



**UNIVERSIDADE DE SINOP
CURSO DE PSICOLOGIA**

BEATRIZ DE SOUZA PASSOS

**BENEFÍCIO DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE UM GRUPO DE
DEPRESSÃO**

**Sinop/MT
2020**

BEATRIZ DE SOUZA PASSOS

**BENEFÍCIO DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE UM GRUPO DE
DEPRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Psicologia, do Centro Universitário Unifasipe como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Carla Florido Bertocco

**Sinop/MT
2020**

BEATRIZ DE SOUZA PASSOS

**BENEFÍCIO DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE UM GRUPO DE
DEPRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Psicologia, do Centro Universitário Unifasipe como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em ___/___/_____.

Esp. Carla Florido Bertocco
Professora Orientadora
Departamento de Psicologia –FASIPE

Esp. Franciele Longhi
Professor (a) avaliador (a)
Departamento de Psicologia –FASIPE

Esp. Cleoni Carmen Regauer
Professor (a) avaliador (a)
Departamento de Psicologia –FASIPE

Esp. Ana Paula César
Coordenadora do Curso de Psicologia
FASIPE - Faculdade de Sinop

DEDICATÓRIA

A minha mãe, sem ela nada seria possível;
A mim mesma por superar minhas limitações na
jornada da graduação.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a Deus, por ser infinitamente bom para mim, guiar meus passos, e estar comigo em todos os momentos e ser a minha fortaleza na dificuldade.

Aos meus pais, por me ajudarem.

A meus amigos, que torceram por mim e me ajudaram, todos foram fundamentais e deram todo o suporte que eu precisava nos meus desafios, fizeram tudo se tornar mais fácil.

A minha professora e orientadora, por ser inspiração, sugerir meu tema, acreditando em mim e ser paciente comigo nos momentos difíceis;

Aos demais professores que fizeram parte disso, também são muito significativos.

RESUMO

A atuação do psicólogo tem se expandido para diversas áreas, atendendo diferentes demandas, inclusive no Sistema Único de Saúde (SUS), o que faz pensar na possibilidade da inserção desses profissionais na Unidade Básica de Saúde (UBS). Cada vez mais ocorre um aumento no número dos transtornos mentais comuns, como a depressão e a ansiedade. Uma parcela de indivíduos acometidos por esses anseios passam pela atenção primária, porta de entrada do SUS, permanecendo, por um longo período, nas listas de espera para atendimento. Para fomentar essa prática, este trabalho buscou descrever as contribuições da terapia cognitivo-comportamental no formato de grupo, no tratamento de pacientes com transtorno depressivo. Para isso, como apresentado no presente estudo de caso, acompanhou-se no período de três meses, em 10 sessões na UBS do Jardim Jacarandás, na cidade de Sinop-MT, um grupo de três participantes do sexo feminino, com a faixa etária de 31 a 54 anos. As sessões foram classificadas em estágio inicial, que consistiu em ensinar as pacientes sobre esses transtornos depressivos e ansiosos e o funcionamento da terapia. Estágio intermediário, em que aplicaram o que aprenderam sobre o modelo cognitivo-comportamental, distorções cognitivas e mudança de hábitos. Por fim, o estágio final, tendo como resultado o feedback positivo das pacientes. A diminuição dos sintomas depressivos foi acompanhada pelo escore do inventário de depressão do livro "A mente vencendo o humor", de Dennis Greenberger e Christine A. Padesky. Além de serem observadas mudanças significativamente positivas nos hábitos e no humor depressivo, este trabalho demonstra a importância do profissional psicólogo no local e a eficiência da psicoterapia de grupo em UBSs.

Palavras-chave: Depressão. SUS. Grupos. Terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Lately, the psychologists' performance has been expanded to several areas, meeting different demands, including the Brazilian Unified Health System (SUS), which brings up the possibility of including these professionals in the Basic Health Unit (UBS). It also has been occurred an increasingly rise in numbers of common mental disorders, such as depression and anxiety, and a portion of individuals affected by these disorders are received in the so called Primary Care, also known as SUS gateway, which defines the Basic Health Units (UBS), one of the first places a person can go in order to receive a treatment. But, these patients' names remain in a wait list for a long time. Aiming at to foster this practice, this paperwork seeks to describe the contributions of cognitive-behavioral therapy in a group format within the treatment of patients with depressive disorder. Unto that, as presented in this case study, for three months it was observed ten sessions of a group composed by three female participants aged 31 to 54 years at Jardim Jacarandás UBS, in Sinop city, Mato Grosso State. The sessions were classified in : initial stage, intermediate stage and final stage. In the first one the patients were taught about these depressive and anxious disorders and how does the therapy works. In the intermediate stage they applied what they had learned about cognitive model, cognitive distortions and changing habits. Lastly, the final stage, which had as result a positive feedback from the patients. The depressive symptoms decrease was accompanied by the depression inventory score from the book "The mind overcoming humor", by Dennis Greenberger and Christine A. Padesky. In conclusion, besides the highly positive changes observed in habits and depressive humor, this research also evidence the importance of having a professional psychologist in those spaces, as also the efficiency of group therapy at the UBSs.

Keywords: Depression. SUS. Grups. Cognitive-behavioral therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Problematização	8
1.2 Justificativa	8
1.3 Objetivos	9
1.3.1 Objetivo geral	9
1.3.2 Objetivos específicos	9
2. REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Depressão	10
2.2 Políticas públicas e o Sistema Único de Saúde – SUS	12
2.2.1 A Unidade Básica de Saúde – UBS	14
2.2.2 O Psicólogo na saúde pública e UBS	15
2.3 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	16
2.3.1 Trabalho da TCC com pacientes depressivos	19
2.4 Grupos terapêuticos	22
2.4.1 Trabalho da TCCG com pacientes depressivos	24
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
3.1 Tipo de pesquisa	28
3.2 População amostra	29
3.3 Coleta de dados	29
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	32
4.1. Caracterização das amostras estudadas	32
4.2 Resultados e discussões	34
4.2.1 Evolução e Resultado das Amostras	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	49

1 INTRODUÇÃO

Embora a depressão afete um número considerável de pessoas, é comum haver dificuldade de distingui-la de uma tristeza passageira. A depressão clínica difere-se de um desânimo comum, por sua notável duração e variados sintomas que tendem a afetar de modo geral a rotina de quem é acometido por ela (SILVA, 2016). Os sintomas são acompanhados de humor deprimido persistente, somado a uma perda de prazer em atividades que antes eram prazerosas, irritabilidade, alteração do sono e do apetite de maneira acentuada, fadiga, ausência de desejo sexual, entre outros sintomas. No pior dos casos, a tendência suicida (APA, 2014).

