesmo. Eu melhorei. Fui eu mesmo, não foram as pessoas (que mudaram) .

PAC.	Idéia central	3. Como v. lidava antes com o seu problema e como lida agora --melhor, pior ou igual a antes de começar a arte-terapia?
A	- Descrição da mudança de comportamento para melhor;	Antes, eu era besta, também, fazia piada sem graça. Agora, estou sendo mais pensativo antes de falar. Até aconselho meus colegas prá não serem assim, porque eu já passei por isso.
B	- Lida melhor com os problemas agora;	Agora tá melhor .
C	- Lida igual a antes com os problemas, não sente que houve mudança	Igual . Normal.
D	- Lida melhor com os problemas agora;	Problema familiar, assim, eu tinha que eu era muito rueira, minha mãe não gostava. Acho que antes eu lidava com medo com os meus problemas. Agora, sei lá, já sei se eu tô certa e não tenho mais aquele medo de dizer que eu tô certa. Se eu tô errada, eu assumo que eu tô errada. Acho que antes eu fugia um pouco do problema. Estou aprendendo a lidar com os meus problemas mais de frente agora que estou longe da minha mãe. Estou sendo mais independente. Eu nem achava que eu ia ficar tão bem.
E	- Descrição da mudança de comportamento para melhor; - Lida melhor com os problemas agora;	Por exemplo, conversando com alguém, eu ficava mexendo, assim, tinha que ficar mexendo numa borracha, sem olhar (para a pessoa). Agora, fico mais calmo, converso quieto, sem ter que ficar mexendo em nada. Consigo conversar na boa. Meu comportamento era pior. Eu melhorei .
F	- Quantificação da mudança de comportamento;	Antes eu ficava mais ou menos. Agora, acho também mais ou menos. Prá antes da terapia, eu me dou 7 e agora, 8 (numa escala de 0 a 10).
G	- Lida igual a antes com os problemas, não sente que houve mudança	Sinceramente? Igual.
H	- Lida melhor com os problemas agora, evitando situações desagradáveis;	A arte-terapia me ajudou bastante. Quando meu pai e minha mãe brigavam, eu ia prá casa do meu primo, ficava bravo, mas agora, vou para a casa da minha avó, que é do lado, e não entro na briga .
I	- Quantificação da mudança de comportamento; - Não conseguia lidar com os probls antes e agora, ao menos tenta.	Melhor. Antes, eu ficava muito sozinho. Agora, converso com meus colegas. Melhorei uns 80% . Às vezes, eu não conseguia lidar com os problemas, e não lidava, deixava prá lá. Ainda não consigo resolver, às vezes. Mas agora, consigo dialogar, consigo pelo menos tentar.

PAC	Idéia central	4. <i>Você aprendeu coisas novas a seu respeito durante o tratamento de arte-terapia?</i>	Idéia central	5. <i>Que coisas seriam essas?</i>
A	- Descrição da mudança de comportamento para melhor; - Com a AT aprendeu a se soltar;	Eu aprendi mais a soltar. Uns 3 meses antes que eu comecei, eu não abria a boca. Até a médica falou que agora eu estou falando bem, que estou falando prá caramba, agora.		
B	- Aprendeu coisas novas a seu respeito;	Aprendi.	- Aprendeu a ficar alegre;	Aprendi a ficar alegre. Me deu mais alegria prá brincar.
C	- Reação dos outros em rel à mudança positiva de comportamento; - Aprendeu a gostar de pintar e desenhar;	A última vez que eu pinte, desenhei, eu tinha uns 5 anos e isso nunca me interessou. Com o decorrer do tratamento (arte-terapia), eu vi que eu fui gostando. A pessoa que faz o tratamento não percebe, quem percebe são as pessoas em volta, tipo meu pai, minha irmã. Não senti nada de especial, acho que as outras pessoas é que devem ter notado.	- Aprendeu a ver o mundo diferente, com mais formas, e a prestar mais atenção no que ocorre à sua volta; - Não consegue definir a mudança, mas sabe que houve;	Como eu enxergo o mundo. Acho que foi como eu vejo o mundo, parece que agora ele tem mais forma, mais cores, etc, mais coisas. Sabe, quando você nota que está diferente, mas não sabe o que é. Não sei explicar, sei que mudou alguma coisa ao meu redor, está mais belo, mas não tenho como encontrar um exemplo para isso. O que eu vejo com a cadeira, com a câmera, com tudo. Eu noto mais as coisas, presto mais atenção no que está ocorrendo. O 'belo' que eu digo é que eu vejo tudo de uma forma que eu não via antes.
D	- Acha que não aprendeu nada de novo a seu respeito porque na sessão não se fala sobre si próprio;	Acho que não. Não falo quase nada de mim, a gente fala do trabalho que a gente fez, do material que a gente usou, se quer dar um nome, a gente debate sobre o que a gente fez e não sobre a gente mesmo.		
E	- Aprendeu coisas novas a seu respeito;	Aprendi.	- Aprendeu a expor seus sentimentos e a falar;	Aprendi a expor meus sentimentos. Falar.
F	- Aprendeu a respeitar as meninas e a mãe;	Antes eu brincava muito com as meninas. Agora, tô respeitando mais as meninas. Agora elas conversam comigo, e antes, elas não conversavam. Eu dava doce, pastel, cachorro quente, mas elas não conversavam comigo. Agora, minha vizinha que não conversava comigo disse "Rafael, você mudou muito". Eu respeito mais as meninas, respeito mais a minha mãe.		
G	- Não sabe se aprendeu algo novo a seu respeito;	Não sei, sei lá.		
H	- Aprendeu muitas coisas com a AT: era ansioso e chateava-se facilmente;	Muitas coisas. Eu era ansioso, me chateava fácil, ficava isolado. A arte-terapia ajudou bastante. Sou muito ligado a um tipo só de trabalho. Gosto de desenhar e não gosto de desenho abstrato, só rabisco.	- Aprendeu a desenhar coisas novas, que não sabia antes;	Eu nunca tinha feito desenho de duas pessoas na mesma folha e agora, aprendi.
I	- Aprendeu coisas novas a seu respeito;	Acho que aprendi, sim.	- Aprendeu a soltar-se diante de pessoas estranhas;	Aprendi que... A me identificar com pessoas, assim, como se fala, estranhas, que eu não conhecia. Na arte-terapia, eu fazia com gente que eu não conhecia e tive que aprender a conviver (com essas pessoas). Isso é melhor, porque eu moro num colégio, e assim eu vou aprendendo a conviver com as pessoas.

