

## **ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA IDOSOS DEPRESSIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*Heloísa Gonçalves Ferreira*

*Daniela Maria Xavier de Souza e Lima*

*Régia Zerbinatti*

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil

### RESUMO

Objetiva-se relatar uma experiência de estágio em atendimento psicoterapêutico grupal cognitivo-comportamental para idosos depressivos. Participaram da intervenção três mulheres e um homem, com idade entre 60 e 64 anos. Aplicou-se o Inventário de Depressão de Beck e Inventário de Ansiedade de Beck para avaliar estados de humor dos participantes antes, durante, ao final da intervenção e num período de dois meses de follow-up. O atendimento foi estruturado em 16 sessões, composto por blocos que objetivavam: (1) criar condições para aumento da prática de atividades prazerosas; (2) promoção de repertório social; (3) ensino de técnicas para manejo da ansiedade; (4) ensino de técnicas para manejo do estresse; (5) aplicação e avaliação dos resultados do BDI e BAI. Médias do grupo nas pontuações do BDI nos momentos “antes” ( $M = 20,25$ ;  $DP = 11,38$ ) e “fim” ( $M = 13,75$ ;  $DP = 12,41$ ) da intervenção indicaram ocorrer diminuição dos sintomas de depressão dos participantes ao término do tratamento. Entretanto, dois participantes não atingiram nível de depressão considerado baixo, sendo encaminhados para continuar o tratamento psicoterapêutico em grupo. Conclui-se que o contexto grupal é adequado para tratar depressão em idosos.

Palavras-chave: depressão; idosos; terapia cognitivo-comportamental; grupos.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY GROUP FOR DEPRESSED OLDER PEOPLE: REPORT ON AN EXPERIENCE

### ABSTRACT

This paper aims to describe an experience of a cognitive-behavioral therapy internship program to treat a group of depressed elderly. Participants were 3 women and 1 man, aged 60-64. The Beck Anxiety Inventory and The Beck Depression Inventory were conducted to assess the participants' humour states before, during, and in the end of the intervention during a 2-month follow-up period. The intervention was structured in 16 sessions, with parts that aimed: (1) creating conditions to increase the frequency of

pleasant activities; (2) promotion of social skills; (3) teaching techniques for anxiety management; (4) teaching techniques for stress management; and (5) evaluation of BDI's and BAI's scores. The group's BDI means before ( $M = 20,25$ ;  $SD = 11,38$ ) and after ( $M = 13,75$ ;  $SD = 12,41$ ) the intervention indicate that depression symptoms decreased after the treatment. However, two participants did not reach a low level of depression in the end of the treatment, and were referred to continue in the psychotherapy group intervention. It was concluded that the group context is appropriate to treat depressed elderly.

Key-words: depression; elderly; cognitive-behavioral therapy; groups.

#### TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DE GRUPO PARA ANCIANOS CON DEPRESIÓN: UN RELATO DE EXPERIENCIA

##### RESUMEN

El presente documento informa sobre la residencia en un grupo de servicio de psicoterapia cognitiva-comportamental para los ancianos con depresión. Los participantes fueron 3 mujeres y 1 hombre, con edad media entre 60 y 64 años. Se les administró la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Depresión de Beck (BDI) para evaluar el estado de ánimo de los participantes en cuatro ocasiones: antes, durante, al final y después de un período de dos meses para el final de la intervención. La intervención se estructuró en 16 sesiones, que consisten en grupos que tenían como objetivo: (1) crear condiciones para incrementar la práctica de actividades placenteras; (2) la promoción de habilidades sociales; (3) técnicas de enseñanza para el manejo de la ansiedad; (4) las técnicas de enseñanza para el manejo del estrés; (5) la implementación y la evaluación de los resultados de la BDI y BAI. Las puntuaciones medias del grupo en el BDI a veces "antes" ( $M = 20,25$ ;  $DP = 11,38$ ) y "final" ( $M = 13,75$ ;  $DP = 12,41$ ), indicó que la intervenciones redujeron los síntomas de la depresión de los participantes al final del tratamiento. Sin embargo, al final del grupo dos de los participantes no alcanzaron un nivel considerado bajo de la depresión, y fueron dirigidos a continuar con el tratamiento. Se concluye que el contexto del grupo es adecuado para el tratamiento de la depresión en los ancianos.

Palabras-clave: depresión; tercera edad; la terapia cognitivo-conductual; grupos.

A depressão é um dos problemas psiquiátricos mais comuns entre idosos. Caracteriza-se por um distúrbio de humor que exerce grande impacto funcional em qualquer faixa etária. Trata-se de um distúrbio multifatorial que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Irigaray & Schneider, 2007). Baptista, Moraes, Rodrigues e Costa Silva (2006) afirmam que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais frequente entre indivíduos com idade avançada e, entre os transtornos psiconeurológicos presentes em idosos, é aquele com maiores chances de ser tratável.