O indivíduo com humor depressivo também manifesta um conjunto de crenças e sentimentos disfuncionais a respeito de si mesmo e do outro, o que atinge negativamente os hábitos e os relacionamentos interpessoais do sujeito. Assim, é relevante que, ao identificar os sintomas, a pessoa busque formas de tratamento a fim de evitar consequências maiores (SILVA, 2016).

Com a demanda cada vez mais crescente, sem haver distinção de classe, gênero, raça e até faixa etária, existe uma parcela considerável de pessoas acometidas por transtornos mentais, que não possuem condições de atender às suas necessidades por meio de tratamentos particulares. Desse modo, é obrigação do estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), fornecer recursos terapêuticos em ambulatorios, Unidade Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2011).

Referente à atuação do psicólogo na saúde pública, esse profissional deve compreender suas funções nas determinadas áreas em que for executar seus conhecimentos. Além de ser útil em criar um espaço que contribua para a saúde mental da população. Nesse sentido, quando pertencer a UBS, uma das propostas favoráveis de tratamento é através de grupos terapêuticos para diversos casos clínicos (CFP, 2010).

Para que o tratamento seja efetivo é importante que o psicólogo tenha objetivos claros ao aplicar essa modalidade. Desse modo, Estudos mostram que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido vantajosa (CORDIOLI, 2008).

Dessa forma, o presente estudo, utilizando-se da terapia cognitivo-comportamental em formato de grupo (TCCG) no tratamento do transtorno depressivo, tem por finalidade apresentar um estudo de caso com pacientes de uma UBS.

Será apresentada, no Capítulo II, uma revisão de literatura sobre os principais temas do estudo, tais como, depressão, políticas públicas e o tratamento na abordagem cognitivo-

comportamental no formato de grupo. No Capítulo III, será explicada a metodologia utilizada para delinear o estudo de caso, operado mediante as técnicas da terapia cognitiva-comportamental, bem como inventários e exercícios.

Por fim, serão apresentados os resultados e discussões do estudo de caso, com embasamento teórico, das sessões de psicoterapia realizadas, com o objetivo de demonstrar a eficácia da TCCG no tratamento do transtorno depressivo.

1.1 Problematização

A depressão bem como a ansiedade são transtornos mentais comuns que crescem cada vez mais na contemporaneidade. De acordo com a Organização mundial da saúde - OMS há um número de não menos que 350 milhões de pessoas que sofrem de depressão no mundo. De acordo com um levantamento de estudos, no Brasil, um terço da população mostra-se com sintomas de depressão. Da mesma forma a ansiedade não sai perdendo, o índice tem aumentado cada vez mais e, segundo a OMS, o Brasil é o país mais ansioso do mundo (ABREU, 2016).

Dessa forma, tem levado indivíduos a buscarem cada vez mais apoio psicológico na esfera pública quanto privada. É de se considerar que há uma longa lista de espera por atendimento psicológico no setor público, e uma escassez de profissionais nesse âmbito para atender a essa demanda crescente.

No intuito de oferecer alívio psicológico e melhora desses quadros aos indivíduos acometidos por esses anseios, o presente estudo buscou respostas para os seguintes problemas: quais as contribuições da abordagem cognitivo-comportamental em grupo na prática clínica com transtornos comuns em UBS?

1.2 Justificativa

A depressão é caracterizada por um rebaixamento do humor persistente e perda de interesse em atividades rotineiras, alterações do sono, apetite, libido e podendo levar até mesmo ao suicídio. É considerada uma das doenças psiquiátricas mais comuns atualmente e está profundamente ligada à ansiedade, sendo nas duas de suma importância um diagnóstico correto e tratamento, quando começam a trazer prejuízos a vida do indivíduo.

De acordo com o (CID 10 – F33), a depressão pode se apresentar em três estágios, de leve, moderado a grave e englobando variados tipos. É de se considerar uma questão de saúde pública, pois, se não tratada, pode conduzir a consequências, como suicídio, absenteísmo e doenças físicas (OMS, 1997).

Dessa forma, este estudo tem por objetivo mostrar o quanto a ciência psicológica pode contribuir para a melhora desse quadro, sendo ele o quanto antes identificado, utilizando-se da prática clínica na abordagem cognitiva-comportamental em grupo na UBS, para diminuir a demanda e auxiliar mais pessoas ao mesmo tempo.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Investigar e descrever as contribuições da terapia cognitiva-comportamental em grupo no acompanhamento de pacientes com depressão na Unidade Básica de Saúde do Jardim Jacarandás, na cidade de Sinop-MT.

1.3.2 Objetivos específicos

Realizar um estudo teórico sobre os benefícios do grupo terapêutico;

Identificar os principais fatores que influenciam no humor deprimido das participantes do grupo;

Utilizar a terapia cognitiva-comportamental para minimizar os sintomas de depressão dos participantes do grupo;

Aplicar técnicas da terapia cognitiva-comportamental para obtenção de aprendizagem a prevenção de futuras recaídas após o término das sessões.

Analisar os resultados obtidos na aplicação da terapia em grupo;

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste Capítulo, será abordado aspectos teóricos da terapia em grupo e abordagem cognitivo-comportamental, bem como pacientes com diagnóstico depressivo, e políticas públicas das UBSs.

2.1 Depressão

A depressão tem se caracterizado como um problema de saúde pública, e a falta de compreensão sobre faz com que esse quadro se agrave ainda mais. Estudos realizados apontam que, no mundo, mais de 120 milhões de pessoas sofrem desse mal e supõem-se que 17 milhões já são acometidos por ela. Levando apenas em consideração a depressão clássica, pois, se incluísse as depressões brandas, os números seriam bem maiores. A depressão sempre esteve presente em nosso meio desde os tempos remotos. Hoje, sua discussão aumentou concomitantemente ao seu número de casos, que, quando são graves, incapacitam os acometidos, podendo levá-los ao suicídio (ABREU, 2016).