PAC.	Idéia central	6. Elas o auxiliam de alguma forma? Como?	Idéia central	7. A que exatamente você atribui ter aprendido tais coisas?
A	- As coisas novas que aprendeu sobre si o auxiliam a enfrentar as dificuldades;	Auxilia, sim. Antes, eu ficava na dúvida (na sala de aula), mas ficava com vergonha de perguntar. Agora, eu ainda tenho vergonha, medo das pessoas zoarem, ficar aquela zoeira, mas eu pergunto.	- Atribui à AT ter aprendido mais sobre si;	Acho que à arte-terapia.
B				
C	- Não sabe dizer de que forma o que aprendeu o auxilia.	Não sei.	- Atribui à AT ter aprendido mais sobre si;	À arte-terapia.
D	- As coisas novas que aprendeu sobre si o auxiliam a se distrair e a planejar o que fará na próxima sessão de AT;	Quando não tenho nada prá fazer em casa, fico escutando música e desenhando, pintando. Gosto de ficar imaginando o que eu vou fazer na arte-terapia, o que vou inventar, que eu não gosto de ficar copiando. Gosto de criar uma coisa minha.	- Atribui ter aprendido mais sobre si às consultas médicas, aos remédios, às conversas durante as consultas clínicas e nas sessões de AT e aos trabalhos realizados em AT;	As consultas com a Dra. Lee, os remédios, as conversas, as pinturas. Eu tô gostando das pinturas, eu nunca tinha feito isso. A arte-terapia está sendo bem legal e bem gostoso. Acho que essas pinturas me ajudam um pouco, as cores, as misturas de cores, com vários brilhos. Me ajuda até na escola, trabalhos que faço lá (na escola) que já fiz aqui (na arte-terapia).
E			- Atribui sua mudança de comportamento a tudo em geral; - De onde/quem partiu a mudança;	A tudo, alimentação, tudo. Eu que mudei, não as pessoas.
F	- As coisas novas que aprendeu sobre si o auxiliam um pouco, talvez a ter mais respeito pelos outros e a lidar melhor com seus problemas;	Um pouquinho, prá mim, por causa desse respeito pelos outros e com os meus problemas.	- Atribui à AT ter aprendido mais sobre si;	À arte-terapia.
H			- Atribui à AT ter aprendido mais sobre si;	Ao tratamento aqui, de arte-terapia.
I			- Atribui à AT ter aprendido mais sobre si;	À arte-terapia.