De acordo com Snowdon (2002), as desordens mentais comprometem 20% da população idosa, entre as quais se destaca a depressão. Desta forma, estima-se que, no Brasil, aproximadamente dez milhões de idosos sofrem de depressão. Numa revisão de

literatura de pesquisas internacionais (Pinho, Custódio, & Makdisse, 2009), foi constatado que a incidência de depressão em idosos residentes na comunidade era de 13,23%, em média. Já no Brasil, resultados de um estudo de coorte realizado na população urbana da cidade de São Paulo, com 1167 idosos de 65 anos ou mais, indicaram que 21,1% da amostra apresentava sintomas depressivos no ano de 1991. Estes idosos foram reavaliados periodicamente ao longo de um período de seguimento de 15 anos. Os pesquisadores observaram uma tendência crescente na proporção de deprimidos à medida que os idosos se tornavam mais dependentes fisicamente (Lima, Silva, & Ramos, 2009).

Embora a depressão possa surgir entre pessoas de qualquer idade, os fatores mais fortemente associados ao início de um episódio depressivo apresentam algumas variações entre pessoas em diferentes faixas etárias. Estudos mostram que os principais fatores associados a episódios depressivos na velhice são: sexo feminino, idade avançada, condições socioeconômicas desfavoráveis, baixa escolaridade, doenças somáticas, declínio cognitivo, história prévia de depressão, co-morbidades psiquiátricas, distúrbios do sono, institucionalização, diminuição do contato social, insatisfação com o suporte social, morte (do cônjuge, familiares ou amigos) e mudança de papéis (por exemplo, decorrente da aposentadoria ou da necessidade de assumir o papel de cuidador de um familiar) (Djernes, 2006; Pinho, Custódio, & Makdisse, 2009; Thompson et al., 2003).

Há uma ampla literatura que demonstra existir associação significativa entre sintomas depressivos em idosos e baixo envolvimento em atividades que geram prazer (Bouman & Luteijn, 1986; Ferreira & Barham, 2011; Lewinsohn & Libet, 1972; Meeks, Young, & Looney, 2007; Rider, Gallagher-Thompson, & Thompson, 2004). Existe uma teoria comportamental que busca compreender especificamente a relação entre a prática de atividades prazerosas e a depressão (Lewinsohn & Libet, 1972). De acordo com o modelo comportamental, a depressão é causada por uma baixa taxa de respostas capazes de gerar reforçadores positivos, ou seja, indivíduos depressivos não produzem respostas suficientes em seu ambiente para gerar reforços positivos em grau ou frequência adequados para suprir suas necessidades (Meeks, Young, & Looney, 2007). No caso, reforçadores positivos são definidos como eventos positivos experienciados de forma subjetiva, ou seja, eventos que o indivíduo avalia como sendo prazerosos (Meeks, Young, & Looney, 2007).

A depressão também pode ser explicada por meio de um modelo cognitivo descrito por Beck, Rush, Shaw e Emery (1997). De acordo com este modelo, a depressão consiste em três padrões de distorção dos pensamentos que levam o indivíduo a ver a si mesmo, o mundo e o futuro de um modo negativo, na chamada tríade cognitiva da depressão. Essas distorções afetam a visão que a pessoa deprimida apresenta sobre si mesma, sobre suas experiências e relacionamentos e sobre o desenrolar de sua vida. A ativação destes padrões cognitivos negativos resultaria nos sinais e sintomas típicos da depressão. Dessa forma, ao pensar ser incompetente para fazer alguma atividade, por exemplo, a pessoa pode deixar de realizá-la. Quando o indivíduo acredita que suas interações sociais serão desagradáveis ou que ele será rejeitado nos relacionamentos, ele pode passar a evitá-los; essa evitação, por sua vez, pode trazer isolamento e resultar em sentimentos de solidão, que podem ser interpretados pela pessoa como evidência de rejeição por parte das demais pessoas com quem interage.

Lima, Silva e Ramos (2009) afirmam que a presença ou não de depressão deve ser considerada um importante parâmetro de saúde em idosos. Os autores também afirmam que medidas para manter o idoso ativo e inserido na sociedade são de extrema importância para prevenir sintomas de depressão. Alguns estudos (Baptista et al., 2006; Irigaray & Schneider, 2005, 2007) sugerem a importância da prática de atividades sociais como fator de proteção para o desenvolvimento de depressão em idosos. De acordo com Irigaray e Schneider (2005), as atividades grupais com pessoas da mesma geração parecem favorecer a qualidade de vida, pois possibilitam a vivência e a construção de significados comuns, a conquista de novas amizades e a obtenção de suporte social, o que auxilia o idoso em condições normais e sob estresse.

Entre as formas de tratamento das desordens depressivas, estão as psicoterapias comportamentais e as cognitivas (Gallagher & Thompson, 1982; Thompson et al., 2003). Rider, Gallagher-Thompson e Thompson (2004) afirmam que as psicoterapias comportamentais para depressão costumam ter como objetivo encorajar os pacientes a engajar-se com maior frequência em atividades prazerosas, enquanto as psicoterapias cognitivas procuram ajudar o indivíduo a identificar pensamentos distorcidos que podem contribuir para a ausência de prazer e conseqüente humor deprimido.