Outros quadros, intimamente ligados à depressão, também são considerados preocupantes, tais como sua ocorrência manifestada em idades cada vez mais precoces e a dificuldade de diagnosticá-la. Ademais, a maioria dos indivíduos acometidos pela doença procuram tratamento quando o grau está mais elevado. Nesse último caso, a situação financeira pode ficar comprometida devido ao afastamento ou demissão de pessoas economicamente ativas de seus empregos por conta da produtividade afetada, além do elevado custo com tratamentos clínicos, psicológicos e medicamentosos. Desse modo, a doença em sua forma mais severa pode ser prejudicial. (SILVA, 2016).

Segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a depressão, quando em episódios únicos, está classificada nos transtornos de humor, dividindo-se em três tipos: episódio depressivo leve, que acompanha os típicos sintomas da depressão. Tem duração mínima e sintomas brandos com a presença ou não de sintomas somáticos. O indivíduo consegue manter suas funções cotidianas, porém com esforço. Em segundo lugar, está o episódio depressivo moderado cujos sintomas são mais acentuados e o indivíduo terá uma dificuldade maior de continuar com as atividades laborais, sociais e domésticas. Já o episódio depressivo grave, faz-se presente delírios, sintomas psicóticos, ideação suicida e até catatonia. Nesse caso, pode levar a uma paralisação nas funções do indivíduo. Quando há episódios

depressivos seguintes, é inserido na subdivisão de transtorno depressivo recorrente. A diferenciação desses episódios está na gravidade dos sintomas, número e tipo (OMS, 1997).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), transtornos depressivos incluem: transtorno depressivo maior; transtorno disruptivo da desregulação do humor; distímia; transtorno disfórico pré-menstrual; induzido por substância/medicamento; devido a outra condição médica; especificado e não especificado; presente também no transtorno bipolar. Nos transtornos depressivos, as características comuns são variações somáticas e cognitivas, que causam danos significativos ao funcionamento do indivíduo, acompanhadas de humor deprimido ou irritável (APA, 2014).

Segundo o CID-10, os sintomas associados à doença são: humor rebaixado, perda de interesse em atividades normalmente prazerosas, hipersônia ou insônia, perda de apetite e de peso, perda da libido, angústia, agitação motora ou retardo motor, irritabilidade, ansiedade, excessivo consumo de álcool ou drogas, fobias, preocupações hipocondríacas e fadigabilidade (OMS, 1997).

Sabe-se que a depressão é multifatorial. Seus fatores podem ser temperamentais com tendência a um afeto negativo na forma como o indivíduo percebe o mundo diante de condições estressantes da vida. Como também os fatores ambientais de sazonalidade, puerpério, perdas significativas, luto, alimentação, entre outros eventos estressantes e traumáticos na vida do sujeito que tendem a levar a uma depressão maior. Enquadram-se também comorbidades, como transtornos de personalidade, condições médicas, ansiedade e uso de substâncias químicas. Além de fatores associados a uma predisposição genética. Nesse caso, os familiares de primeiro grau possuem 40% de chances em herdar a depressão de parentes que apresentam o diagnóstico (SILVA, 2016).

Em relação ao gênero, as mulheres têm maior probabilidade, 21,3%, de obter depressão que os homens, 12,7%. Há diferentes motivos para isso, como as mulheres tendem a sofrer uma variação hormonal maior que os homens ao longo da vida, em decorrência do ciclo menstrual, menopausa, gravidez e pós-parto. Bem como fatores socioculturais em que muitos direitos das mulheres foram adquiridos, no entanto, a jornada se tornou dupla, pois, a mulher trabalha, cuida dos filhos, do marido, da casa, além de ter que cuidar de si mesma, fazendo com que tenha elevados níveis de estresse. Ademais, os desafios a serem enfrentados, como assédio, abuso sexual, ganho salarial não equiparado e violência doméstica (SILVA, 2016).

Em geral, a depressão tende a afetar o funcionamento de neurônios e neurotransmissores. Não se sabe ao certo se esse processo se inicia de forma neurobiológica ou se a presença da doença afeta o trabalho efetivo neuronal. Contudo, os estudos mostram que

esses dois contextos estão interligados, isto é, ocorre um desequilíbrio na transmissão sináptica. Esse acometimento afeta, consideravelmente, o paciente em suas sensações, pois as principais químicas atingidas são a serotonina, dopamina e noradrenalina, as quais são responsáveis pela sensação de bem-estar, prazer e alegria, posto que na doença existe uma ausência delas. (LAGE, 2010)

No que se refere ao tratamento com antidepressivos, estes denominam-se em categorias variadas, tais como: inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs), tricíclicos (ADTs) e inibidor da monoaminoxidase (IMAO). O médico irá avaliar o estado do paciente e prescrever o que se encaixa melhor de acordo com o caso. É de extrema importância que o indivíduo compreenda o uso do psicotrópico, pois existem efeitos colaterais e o tempo que levará para a ação do medicamento. É comum que o paciente acredite que a medicação não funciona, por não ver resultados imediatos, ou pelos efeitos colaterais causados, assim, é preciso frisar a ele a importância de prosseguir com a proposta. É interessante que se faça constantes consultas com o médico, para que ele possa fazer alterações correspondentes à dosagem, além de indicar uma classe alternativa, caso houver necessidade (LEAHY, 2015).

Para que o paciente torne a sentir-se motivado e se desvincule do quadro depressivo, é indicado a busca por tratamento. A princípio, é comum que os acometidos procurem pelo método medicamentoso, no entanto, por vezes, somente isso não é suficiente para uma melhora. É imprescindível a combinação da medicação aliada à psicoterapia, pois a medicação irá atuar na regulação dos neurotransmissores, que impulsionará o indivíduo a reagir. Como a droga não é capaz de mudar esquemas psicológicos e hábitos prejudiciais comuns na depressão, a terapia auxiliará, portanto, o indivíduo a mudar seu estilo de vida o incentivando a vencer a doença. (LEAHY, 2015)

2.2 Políticas públicas e o Sistema Único de Saúde – SUS

Para compreender o funcionamento do SUS e como se dá a inserção do psicólogo como integrante da equipe multiprofissional de seus órgãos constituintes, como as UBS, faz-se necessário entender o surgimento e a funcionalidade do SUS (FERREIRA, 2010).