PAC	Idéia central	8. Hoje em dia, como você se sente? Você está satisfeito consigo mesmo?	Idéia central	9. Acha que ainda precisa mudar?
A	- Atualmente sente-se bem e satisfeito consigo mesmo;	Me sinto bem, satisfeito. Tem gente que fala que tem parte do corpo que não gosta. Eu, não. Gosto do meu corpo todinho.	- Quantificação da mudança positiva de comportamento; - Gostaria de ser mais responsável; - Declarações livres de como é;	De zero a cem, eu dava 80 prá minha melhora. (...) Mas acho que preciso ser mais responsável pelas coisas , que nem tomar remédio, que não gosto muito. Mas umas coisas sou responsável prá caramba. É que eu não gosto muito de tomar remédio. E esqueço, também. Sou um cara esquecido. Os 20% que faltam, acho que é fazer amizade. Não sou aquele cara que já chega e já vai fazendo amizade. Sou calmo, as pessoas tem que me apresentar.
B	- Atualmente sente-se bem e alegre;	Me sinto alegre.	- Acha que ainda precisa mudar, mas não sabe o quê.	Preciso mudar um pouco. Não sei o quê.
C	- Atualmente sente-se bem e satisfeito consigo mesmo;	Me sinto normal, hoje. Sempre fui carinhoso, sempre prestei atenção nas pessoas. Assim sou e continuo assim. Hoje, tudo me sinto bem. Coisas prá me aborrecer, são poucas, mas coisas que me satisfazem, são mais do que antes. Por exemplo, a escola. Antes, eu não gostava da escola, mas agora estou começando a me relacionar com ela melhor que antes. Não sei devido a quê. Tudo. Os medicamentos, a forma como eu me relacionava antes, a arte-terapia, eu me relacionar melhor hoje. Estou satisfeito comigo porque muita coisa que eu não conseguia antes, agora eu tô conseguindo. Gosto de mim assim, do jeito que eu estou.		
D	- Atualmente sente-se bem e satisfeito consigo mesmo;	Tô satisfeita com o jeito que eu tô.	- Acha que ainda precisa mudar, mas apenas fisicamente.	Fisicamente, sim, eu queria mudar, emagrecer um pouquinho, perder um pouco de barriga. Sentimental, acho que tá tudo bem. Minha avó e minha tia estão dando muito apoio para mim e pro meu irmão.
E	- Atualmente sente-se bem e satisfeito consigo mesmo, a ponto de não ter nada que ainda queira mudar consigo próprio;	Estou me sentindo bem. Mais calmo, relaxado. Estou satisfeito e não tem nada que eu ainda queria mudar.		
F	- Atualmente sente-se bem e satisfeito consigo mesmo, a ponto de não ter nada que ainda queira mudar consigo próprio;	Eu tô bem, tô mais feliz. Me sinto um maloqueiro (risos). Tô brincando! Eu como muito, como tudo, e sou magrinho! Comigo, tá bom. Tô satisfeito (comigo mesmo). Não tem nada que tenho que mudar.		

G	- Atualmente sente-se bem e satisfeito consigo mesmo, a ponto de não ter nada que ainda queira mudar consigo próprio;	Sei lá, tá tudo bem. Não tem nada que me deixa insatisfeita comigo. Não acho que preciso mudar nada. Em relação à depressão, vou fazendo o tratamento, tomando remédio. Estou louca para tomar remédio, já até quase parei sozinha. Não sei o quanto depende de mim prá eu melhorar. Acho que é tudo junto, o tratamento, o remédio, minha força de vontade.	- Acha que ainda precisa mudar: gostaria de parar de tomar medicamento para a depressão;	Já troquei de remédio várias vezes e vou mudar agora de novo. Devia ter mudado há três semanas, na verdade, mas com toda essa confusão da reforma, não deu. Espero que o próximo remédio vai dar certo. O que eu preciso mudar é que eu gostaria de parar de tomar remédio, mas não sei se depende de mim ou dos outros.
H	- Atualmente sente-se bem e satisfeito consigo mesmo; - Acha que ainda precisa mudar, mas apenas fisicamente.	Tranquilo. Além de emagrecer, não tem nada que eu tenho que mudar.		
I	- Atualmente sente-se bem e satisfeito consigo mesmo; - Descrição da mudança de comportamento para melhor: agora consegue conversar	Me sinto melhor, porque agora eu tô conseguindo conversar. É, bastante (satisfeito).	- Acha que ainda precisa mudar muito: gostaria de aprender a se comunicar melhor e vencer a timidez.	Acho que preciso ainda aprender a me comunicar , porque sou, assim, como se chama, tímido? Acho que preciso mudar muito . Acho que falta aprender a me comunicar mais, porque sou muito tímido .

PAC.	Idéia central	10. Como acha que conseguiria mudar isso que ainda falta?
A	- Precisa mudar sendo mais responsável;	A ser menos esquecido , talvez ficar lembrando, falando assim "eu tenho que fazer isso". Prá ser mais responsável, pensar "eu tenho que fazer isso", e cumprir, ser mais responsável .
G	- Não sabe como fazer para conseguir mudar o que acha que falta;	Não sei.
H	- A mudança que falta ser atingida depende apenas de si próprio; - Planos para um futuro próximo;	Fazendo regime, comendo menos. Não faço exercícios, mas tento comer menos. Quando eu ganhar bicicleta, vou andar de bicicleta.