Esses modelos são baseados nos princípios da “psicoterapia breve” por serem intervenções psicoterapêuticas estruturadas em um número pré-definido de sessões. Os terapeutas utilizam técnicas tais como: definição de objetivos, monitoramento do humor, reorganização do ambiente (visando um aumento do envolvimento em atividades prazerosas), reestruturação cognitiva, modelação, modelagem, reforço positivo, registro de pensamentos automáticos e tarefas de casa (Satre, Knight, & David, 2006).

O tratamento para a depressão no modelo cognitivo-comportamental em grupo é especialmente adequado para pessoas na terceira idade, uma vez que idosos com frequência passam por uma diminuição do contato social (Thompson et al., 2003). Além disso, os idosos podem se sentir menos estigmatizados por terem seus problemas abordados no contexto de grupo e com ênfase em formas de enfrentamento mais positivas. Quando o local da intervenção não representa uma barreira para acessar serviços, intervenções grupais oferecem diversas vantagens importantes em comparação a atendimentos individuais. Além da oportunidade para obter informações novas, grupos permitem que o participante (a) compare sua situação com a de outras pessoas para melhor avaliar a gravidade dos seus problemas; (b) receba apoio emocional de pessoas lidando com dificuldades similares; (c) receba apoio prático destas pessoas; e (d) saia da rotina doméstica por um tempo, podendo se distrair um pouco na interação com outras pessoas (Rodrigues, Jablonski, & Assamar, 1999). Intervenções com grupos também permitem que os serviços de apoio alcancem um número muito maior de pessoas do que é possível por meio de atendimentos individuais. Enfim, o atendimento de idosos em grupos pode ampliar alguns dos benefícios psicossociais inerentes ao processo psicoterapêutico.

Snowdon (2002) afirma que o desenvolvimento e a avaliação de intervenções clínicas para idosos depressivos seriam ações de extrema importância no contexto brasileiro. Igualmente necessária seria a alocação de recursos adequados para treinar profissionais na avaliação e no manejo desses pacientes, bem como para desenvolver estratégias de intervenção dirigidas aos sentimentos de desalento e baixa autoestima desta população.

Logo, o presente trabalho tem por objetivo trazer um relato de experiência de um estágio em atendimento psicoterapêutico grupal cognitivo-comportamental para idosos depressivos. Os objetivos da intervenção foram: (1) oferecer atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas depressivos; (2) amenizar ou até mesmo eliminar tais sintomas; (3) melhorar o estado de humor dos idosos; (4) oferecer apoio e acolhimento por meio da escuta e conversa terapêutica.

## **PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO**

### **EQUIPE**

Realizaram o estágio uma aluna do quarto e outra aluna do quinto ano do curso de Psicologia, sob supervisão de uma psicóloga com experiência em atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental para idosos.

### **PARTICIPANTES**

Idosos com suspeita de depressão eram encaminhados ao Programa do Idoso da Unidade Saúde Escola (USE) de uma universidade pública localizada no interior do Estado de São Paulo. Esses idosos eram avaliados por meio de entrevistas individuais realizadas pelas estagiárias. O objetivo principal dessas entrevistas era verificar se o idoso apresentava o perfil necessário para participar de uma intervenção psicoterapêutica em grupo para idosos com depressão. Os pré-requisitos para participar do atendimento psicoterapêutico eram os seguintes: (1) preencher pontuação mínima em instrumento psicodiagnóstico que indicasse a presença de sintomas depressivos (avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck – BDI); (2) ausência de comprometimento cognitivo (avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental – MEEM); (3) ter interesse em participar de um atendimento psicoterapêutico grupal. Caso o avaliado não preenchesse os critérios para participar do grupo, ele era encaminhado para outros serviços disponíveis na USE que fossem adequados ao seu perfil.

Na entrevista inicial para triagem, os usuários da USE assinavam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando que os dados referentes aos tratamentos desenvolvidos na USE poderiam, eventualmente, ser utilizados em publicações ou eventos científicos, desde que resguardado o anonimato.

### **INSTRUMENTOS**

*Inventário de Depressão de Beck (BDI)* – Desenvolvida por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) e validada para o Brasil por Gorestein e Andrade (1998). Escala para detectar sintomas depressivos e aferir nível de depressão. É composta por 21 grupos de afirmações em que o respondente tem que assinalar a afirmação que julgue melhor descrever a maneira como tem se sentido durante a última semana. Os escores presentes no manual da versão em português do BDI (Cunha, 2001) para pacientes psiquiátricos é de zero a 11 pontos para nível mínimo de depressão, de 12 a 19 pontos para nível leve

de depressão, 20 a 35, nível de depressão moderado, e 36 a 63, nível grave de depressão.

*Inventário de Ansiedade de Beck* (BAI) – Desenvolvido por Beck, Brown, Epstein e Steer (1988) e validado para o Brasil por Cunha (2001). Escala de autoaplicação, utilizada para detectar sintomas e aferir nível de ansiedade. É composta por 21 sintomas de ansiedade (fisiológicos e psicológicos), que são avaliados por sua presença e intensidade de efeitos na vida da pessoa na última semana. Os níveis dos escores do BAI da versão em português, para pacientes psiquiátricos: escores de zero a dez sugerem nível mínimo de ansiedade, de 11 a 19, nível leve, de 20 a 30, nível moderado e de 31 a 63, nível grave de ansiedade (aplicação semanal). Os autores sugerem que os pontos de corte devem ser considerados conforme a amostra e os objetivos de uso.