O Brasil é organizado por três esferas de governo dentro de um sistema federativo, a União, os estados e os municípios, sendo que todas elas são consideradas autônomas e sem características hierárquicas pela Constituição Federal estabelecida em 1988. Em termos mais abrangentes, esse sistema torna propício o favorecimento de valores políticos, econômicos, culturais e sociais mais democráticos e heterogêneos. Ao se implementar políticas sociais nesse sistema federativo, é necessária uma explicitação de uma real necessidade e a organização de

mecanismos que articulem o funcionamento dessas políticas entre as três esferas (BRASIL, 2002).

Essa sistematização federativa possibilitou avanços históricos no que se refere à descentralização de ações e serviços e a melhoria da rede de atenção à saúde. O SUS é uma conquista social do Brasil. Criado com o propósito de oferecer uma melhor assistência à saúde dos cidadãos e promover maior justiça social, minimiza as desigualdades e possibilita o atendimento gratuito e digno a todos. É o único a garantir acesso integral e universal à população, incluindo transplantes de órgãos, transfusões, exames e atendimentos de atenção básica a todas as áreas da saúde que abrangem os campos biopsicossociais de maneira igualitária (BRASIL, 2011).

Com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a garantia da saúde a toda a população brasileira passou a ser dever do Estado. Essa preocupação se iniciou com os diversos grupos envolvidos com o movimento sanitário, em meados de 1970 e 1980, objetivando um sistema público capaz de oferecer um atendimento universal de saúde com o máximo de humanização e dignidade no atendimento (BRASIL, 2002).

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003), em 1975, as ações e os serviços de saúde pública eram divididas em dois grupos, os de alcance sanitário preventivo coletivo de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e os de caráter curativo, voltados à saúde individual e disponibilizados somente a contribuintes da previdência social que estavam inclusos nos programas do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Foi só em 1990 que foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde, que estabeleceu diretrizes no âmbito da saúde as quais são seguidas até hoje. A partir do surgimento dessa lei, a saúde passou a ser de direito universal e gratuita. Nesse período, o Ministério da Saúde oferecia, com o apoio dos estados e municípios, ações de caráter promocional a saúde e prevenção de enfermidades, ganhando destaque em campanhas de vacinação e controle de doenças endêmicas. No entanto, a fomentação de recursos e a institucionalização de alguns órgãos de atendimento pertencentes ao SUS ainda não haviam sido padronizados tal qual como é atualmente, esse fenômeno só teve início com a constituição de 1988 (BRASIL, 2003).

Atualmente, o SUS é constituído e responsável por vários órgãos de atendimento à saúde e atenção básica, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), dentre outros órgãos de apoio do SUS que são constituídos por equipes multiprofissionais constituídas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas,

Psicólogos, assistentes sociais, professores profissionais da educação física, dentre outros profissionais, que se empenham em atender as demandas e oferecer um atendimento eficaz a população (BRASIL, 2011; FERREIRA, 2010).

2.2.1 A Unidade Básica de Saúde – UBS

A proposta de um sistema único de saúde descentralizado e gratuito, que abrange o atendimento de toda população, apresentou uma inovação sobre a visão dos sistemas de saúde no mundo, pois ao se defender os princípios de igualdade, equidade, integridade e humanização, o SUS vai na contramão de muitos outros sistemas de atendimento à saúde existentes, inclusive, no próprio sistema de saúde antigo do país. Essa proposta inclui a existência de diversos órgãos e redes de apoio que oferecem tanto o atendimento gratuito a todos os cidadãos, quanto à atenção à saúde focada em comunidades carentes e de baixa renda. A exemplo das UBSs que buscam atender uma demanda significativa da população residente em uma jurisdição de bairros das cidades brasileiras (TOMASI; et al., 2011).

A UBS surge com a proposta de executar atendimentos aos problemas de saúde da população sem que exista a necessidade de encaminhamento para outros órgãos, com a intenção de atender até 80% da demanda de atendimento à saúde, sendo ela a principal porta de entrada para os atendimentos do SUS. Nelas se encontram equipes multiprofissionais que atendem a população de maneira sistematizada e resolvem diversas necessidades da população gratuitamente. Como por exemplo a vacinação, exames preventivos, grupos de apoio e exames de rotina, nesse último incluem-se os exames de sangue, Hipertensão e de Hanseníase (BRASIL, 2011; BOUSQUAT et al., 2017; FAQUINELLO et al., 2010).

A busca pela conscientização e propagação de informações a respeito dos direitos da atenção básica a saúde da população fazem parte das funções das UBSs e dos Programas de Saúde da Família. Esse conhecimento sobre o padrão de funcionamento e utilização desses serviços possibilita ao usuário entender o quanto é fundamental seu papel para o planejamento do SUS como um todo. Este necessita cada vez mais da luta pelos direitos e manutenção de subsídios para uma melhor atenção básica à saúde, sendo atualmente as UBSs responsáveis por uma porcentagem significativa do atendimento dessas demandas (TOMASI et al., 2011).

Segundo Bousquat et al. (2017), o atendimento de atenção à saúde primária no Brasil possui avanços inegáveis, com milhares de equipes multiprofissionais de atendimento à saúde disponíveis e atuantes em todo o país. No entanto, muitos conflitos ainda permanecem em pauta, como a falta de subsídios, ausência de profissionais capacitados, desconhecimento de direitos da população, falta de infraestrutura etc.

Os autores fizeram uma pesquisa sobre a qualidade da prestação de serviços e infraestrutura, denominados “5 R’s”: “reprovada, rudimentar, restrita, regular e referência”. Indo do menor ao maior grau de satisfação com os serviços, os quais foram descritos em sua maioria com características medianas e, mesmo com todo o investimento em saúde pública atual, muitas UBSs, principalmente no Nordeste, tiveram características reprováveis ou rudimentares.

Faquinello et al., (2010) enfatiza, em seu artigo sobre redes de apoio ao hipertenso nas UBSs, que o ser humano é um ser naturalmente social e necessita de redes de apoio desde o nascer, principalmente, a família que estabelece vínculos que o auxiliam na sobrevivência. Essas redes de apoio devem ser estendidas a vida adulta em comunidade e devem fazer parte da sociedade. Faz parte disso, o eficaz e necessário atendimento feito pelos profissionais da assistência à saúde pública, incluindo os profissionais da saúde mental, como os psicólogos, no enfrentamento de diversos problemas.