PAC.	Idéia central	11. Você recomendaria o tratamento de arte-terapia que você teve para alguém? Por quê?
A	- Baseando-se no atendimento em AT que tem feito, recomendaria o tratamento a outra pessoa; - Não acha que os atendimentos deveriam mudar no procedimento;	Sim, recomendaria, porque distrai, vc aprende a fazer coisas novas, dá prá usar no dia-a-dia, e até ajuda na escola, às vezes. Já comecei a ficar sabendo como misturar as tintas, desenhar coisas mais diferentes. Não tem nada prá mudar nos atendimentos (de arte-terapia).
B	- Baseando-se no atendimento em AT que tem feito, recomendaria o tratamento a outra pessoa; - AT ajudou na comunicação, inclusive na comunicação durante as consultas; - Não acha que os atendimentos deveriam mudar no procedimento;	Pro meu primo. Ele tá precisando também. Ele vive brigando. Acho que ele ia aprender a se sentir mais solto e falar tudo o que ele tem que falar com a doutora. Prá ele não ficar brigando muito com o irmão dele, e ficar batendo na irmã dele, que é pequena. A arte-terapia está bom desse jeito, não tem que mudar nada.
C	- Baseando-se no atendimento em AT que tem feito, recomendaria o tratamento a outra pessoa; - AT facilita o contato com o próprio interior; - Não acha que os atendimentos deveriam mudar no procedimento;	Recomendaria, sim. Assim, quem sabe as pessoas conseguiriam enxergar mais dentro delas e não só o que elas vêem no espelho. Assim, quem sabe encontrando o seu eu, a sua pessoa. Eu encontrei um Aion mais sentimental, menos estressado, menos nervoso, menos angustiado, e etc, né. Eu queria as coisas rápido, não queria esperar. Hoje, consigo esperar. Eu queria que mudasse o horário da arte-terapia porque daí eu não precisava faltar na escola. Ainda bem que é num dia que eu não perco muita matéria.
D	- Baseando-se no atendimento em AT que tem feito, recomendaria o tratamento a outra pessoa; - AT ajudou na comunicação, pois o contato durante as sessões foi sempre próximo e acolhedor;	Recomendaria, é bem legal. As doutoras são bem atenciosas com a gente, perguntam se a gente gostou, ou não gostou. Elas deixam a gente bem à vontade. É bem legal, é bem gostoso, elas são bem simpáticas com a gente, dão atenção, ajudam a gente a criar mais.
E	- Baseando-se no atendimento em AT que tem feito, recomendaria o tratamento a outra pessoa; - AT ajudou na comunicação; - Não acha que os atendimentos deveriam mudar no procedimento;	Recomendaria, porque é bom. Porque você fica em grupo e você pode conversar. É bom, sei lá. Não tem nada prá mudar na arte-terapia. Tá bom do jeito que tá.
F	- Baseando-se no atendimento em AT que tem feito, recomendaria o tratamento a outra pessoa; - O contato durante as sessões foi sempre próximo e acolhedor; - AT ajuda a eliminar manias desagradáveis; - Não acha que os atendimentos deveriam mudar no procedimento;	Eu recomendaria, mas não pros meus amigos, que eles iam dizer que é coisa de bicha. É legal. São todos legais. Elas (Marília e Carmen) ajudam a gente bastante. Elas até dão atestado prá eu faltar na escola. É bom prá ajudar a parar com as manias, assim, de comer casquinha de lápis, que é tão nojento e o meu amigo fica comendo. Dá prá desenhar, pintar de lápis, de canetinha, o que você quiser. Na arte-terapia, eu gostei de tudo. Não tem que fazer margem no papel e eu odeio fazer margem. Não tem nada prá mudar na arte-terapia, tudo é legal.
G	- Na AT tudo é bom, mas não ajudou para eu melhorar da depressão; - recomendaria AT para outros;	Sim, gosto do grupo, das atividades, de pintar. Eu recomendaria, sim; é bem legal. Mas não ajudou para eu melhorar (da depressão).
H	- Recomendaria AT porque gostei e ajudaria outras pessoas também; - não há o que mudar nas sessões de AT;	Sim. Porque eu gostei. Ia ajudar os outros também. Gostei e tava bom assim. Não tem nada prá mudar na arte-terapia.
I	- Recomendaria AT porque gostei e ajudaria outras pessoas também; - não há o que mudar nas sessões de AT;	Sim. Porque eu acho que se fez bem para mim, vai fazer bem para as pessoas também. Gostei bastante, não tem nada que eu não gostei. Achei legal que eu consegui usar a imaginação, pintar. Acho que tá bom do jeito que tá, não tem que mudar (a arte-terapia). Acho que vai ter o ano que vem, e vou continuar. Eu gosto. Gostei muito desse tratamento e espero que se repita com outras pessoas.