#### LOCAL

O atendimento psicológico foi realizado em sala própria para atendimento em grupo, com materiais disponíveis para aplicações de sessões de relaxamento (colchonetes, rádio, CD's), cadeiras suficientes ao número de pessoas e local privativo onde o sigilo pudesse ser garantido.

#### PROCEDIMENTO

Houve 13 encontros de preparação com as estagiárias e a supervisora, envolvendo leituras e discussões para a elaboração do planejamento prévio das sessões e dos materiais. As principais bibliografias utilizadas nesta etapa podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1.

#### *Bibliografia de apoio para planejamento da intervenção*

---

Bibliografia de apoio
Feldman, C., & Miranda, M. L. (2002). <i>Construindo a relação de ajuda</i> . Belo Horizonte: Crescer.
Lima, C. V. O., & Derdyck, P.R. (2001). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão. In B. Rangé (Org.), <i>Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria</i> (pp. 491-498). Porto Alegre: Artmed.
Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (1999). Influência social. In <i>Psicologia Social</i> (pp. 179-198). Petrópolis, RJ: Vozes.
Thompson, L. W., Powers D. V., Coon, D. W., Takagi, K., McKibbin C., & Gallagher-Thompson, D. (2003). Terceira Idade. In J. R. White, & A. S. Freeman, <i>Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos</i> (pp. 31-69). São Paulo: Roca
White J. R. (2003). Introdução. In J. R. White, & A. S. Freeman, <i>Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos</i> (pp. 3-29). São Paulo: Roca.
White J. R. (2003). Depressão. In J. R. White, & A. S. Freeman, <i>Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos</i> (pp. 31-69). São Paulo: Roca.

---

O atendimento em grupo foi estruturado em 16 sessões, sendo dez sessões com duração de uma hora e meia e seis sessões com duração de duas horas. Para cada sessão, ocorria supervisão anterior com duração média de uma hora.

Durante as sessões de supervisão, eram definidas as alterações nas técnicas cognitivo-comportamentais a serem empregadas na sessão seguinte previamente planejada, a depender das demandas apresentadas pelos clientes ao longo da intervenção. O planejamento prévio das sessões encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2.

*Planejamento prévio das sessões psicoterapêuticas do grupo*

Sessão	Objetivos principais	Técnicas cognitivo-comportamentais
1	1. Apresentação dos participantes ao grupo 2. Explicação das regras e das condições do atendimento psicoterapêutico em grupo 3. Levantamento das queixas que trouxeram ao grupo	1. Contrato terapêutico 2. Explicação racional da Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão 3. Entrevista com o participante, utilizando perguntas abertas ou fechadas, levantando as razões para a participação no grupo, seus principais problemas e suas condições atuais de vida (físico e social) 4. Tarefa de casa: estabelecimento de objetivos a serem alcançados com o tratamento
2 – 9	1. Levantamento de dados para a análise funcional dos problemas 2. Início de intervenções referentes às dificuldades relacionadas à depressão 3. Implementar técnicas de intervenção compatíveis com os problemas e prioridades levantados com os clientes	1. Entrevista com os participantes, utilizando perguntas abertas ou fechadas, levantando as razões de seus principais problemas e suas condições atuais de vida (físico e social) 2. Reflexões sobre os problemas endereçados. Fortalecer as decisões na direção de desconstruir crenças irracionais, ampliar reforçadores positivos e melhorar a qualidade de vida
10 – 11	1. Aplicação de instrumentos de avaliação 2. Avaliar resultados da 1ª e 2ª aplicação do BAI e BDI	1. Reaplicação do BAI e BDI 2. Discussão dos resultados
12 – 15	1. Implementar técnicas de intervenção compatíveis com os problemas e prioridades levantados com os clientes	1. Reflexões sobre os problemas endereçados. Fortalecer as decisões na direção de desconstruir crenças irracionais, ampliar reforçadores positivos e melhorar a qualidade de vida
16	1. Aplicação de instrumentos de avaliação 2. Avaliação da intervenção em grupo 3. Encerramento da intervenção	1. Reaplicação do BAI e BDI. 2. Avaliação dos resultados das três aplicações do BAI e BDI 3. Discussões sobre as impressões dos participantes com relação à sua participação e evolução no grupo psicoterapêutico

Na 10ª sessão e na 16ª sessão foram reaplicados o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), com o objetivo de obter medidas comparativas ao longo do tratamento. Na 16ª sessão foi realizada uma discussão com os participantes para que eles pudessem relatar sua percepção sobre a evolução ao longo do tratamento, bem como sua opinião sobre a intervenção e sua participação no grupo. Após dois meses do término da intervenção em grupo, foram

realizadas sessões individuais com cada participante com os objetivos de: (1) reaplicar o BAI e o BDI para obter uma medida de follow-up; (2) verificar necessidade e interesse em continuar o acompanhamento psicológico (em grupo ou individual).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram participantes do atendimento psicoterapêutico grupal três mulheres e um homem. Na triagem, os participantes atingiram pontuação igual ou superior a dez pontos no BDI, indicando a presença de sintomas depressivos. A média de idade dos participantes foi de 62 anos ( $DP = 3,01$ ), com as idades variando entre 60 e 64 anos. Os participantes não apresentavam comprometimento cognitivo, bem como eram independentes para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária. A identificação dos participantes do grupo, juntamente com algumas informações sócio-demográficas, encontra-se na Tabela 3. Os nomes apresentados neste trabalho foram alterados visando à preservação da identidade dos envolvidos.