2.2.2 O Psicólogo na saúde pública e UBS

Observar o trabalho dos psicólogos na saúde pública, oferece um ótimo patamar de visão sobre as intenções dos profissionais psicólogos do século passado, que cogitavam a possibilidade de uma atuação da psicologia com caráter integrativo e multiprofissional no ramo da educação médica. Essa inserção dos psicólogos nos serviços de atenção à saúde pública se deu por volta da década de 1970, com os novos movimentos de higienização associados à luta antimanicomial, que procurava diminuir o sofrimento de muitos cidadãos esquecidos e abandonados em manicômios. Buscou-se, assim, um atendimento humanizado e uma maior liberdade da população acometida por disfunções psicológicas, com o intuito de uma atuação alternativa em relação aos hospitais psiquiátricos (PIRES; BRAGA, 2009).

Atualmente, a distribuição do trabalho dos psicólogos na saúde pública e atendimento psicossocial incluem muitos órgãos do SUS e envolve a necessidade de um conhecimento multidisciplinar do profissional, o qual deve ter um preparo específico para cada uma de suas funções dentro desse sistema. Entretanto, essa requisição se torna um problema diante das políticas de gestão que, muitas vezes, não têm diretrizes tão bem definidas quanto algumas funções executivas desses profissionais. E, mesmo quando definidas, não são amplamente ensinadas durante a formação, a exemplo das diretrizes do CREPOP, resultando na entrada de muitos profissionais psicólogos ao atendimento da saúde pública sem um real preparo (CINTRA; BERNERDO, 2017).

As demandas do SUS incluem muitos quesitos biopsicossociais, os quais os psicólogos devem atender com estratégias específicas, buscando resultados eficazes. Nas UBSs, grupos terapêuticos, por exemplo, são uma ótima solução para problemas psicossociais de demandas abrangentes, como violência contra a mulher, violência infantil, abuso sexual, abuso de substâncias, acompanhamento com grávidas e problemas psicológicos, como a depressão, ansiedade e estresse (BRASIL, 2004).

Os principais impasses em relação a atuação do profissional da saúde mental na saúde pública surgem de conceitos tradicionalmente históricos entre as discussões de profissionais recém formados que se voltam para atuações particulares em clínicas privadas ou em empresas no ramo de recursos humanos. Eles se inspiram no modelo médico clássico ou no modelo de atuação da Psicologia Organizacional e do Trabalho como forma de trazer saúde e bem-estar psicológico através de serviços de contratação privada, em contraste com a atuação do psicólogo em rede pública de saúde e assistência social, pegando um gancho na reforma psiquiátrica que aconteceu em meados do século passado e vem sendo consolidada dia após dia (FERREIRA, 2010).

Essa visão dicotômica a respeito das atividades e tarefas do psicólogo na saúde pública acabou por gerar um impasse entre diversas funções do psicólogo e suas atribuições no sistema de saúde, deixando enraizada no contexto popular a ideia de um psicólogo clínico voltado à atuação inspirada no modelo biomédico, o que ainda está presente nos conceitos individuais de muitos profissionais, que veem a atuação do psicólogo direcionada somente à possibilidade clínica (CINTRA: BERNERDO, 2017).

No que tange à atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde, o grupo na UBS é apontado como uma estratégia favorável, pois se responsabiliza em promover integração entre os participantes, inovação no local em que atua o psicólogo, fortalecimento do vínculo familiar e social dos participantes, diminuição da medicalização, como também, acelera as demandas existentes para o atendimento psicoterápico (CFP, 2010).

2.3 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A terapia cognitivo-comportamental é a abordagem teórica da psicologia que utiliza de técnicas cognitivas e comportamentais no auxílio do tratamento do paciente. Foi desenvolvida por Aaron T. Beck, em 1960, nos EUA, na Universidade de Pensilvânia. Beck se baseou no modelo cognitivista de representação mental para a intervenção clínica. Inicialmente, foi utilizada no tratamento de pacientes depressivos e, hoje, é uma das abordagens teóricas com maiores evidências científicas de eficácia em tais tratamentos. Também utiliza técnicas

comportamentais para auxiliar na diminuição de esquemas e ciclos contingentes (POWELL, et al., 2008).

Quando o assunto é corrigir e diminuir danos gerados por crenças disfuncionais e comportamentos prejudiciais, Beck (2014) demonstra como a terapia cognitivo-comportamental pode ser eficaz. Uma vez que, por causa de contingências entre crenças centrais, intermediárias, pensamentos automáticos e comportamentos desajustados, tendem a atrapalhar as atividades cotidianas dos indivíduos.

Os termos terapia cognitiva (TC) e terapia cognitivo-comportamental (TCC) são utilizados para técnicas que usam a ciência cognitiva somado aos procedimentos comportamentais no tratamento de psicopatologias. O fundador da TCC, Aaron T. Beck, desenvolveu uma base teórica coerente antes de iniciar estratégias terapêuticas. Ele baseou-se na ideia de que o sofrimento psíquico é derivado de crenças centrais disfuncionais, desenvolvidas no decorrer da vida, que geram pensamentos negativos no que diz respeito à visão do eu, do mundo e do futuro. Essa tríade cognitiva é um sistema retroalimentativo, uma vez que, os comportamentos gerados acabam por reforçar as crenças centrais. Beck, aplicou sistematicamente os princípios da TCC em pacientes com psicopatologias diversas e observou um bom resultado. Desde então, a utilização da TCC tem aumentado significativamente (KNAPP; BECK, 2008).

De acordo com Beck (2014), existem dez princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental que norteiam a prática terapêutica com os pacientes, são eles: 1) baseia-se em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos; 2) requer uma aliança terapêutica sólida; 3) enfatiza a colaboração e a participação ativa; 4) é orientada para os objetivos e focada nos problemas; 5) enfatiza inicialmente o presente; 6) é educativa, objetiva ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída; 7) visa ser limitada no tempo; 8) as sessões são estruturadas; 9) ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos próprios pensamentos e crenças disfuncionais; 10) usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.

As sessões da TCC são guiadas pelos princípios básicos a todos os pacientes, mas a formulação de caso e estrutura das sessões varia conforme o diagnóstico de cada um. O curso das sessões se inicia com o restabelecimento da aliança terapêutica; checagem de humor do paciente; acontecimentos do paciente na semana que passou e se ele deseja trabalhá-los na sessão; consultar os exercícios de casa feitos na última semana; discutir com o paciente sobre um problema em específico de seu desejo; bem como, coletar informações sobre a situação a

fim de verificar os pensamentos, emoções e comportamentos associados à situação, e, assim, levantar uma estratégia para resolvê-la junto ao paciente (BECK, 2014).

Segundo Rangé et al. (2011), os pensamentos automáticos se definem por ser a camada mais superficial do modelo cognitivo. Estes costumam aparecer espontaneamente sem que o sujeito racionalize a sua veracidade. Podem surgir na forma de imagens, imaginação e lembranças sobre um fato, podendo ocorrer repetidas vezes. Costumam ser acompanhados de emoções negativas, perante as situações rotineiras que o indivíduo interpreta. São capazes de ser identificados de modo fácil pelo paciente.

A segunda camada do modelo cognitivo é caracterizada pelas crenças intermediárias. Refere-se a regras e pressupostos criados pelo indivíduo para que este mantenha e conviva com ideias absolutas negativas a respeito de si mesmo. Esse mecanismo funciona como uma proteção para que o indivíduo não acesse às crenças nucleares dolorosas (RANGÉ et al., 2011).

Na terceira camada do modelo cognitivo, encontra-se as crenças nucleares. Trata-se de conceitos profundos e consolidados que se formaram no desenvolvimento da vida do indivíduo. Concretiza-se por ser rígida, inflexível e negativa sobre o que pensa a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo. Além de ser mais difícil de acessar e modificar (KNAPP, 2004).

As terapias cognitivo-comportamentais baseiam-se no conceito de que pensamentos e emoções podem gerar comportamentos desadaptativos (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005). Toma-se, como exemplo, a ansiedade, que, de acordo com o DSM-V, é marcada por preocupação constante, hipervigilância, medo, pensamento acelerado, concentração falha, falta de ar, suor, náuseas, taquicardia, insônia etc. Esse conjunto de sintomas derivam de crenças nucleares limitantes, que produzem pensamentos distorcidos resultando em comportamentos e sensações fisiológicas prejudiciais ao indivíduo (APA, 2014; BECK; et al., 2017).

Entender o modelo cognitivo se torna valioso para o paciente, pois ele conhecerá mais a respeito de si mesmo, obtendo acesso aos seus pensamentos e crenças por meio da psicoeducação. Dessa forma, aprenderá a monitorar os próprios pensamentos, sentimentos e mudar seu comportamento. Nisso se baseia a estratégia da reestruturação cognitiva, que irá proporcionar ao paciente, aquisição de habilidades para mudar cognições, e eliminar padrões de desesperança e evitamento. Como também aprenderá a enfrentar situações difíceis e emoções desagradáveis. A estruturação e psicoeducação são importantes, pois promovem aprendizagem ajudando a manter o foco do tratamento, deixando-o bem organizado, além de garantir grande eficiência em auxiliar o paciente a assumir mais responsabilidade pelo manejo dos problemas (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Rangé et al. (2011) destaca que, ao identificar o modelo cognitivo do paciente, o terapeuta formará a conceitualização cognitiva. Essa é uma importante ferramenta que o terapeuta precisa dominar. Pois, através dela buscará entender como o paciente estruturou suas crenças, pressupostos intermediários, estratégias compensatórias e a sua história de vida. Por meio da elaboração da conceitualização, constrói-se uma proposta de intervenção mais eficaz, na qual o psicólogo escolherá as técnicas que serão mais adequadas para o caso, com o fim de enfraquecer as crenças disfuncionais.

De acordo com Beck et al. (2017) e Knapp e Beck (2008), a aplicação da TCC em pacientes clínicos pode melhorar consideravelmente sua forma de enxergar o mundo, a si mesmo e o futuro, de maneira funcional. Com intuito de investigar a veracidade dos pensamentos e distorção cognitivas a fim de realizar a reestruturação cognitiva por meio do exame de evidências, psicoeducação, treino de habilidades sociais funcionais, mudança de comportamentos e hábitos cotidianos.

A postura do terapeuta mediante os pacientes é de extrema importância na realização de um resultado terapêutico vantajoso. Possuir tais qualidades, como empatia e entendimento; aceitação livre de julgamentos; autoconfiança; autenticidade; flexibilidade e aplicação de técnicas, torna-se necessário para o processo (RANGÉ et al., 2011).

2.3.1 Trabalho da TCC com pacientes depressivos

Em meados de 1960, Beck observou uma relação entre os hábitos e os pensamentos dos pacientes depressivos e como eles impactam diretamente no quesito afetivo do sujeito. Ele chegou à conclusão de que a depressão é também resultante de esquemas cognitivos e pensamentos distorcidos (POWELL et al., 2008).

Para tal, a estrutura da tríade cognitiva mostra a visão do paciente a respeito de si mesmo, dos outros/mundo e do futuro. Essa descoberta ajuda o sujeito a entender melhor o seu modelo cognitivo. Para isso, os usos de ferramentas da TCC se fazem indispensáveis. Com a finalidade de alteração do modelo disfuncional vigente, escolha de ferramentas e métodos adequados de intervenção para o caso em questão (ALMEIDA; LOTUFO, 2003).

Cordioli (2008) destaca que, nos estudos iniciais de Beck, chegou-se à conclusão de que pacientes que apresentavam um humor negativo, possuíam esquemas depressogênicos. Esses pacientes acreditavam e agiam como se as coisas fossem piores do que realmente eram, a partir disso, ele denominou a terapia cognitiva. A tríade cognitiva de indivíduos depressivos tende a ser composta de ideias a respeito de si mesmo como inadequado e inapto. Sobre o mundo, no qual engloba as relações, trabalho e atividades em uma visão sempre negativa, da mesma forma

a visão sobre o futuro, em que não veem esperança. Quando há presença de ideação suicida, o grau de desesperança fortalece os pensamentos de que a morte é o alívio para o sofrimento.

As distorções cognitivas, se caracterizam pelo processamento de informações de forma distorcida, ou seja, são vieses negativos que reforçam atitudes e pensamentos prejudiciais, dos quais ocupam um lugar central na depressão. Indivíduos depressivos tendem a constituir suas vivências em uma visão inflexível e absoluta. As distorções cognitivas são padrões estáveis de pensamento aprendidos ao longo da vida do indivíduo. Esse esquema disfuncional determina a forma como a pessoa vê a si mesmo e o mundo a sua volta (CORDIOLI, 2008).