Tabela 3.

*Identificação dos participantes da intervenção*

Participante	Idade	Estado Civil	Profissão
Marta	60	Divorciada	Aposentada
João	64	Casado	Aposentado
Mara	64	Viúva	Aposentada
Vânia	60	Casada	Trabalhadora informal

As pontuações obtidas por cada participante nas aplicações do BDI, bem como as médias dessas pontuações podem ser visualizados na Tabela 4.

Tabela 4.

*Pontuações de cada participante, médias e desvios padrões dos escores no BDI*

Participantes	Antes intervenção	Durante intervenção	Fim intervenção	Follow-up
Marta	11	18	0	14
João	10	10	7	Não coletada
Mara	28	34	27	25
Vânia	32	16	21	28
<i>M</i>	20,2	19,5	13,7	22,3
<i>DP</i>	11,38	10,28	12,41	7,37

Nota-se que o nível de depressão de três participantes (Marta, João e Vânia) foi diminuído comparando-se os momentos “antes” e “fim” da intervenção. No caso de Mara, o nível de depressão se manteve o mesmo nesses dois momentos.

Ao observarmos a média das pontuações nos momentos “antes” e “fim” da intervenção, observa-se que a média do BDI antes da intervenção ( $M = 20,25$ ;  $DP = 11,38$ ) caracterizava “depressão moderada”, ao passo que a média da pontuação no BDI obtida ao final da intervenção ( $M = 13,75$ ;  $DP = 12,41$ ) caracterizava “depressão leve”. Esse resultado indica, de forma geral, que houve diminuição dos sintomas depressivos no grupo após o encerramento da intervenção. Ao término da intervenção todos os participantes diminuíram ou mantiveram o mesmo nível de depressão.

Observando-se as medidas de follow-up, constata-se que Mara e Vânia se mantiveram com o mesmo nível de depressão dois meses após o término do grupo. Tanto Mara quanto Vânia preencheram pontuação que indicava “depressão moderada” ao fim da intervenção e também no follow-up. No caso de Marta, ao analisarmos a medida de follow-up, observa-se que houve um aumento da pontuação no BDI indicando uma mudança no nível de depressão (ausência de depressão para depressão leve). Não foi possível coletar a medida de follow-up de João, uma vez que o participante foi contatado para a sessão individual no follow-up, mas não pode comparecer. Por fim, nota-se que os maiores escores na pontuação do BDI nos quatro momentos de medida foram atingidos ora por Mara, ora por Vânia.

Na Tabela 5 podem ser visualizadas as pontuações obtidas por cada participante nas aplicações do BAI, bem como as médias dessas pontuações.

Tabela 5.

*Pontuações de cada participante, médias e desvios padrões dos escores no BAI*

Participantes	Antes intervenção	Durante intervenção	Fim intervenção	Follow-up
Marta	1	16	2	6
João	4	1	4	Não coletada
Mara	16	26	14	22
Vânia	24	4	9	29
<i>M</i>	11,25	11,75	7,25	19
<i>DP</i>	10,68	11,5	5,37	11,78

Constata-se que João e Marta mantiveram-se com o mesmo nível de ansiedade (“ansiedade mínima”) antes e no fim da intervenção. Mara apresentou pontuação no BAI que indicava “ansiedade leve” também nos momentos “antes” e “fim” da intervenção. Vânia obteve uma diminuição do grau de ansiedade comparando-se os momentos “antes” e “fim” da intervenção, passando de uma pontuação que indicava “ansiedade moderada” para uma pontuação que indicava “ansiedade mínima”. As médias do grupo indicam que houve, de forma geral, diminuição dos sintomas de ansiedade ao final da intervenção, uma vez que a média de pontuação antes da intervenção ( $M = 11,25$ ;  $DP = 10,68$ ) caracterizava “ansiedade leve”, ao passo que a média do grupo ao fim da intervenção ( $M = 7,25$ ;  $DP = 5,37$ ) caracterizava “ansiedade mínima”.

Observando-se as medidas de follow-up, nota-se que apenas Marta manteve o nível de ansiedade (“ansiedade mínima”) observado ao final da intervenção. Mara passou de “ansiedade leve” para “ansiedade moderada”, e Vânia passou de “ansiedade

mínima” para “ansiedade moderada”. Observa-se que Marta e João pontuaram os menores escores no BAI nas quatro medidas, ao passo que Vânia e Mara pontuaram escores maiores.

As principais queixas trazidas por cada participante, bem como as principais dificuldades e crenças irracionais observadas ao longo da intervenção, estão resumidas na Tabela 6.