Segundo Powell et al. (2008), Beck observou em pacientes deprimidos típicas distorções cognitivas, tais como:

Inferência arbitrária: Conclusão precipitada com poucas evidências.

Abstração seletiva: A pessoa tende a escolher evidências apenas de seu mau desempenho.

Super-generalização: A pessoa interpreta de que se algo negativo aconteceu uma vez, acontecerá outras vezes.

Maximização e minimização: A pessoa tende a aumentar o significado de eventos negativos e minimizar os positivos.

Personalização: Atribuição de caráter pessoal normalmente negativo aos eventos externos do indivíduo.

Absolutismo: O indivíduo avalia as características pessoais em tudo ou nada (nada dá certo para mim). Pensamentos comuns em pessoas depressivas.

O foco da terapia cognitiva no processo do tratamento para pacientes depressivos envolverá três fases importantes (CORDIOLI, 2008, pg. 388):

- 1) Foco intrapsíquico nos pensamentos automáticos e esquemas depressogênicos;
- 2) Foco no estilo da pessoa ao relacionar-se com os outros;
- 3) Mudança de comportamentos a fim de obter melhor enfrentamento da situação-problema.

A estratégia comportamental no tratamento é significativa, pois auxiliará na diminuição dos sintomas e pensamentos distorcidos. Essa estratégia consiste no agendamento e monitoramento. O paciente, portanto, irá registrar suas atividades diárias a fim de evitar distorções de um humor deprimido e de sua falha de memória. O agendamento será utilizado pelo terapeuta e o paciente para incluir e monitorar atividades produtivas e prazerosas, das quais o indivíduo deprimido não realiza em decorrência de suas crenças. Essa ferramenta irá mostrar ao terapeuta e ao paciente como este está funcionando. A técnica ajudará o paciente a ter um

melhor controle de seu tempo, reconhecer seus esforços ao efetuar as atividades, poderá acompanhar a redução dos sintomas ao seguir a agenda, como também auxiliará na resolução de problema ao instalar comportamentos positivos (POWELL; et al., 2008).

Conforme Beck (1997), a utilização das técnicas propostas pela terapia cognitiva fará com que o ciclo vicioso, criado pelo paciente deprimido, seja enfraquecido. Conforme o paciente começa a colocar em evidência seus pensamentos, bem como se esforça para adquirir novos hábitos. O ciclo vicioso é reforçado na medida em que o paciente se afasta de pessoas significativas, assim como do seu círculo social ao se isolar. Esse fato faz com que outrem entenda como uma rejeição, havendo ausência de apoio interpessoal, que causa reforço das ideias de autocrítica e auto rejeição do próprio sujeito.

Ademais, possuir uma rede de apoio harmoniosa, afetuosa e compreensiva diminui a tendência do paciente se desvalorizar, como também, reduz o agravamento da depressão. O relacionamento interpessoal gera um retorno em forma de reforço positivo. Por isso, é interessante que o paciente tenha um membro familiar ou uma pessoa próxima, o qual o acompanhará no processo do tratamento que irá auxiliar em sua visão negativista. (BECK, 1997).

No que tange à estrutura das sessões com pacientes depressivos, essas, contém estágios iniciais, intermediários e finais. Nas sessões iniciais, será iniciada a formulação de caso e a definição dos problemas. Ainda nessa fase o paciente obterá conhecimento do seu modelo cognitivo, além da aplicação de técnicas comportamentais. Nas sessões intermediárias serão empregues técnicas, tais quais: evocação de pensamentos e pressupostos, essa, ensina o paciente que os pensamentos geram sentimentos; registro de pensamentos disfuncionais, que envolve a anotação de um evento, o pensamento que sucedeu, a emoção gerada, a intensidade da emoção e a consequência; flecha descendente investiga-se o que está de acordo ou não com o pensamento do paciente, se os fatos condizem com a realidade através do questionamento socrático, ajudando a reduzir emoções desagradáveis (CORDIOLI, 2008).

As sessões finais são atribuídas em avaliar os ganhos na terapia e a prevenção de recaídas. Nessa fase, é esperado que o paciente adquira remissão dos sintomas, por meio do enfrentamento a sua situação, e da adaptação a novos eventos. Enfatizando, desde o princípio, que a terapia possui um tempo limitado, por isso, à medida que o paciente adquire ganhos, é importante que ele veja, para que aumente sua autoconfiança, e, assim, seja seu próprio terapeuta ao finalizar o tratamento (POWELL et al., 2008).

No que se refere à prevenção de recaídas, a TCC é considerada a abordagem com mais evidências empíricas de êxito no tratamento da depressão. Por apresentar resultados mais

rápidos, tanto individual quanto em grupo, seguindo um protocolo de tratamento, combinado a resposta do uso farmacológico. Os benefícios da TCC no tratamento depressivo são comprovados por vários estudos, quer ofertada de forma isolada ou combinada a farmacoterapia (ALMEIDA; LOTUFO, 2003).

2.4 Grupos terapêuticos

Historicamente, os grupos existem desde os tempos remotos. Na antiga Mesopotâmia a prática se iniciou com Heródoto, reunindo grupos de pacientes somáticos em praça pública para discutirem seus sintomas e doenças. Na Grécia, doentes mentais que eram expulsos pela sociedade a pedradas se reuniam nos templos de Esculápio. Eles foram os pioneiros dos hospitais na Idade Média, reunindo-se em grupos a fim de enfrentar o sofrimento. Esse modelo foi seguido e sendo modificado aos hospitais que existem atualmente. (FILHO, 2007).

Em 1905, consolidou-se o trabalho terapêutico grupal pelo médico, Dr. Joseph Pratt, que atuava no hospital geral de Massachusetts. Pratt possuía pacientes portadores de tuberculose e observou que esses teriam uma resistência em aderir o tratamento. Enquanto ele conversava com um paciente individualmente, havia outros que ficavam aguardando na sala de espera de um dispensário, então, notou que esses pacientes criaram um vínculo que os deixaram mais animados para o tratamento. Com isso, ele teve a ideia de reuni-los semanalmente para dar-lhes aulas sobre a doença, discutir sobre seus sentimentos, a moléstia e o futuro. Ele considerou esse método, denominado “método de sala de aula ou educacional”, proveitoso, pois ajudava os pacientes a compreenderem a doença, e a submeterem-se a dieta da época, por não haver recursos antibióticos, e, assim, enfrentarem sua enfermidade com mais otimismo. (LIPP, 2012).