Tabela 6.

*Principais queixas, crenças irracionais e dificuldades dos participantes do grupo*

Cliente	Queixas principais	Exemplos de crenças irracionais	Principais dificuldades observadas
Marta	Falta de ânimo para realizar atividades Conflito interpessoal com o ex-marido	“Se eu sair de casa sozinha com o carro, algo de ruim pode acontecer”. “Tenho que resolver sempre os problemas das outras pessoas”.	Déficit de repertório social: padrão inassertivo predominante
João	Conflitos com o sogro e cunhados	“Se me reúno com minha família numa lanchonete, ninguém irá conversar comigo”. “Meu sogro e meus cunhados são autoritários e estúpidos e, por isso, não devo conversar com eles”.	Déficit de repertório social: padrão agressivo/inassertivo
Mara	Perda do cônjuge Conflitos interpessoais com a filha	“Não posso praticar atividades que gosto, tais como tocar sanfona, pois incomodo minha filha.” “Não conseguirei superar a morte do meu marido”.	Lidar com perdas relacionadas à morte do cônjuge Déficit de repertório social: padrão inassertivo predominante
Vânia	Problemas financeiros Conflitos interpessoais com a sogra, marido, cunhados e filhos	“Preciso comprar presentes para as pessoas para que elas gostem de mim” “Eu não sei nada e não entendo nada, pois não tive oportunidade de estudar quando era jovem”.	Dificuldades para tomada de decisão Falas excessivas e descontextualizadas no grupo Comprar excessivo Déficit de repertório social: padrão agressivo predominante

Observa-se que todos os participantes apresentavam déficit no repertório social, com padrões de comportamento inassertivo e/ou agressivo. Nota-se também que todos os participantes apresentavam queixas ou dificuldades nos relacionamentos interpessoais com familiares. Constata-se também a presença de alguns dos padrões de distorção de pensamentos definidos por Beck et al. (1997) em seu modelo cognitivo de depressão. Por exemplo, Vânia apresentava um padrão de pensamento que avaliava a si mesma de maneira negativa, quando julgava não ser capaz de entender coisa alguma por não ter cursado ensino formal quando era jovem. Esse mesmo padrão de pensamento também foi identificado em Mara, que acreditava não ser capaz de superar a morte do marido. Já Marta apresentava crenças irracionais direcionadas ao futuro, temendo que algo ruim pudesse acontecer caso ela se engajasse em alguma atividade (por exemplo,

dirigir um carro). No caso de João, podemos notar que um dos padrões de pensamento apresentado pelo cliente consistia em avaliar seus familiares de maneira negativa, o que poderia contribuir para um provável isolamento social, uma vez que a avaliação negativa sobre outras pessoas pode levar o indivíduo a evitar interações sociais.

As principais técnicas cognitivo-comportamentais definidas em supervisão, de acordo com as demandas apresentadas pelos clientes ao longo da intervenção, estão resumidas na Tabela 7. Note que não foram incluídas informações sobre a 1ª e a 16ª sessões, pois estas seguiram o planejamento inicial descrito na Tabela 2.

Tabela 7.

*Principais objetivos e técnicas cognitivo-comportamentais adaptadas às necessidades de cada sessão*

Sessão	Objetivos principais	Principais técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas
2 – 5	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fazer levantamento de atividades prazerosas</li><li>2. Planejar condições para que os clientes aumentem a frequência de prática de atividades prazerosas em seu ambiente natural</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tarefa de casa: preencher quadro com atividades que gosta e não faz; atividades que gosta e faz; atividades que não gosta e não faz; atividades que não gosta e faz</li><li>2. Tarefa de casa: praticar três atividades que gosta, mas não faz, e classificar o prazer experimentado de zero a dez</li><li>3. Tarefa de casa: monitoramento do humor ao longo dos dias da semana</li></ol>
6 – 9	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Promover repertório adequado para lidar com conflitos interpessoais</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicação e exemplos de reação passiva/agressiva/assertiva</li><li>2. Ensaio Comportamental</li><li>3. Feedback</li><li>4. Discussão do conceito de Empatia</li><li>5. Tarefa de casa: auto-observação do comportamento no ambiente natural em situações de crítica e conflitos interpessoais</li><li>6. Tarefa de casa: Leitura de texto sobre o tema Empatia e Habilidades Sociais</li></ol>
10-11	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Aplicação de instrumentos de avaliação</li><li>2. Avaliar resultados da 1ª e 2ª aplicação do BAI e BDI</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reaplicação do BAI e BDI</li><li>2. Treino de discriminação dos sintomas de ansiedade e depressão</li></ol>
12 – 13	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fornecer informações teóricas sobre os transtornos de ansiedade</li><li>2. Ensino de técnicas para manejo de ansiedade</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicação do conceito de Ansiedade</li><li>2. Aplicação do Relaxamento Progressivo de Jacobson (Vera &amp; Vila, 1996)</li><li>3. Treino de respiração para manejo de ansiedade</li><li>3. Tarefas de casa: praticar em casa o relaxamento progressivo de Jacobson, leitura do roteiro A.C.A.L.M.E.S.E (Rangé, 1995).</li></ol>
14 – 15	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fornecer informações teóricas sobre o Estresse</li><li>2. Ensino de técnicas para manejo do estresse</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Psicoeducação do Estresse</li><li>2. Tomada de decisões</li><li>3. Tarefa de casa: leitura de roteiro com dicas sobre estratégias de manejo do estresse</li></ol>

Observa-se que a intervenção foi composta, basicamente, por cinco blocos: (1) sessões destinadas a criar condições para o aumento da prática de atividades prazerosas; (2) sessões destinadas à promoção de repertório social; (3) sessões destinadas ao ensino de técnicas para manejo da ansiedade; (4) sessões destinadas ao ensino de técnicas para

manejo do estresse; e (5) sessões destinadas à aplicação e avaliação dos resultados de instrumentos psicodiagnósticos (BDI e BAI). O bloco que contou com um maior número de sessões foi o bloco 1 (quatro sessões destinadas a criar condições para o aumento da prática de atividades prazerosas) e bloco 2 (quatro sessões destinadas à promoção de repertório social). Esses dois blocos totalizam a metade das sessões da intervenção (oito sessões).

Nota-se na Tabela 5 que as queixas relacionadas a conflitos interpessoais familiares e déficit de repertório social foram comuns a todos os clientes. Desta forma, observou-se uma demanda grande para o emprego de técnicas psicoterapêuticas com o objetivo de promover repertório social, o que explicaria um maior número de sessões destinadas a este objetivo. Existe um estudo brasileiro (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette, & Del Prette, 2006) que demonstra existir relação entre depressão e repertório de habilidades sociais deficitário em idosos. Logo, torna-se relevante atentar para esta relação quando se planeja uma intervenção para tratar idosos depressivos.

Uma possível justificativa para um maior número de sessões no bloco que tinha por objetivo identificar e aumentar o envolvimento dos participantes em atividades prazerosas, seria o fato de que a depressão é associada a uma baixa frequência em atividades prazerosas (Bouman & Luteijn, 1986; Lewinsohn & Libet, 1972; Meeks, Young, & Looney, 2007; Rider, Gallagher-Thompson, & Thompson, 2004). Logo, seria esperado que um tempo maior da intervenção fosse destinado a criar condições para que a frequência de prática de atividades prazerosas pelos participantes aumentasse.

Com relação às opiniões dos participantes sobre sua evolução no grupo, é importante ressaltar que todos relataram observar algum tipo de melhora ao término da intervenção. De forma geral, por meio dos relatos e dos comportamentos emitidos pelos participantes ao longo da intervenção, observou-se que estes foram capazes de: (1) apresentar melhora no repertório para resolução de conflitos interpessoais; (2) modificar crenças irracionais; (3) aumentar frequência de prática de atividades prazerosas; (4) discriminar sintomas de ansiedade e depressão; e (5) fortalecer sentimentos e comportamentos de autoestima e autoconfiança.

Adicionalmente, os participantes relataram sentirem-se satisfeitos com a experiência de fazer parte do grupo psicoterapêutico. De fato, foi observado o estabelecimento de uma aliança terapêutica satisfatória, bem como grande coesão e empatia entre os membros do grupo. Essas variáveis tornam-se relevantes para discutir os resultados de melhora observados. Indivíduos depressivos normalmente estão em privação de contato com reforçadores e, ao terem oportunidade de fazer parte de um grupo psicoterapêutico, passam também a ter oportunidades de entrar em contato com estímulos reforçadores aos quais estavam em privação (atenção, contato social, suporte social, etc.). Logo, o contexto grupal pode ser visto como um ambiente provedor de estímulos reforçadores naturais para os membros do grupo, o que pode contribuir para o tratamento da depressão.

O contexto grupal também se mostrou eficiente para a desconstrução de algumas crenças irracionais apresentadas pelos participantes, uma vez que o grupo psicoterapêutico cria condições de o indivíduo expor suas crenças e gerar reflexões sobre as mesmas, a partir dos feedbacks emitidos pelo terapeuta e pelos próprios membros do grupo. Desta forma, as situações produzidas no ambiente grupal auxiliam na aquisição de repertório e modificação de crenças irracionais que, por sua vez, podem ser generalizadas para o ambiente natural do participante.

Nas sessões individuais realizadas após dois meses da intervenção, foram estabelecidos os encaminhamentos para cada participante. Esses encaminhamentos foram realizados tendo por base os resultados observados nas pontuações do BDI e BAI, as observações clínicas realizadas pelas terapeutas e os relatos de cada participante sobre interesse em continuar ou não em atendimento grupal. Foi estabelecido que Vânia e Mara continuariam a fazer parte do atendimento psicoterapêutico grupal, uma vez que essas duas participantes obtiveram aumento no nível de ansiedade nas medidas de follow-up e permaneciam ainda com um nível de depressão moderado após o encerramento da intervenção e no follow-up, o que indicava necessidade de dar continuidade ao tratamento. No caso de João e Marta, as pontuações do BAI colhidas em diferentes momentos indicavam níveis baixos de ansiedade, e observou-se que ambos os participantes também atingiram níveis mais baixos de depressão após a intervenção e também na medida de follow-up. Logo, Marta e João foram encaminhados para participar de um grupo da Terceira Idade de caráter informativo, porém sem função psicoterapêutica.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que após o término da intervenção foram observadas diminuições no nível de depressão em três participantes (Marta, João e Vânia), o que indica que a intervenção pode ter contribuído para a remissão dos sintomas depressivos nesses indivíduos. Entretanto, duas participantes (Mara e Vânia) não atingiram um nível de depressão considerado baixo após o encerramento do grupo, sendo necessário realizar encaminhamento para que essas participantes pudessem dar continuidade ao atendimento psicoterapêutico grupal.

Levanta-se a hipótese de que um atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental estruturado num número maior de sessões pode ser útil para observarmos diminuição dos sintomas depressivos que indicassem níveis mais baixos de depressão em todos os participantes, bem como manutenção desta diminuição no follow-up. Seria importante, em investigações futuras, estruturar um atendimento num número maior de sessões (superior a 16 sessões) e avaliar novamente o impacto do tratamento por meio das pontuações obtidas no BDI.

É importante ressaltar que este estudo conta com algumas limitações. O objetivo principal deste estudo foi fazer um relato de experiência de um atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental para idosos depressivos. Portanto, não se tratou de um estudo cujo objetivo fosse avaliar a eficácia de uma intervenção grupal psicoterapêutica cognitivo-comportamental no tratamento de depressão em idosos, uma vez que o presente estudo não contou com um delineamento próprio para este tipo de inferência. Logo, é possível apenas descrever as técnicas e procedimentos utilizados e os resultados obtidos após a intervenção, sendo possível somente inferir que esses resultados foram efeitos desta intervenção. Para obter dados sobre o efeito de intervenções grupais psicoterapêuticas cognitivo-comportamentais em idosos depressivos, seria importante realizar investigações futuras com delineamento experimental com grupo controle.

Neste estudo também não foram realizadas medições de construtos que seriam pertinentes para avaliar de forma mais acurada a evolução dos participantes ao longo da

intervenção, como, por exemplo, avaliação do repertório de habilidades sociais, frequência de prática em atividades prazerosas e nível de estresse dos participantes. Seria importante que em estudos futuros fossem também aplicados outros instrumentos de psicodiagnóstico para aferir esses construtos e investigar as relações existentes entre esses construtos e depressão em idosos.

Por fim, constatou-se que os objetivos da intervenção foram atingidos, uma vez que foram observadas melhoras nos sintomas depressivos dos participantes ao final da intervenção. Entretanto, são necessários estudos futuros com maior rigor experimental; para avaliar o impacto de intervenções cognitivo-comportamentais grupais em idosos depressivos.

## REFERÊNCIAS

- Baptista, M. N., Morais, P. R., Rodrigues, T., & Costa Silva, J. A. (2006). Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 77-85.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression: A treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T.; Brown, G.; Epstein, N., & Steer, R.A. (1988) An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bouman, T. K., & Luteijn, F. (1986). Relations between the pleasant events schedule, depression and other aspects of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 373-377.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (2006). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-387.
- Ferreira, H. G., & Barham, E. J. (2011). O envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão de literatura sobre instrumentos de aferição. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14, 579-590.
- Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1982). Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19(4), 482-490.
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 245-250.
- Irigaray, T. Q., & Schneider, R. H. (2005). Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosos participantes de uma universidade da terceira idade. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 517-525.

- Irigaray, T. Q., & Schneider, R. H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria*, 29(1), 19-27.
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, 79(3), 291-295.
- Lima, M. T. R., Silva, R. S., & Ramos, L. R. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7.
- Meeks, S., Young, C. M., & Looney, S. W. (2007). Activity participation and affect among nursing home residents: Support for a behavioral model of depression. *Aging & Mental Health*, 11(6), 751-760.
- Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 123-140.
- Rangé, B. (Org.) (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas, SP: Psy.
- Rider, K., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2004). *California Older Person's Pleasant Events Schedule: Manual*. Recuperado em 21 ago. 2008 de <<http://www.stanford.edu/group/oafc/Ken/Manual2.pdf>>.
- Satre, D., Knight, B. G., & David, S. (2006). Cognitive behavioral interventions with older adults: integrating clinical and gerontological research. *Professional Psychology: research and practice*, 37(5), 489-498.
- Snowdon, J. (2002). How high is the prevalence of depression in old age? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 42-47.
- Vera, M. N., & Vila, J. (1996). Técnicas de relaxamento. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp.147-165). São Paulo: Editora Santos.

### **Sobre as autoras**

**Heloísa Gonçalves Ferreira** é psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Especialista em Psicoterapia Comportamental.

**Daniela Maria Xavier de Souza e Lima** é psicóloga na Unidade Saúde-Escola da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

**Régia Zerbinatti** é psicóloga pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

E-mail para correspondência com as autoras: [helogf@gmail.com](mailto:helogf@gmail.com)

*Recebido: 10/05/2012*  
*1ª revisão: 02/07/2012*  
*Aceite final: 15/08/2012*