Conforme Neufeld e Rangé (2015), outros médicos seguiram o exemplo de Pratt e adotaram grupos com outras patologias. Além de Pratt, outros autores são considerados fundadores da terapia de grupo, sendo eles Lazell, que, em 1921, realizava um tipo de conferência para seus grupos de pacientes com esquizofrenia, na qual discutia sobre as psicopatologias e os componentes da saúde mental. Foi visto que os pacientes se sentiam menos apreensivos e mais motivados pelo suporte de estar em grupo. Seguindo o mesmo caminho, autores como Burrow, Marsh e Wender produziram a psicanálise em grupo.

Durante os anos da Segunda Guerra Mundial, a terapia de grupo ganhou um maior desenvolvimento com a necessidade de atender mais pessoas afetadas pela guerra. Nesse cenário, surgiu Jacob L. Moreno com o psicodrama, através de encenações teatrais em praças públicas. Ele acreditava que as psico e sociopatologias eram atribuídas à falta de espontaneidade

dos indivíduos nos grupos familiares e sociais e que, por meio da dramatização, seria possível obter benefício terapêutico. Dessa forma, criou seu modelo de intervenção grupal terapêutica, usada mundialmente ainda hoje. (BECHELLI; SANTOS, 2004).

Como se observou, o principal elemento para os supostos fundadores da terapia em grupo era o componente social, item importante que faltava nas abordagens psicoterapêuticas, pois o senso de pertencimento é necessário para a saúde mental. Assim, cada vez mais terapeutas de diferentes abordagens aprimoravam seus conhecimentos para intervenções grupais. Exemplos de pressupostos são a “Psicologia individual de Alfred Adler, as psicanálises neo-freudianas, Gestalt terapia, análise transacional, psicoterapia centrada na pessoa, assim como as abordagens comportamentais e cognitivas” (NEUFELD e RANGÉ, 2015, p. 35).

A terapia cognitivo-comportamental tinha sua proposta individual dos anos 1950 a 1960. Porém, após alguns anos, os trabalhos em grupo foram sendo introduzidos em uma combinação de duas variedades terapêuticas com enfoque comportamental e cognitivo de autores pioneiros nessa modalidade, incluindo Beck. Um dos precursores da terapia cognitivo-comportamental em grupo é Albert Ellis. Responsável pela teoria racional emotiva do comportamento, sua proposta teórica em grupo detém técnicas e estruturas utilizadas para aplicação em grupo até os dias atuais com adaptações inovadoras. Questões como: número de participantes limitados; recomendação de um co-terapeuta, que fará observações adicionais, não obtidas pelo; sessões limitadas em duas horas semanais; psicoeducação, reestruturação cognitiva e recomendação de tarefas para casa a cada sessão. Esses itens, compõem a dinâmica da TREC (LIPP, 2012).

Cordioli (2008) destaca múltiplos fatores manifestados no grupo, entre técnicas e benefícios que colaboram para sua eficácia. Um dos autores citados com destaque nessa modalidade é Yalom (2007). Ele salienta dez fatores terapêuticos que propiciam a mudança e eficácia grupal, são eles: instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, socialização, aprendizagem social, catarse, reedição corretiva do grupo familiar primário, fatores existenciais, coesão e experiência emocional corretiva. Esses fatores terapêuticos são universais a todas as terapias de grupo, mas mudam conforme a abordagem e os objetivos em cada grupo.

Dentre os fatores já mencionados, a coesão grupal é um dos elementos fundamentais, uma vez que um bom relacionamento entre os participantes se torna uma característica positiva para a efetividade do tratamento. Na coesão, inclui-se a aliança terapêutica, que não se trata apenas de uma relação agradável entre terapeuta e paciente, mas paciente com paciente. Em suma, um vínculo otimista é crucial na efetivação das técnicas cognitivo-comportamentais,

pois colaboram na eliminação de crenças da depressão e reformulação de distorções cognitivas (YALOM, 2007).

Outro agente positivo no agrupamento, apresenta-se na oportunidade de o sujeito dividir o seu mundo interno e ser aceito pelos outros, desafiando a crença de que ele é insuportável, repulsivo e detestável. Dessa forma, o apego e a afinidade desenvolvidos pelos parceiros, produz confiança, empatia, aceitação que causa um auto-reforço-positivo. Por consequência, gera um senso de pertencimento inerente a todo ser humano, de tal forma que o grupo se torna uma das áreas mais significativas ao sujeito (YALOM,2007).

2.4.1 Trabalho da TCCG com pacientes depressivos

O trabalho de grupo realizado pela terapia cognitivo-comportamental é tão eficaz quanto à individual, pelos ganhos de apenas estar em grupo. Assim como na terapia individual, a formação de um grupo terapêutico segue os princípios básicos da TCC, como a estruturação das sessões, foco em um determinado diagnóstico, participação ativa do paciente, tarefas de casa e tempo limitado (YALOM, 2007).

Cordioli (2008) destaca questões importantes para serem vistas quanto à formação de um grupo terapêutico, como o número de integrantes (poderá entrar integrantes novos ou terá um número limitado) e se o grupo será aberto ou fechado (esse grupo terá um prazo para terminar ou não, pessoas poderão entrar e sair quando quiserem). É preciso que o terapeuta tenha objetivos claros em relação à definição do grupo e selecionar membros que tenham preferência em participar dessa modalidade proposta, pois nem todo indivíduo possuirá disposição para se reunir. Sendo assim, antes de iniciar um grupo, ao selecionar os participantes, é necessário que se faça uma triagem individual para obter os dados do paciente (diagnóstico, idade, psicofármacos, histórico de vida, etc.) e a utilização de um instrumento que pontue os sintomas que o paciente experimentou nas últimas semanas e sua intensidade.

Um fator preponderante na TCCG é a homogeneidade, assim sendo, a condição clínica, faixa etária e sexo. A TCC caracteriza-se por ter um tempo limitado que geralmente tem duração de 10 a 20 sessões. As sessões ocorrem uma vez por semana, em um espaço definido que comporte os membros apropriadamente, tendo a duração de 60 a 120 minutos. De acordo com estudos levantados da TCCG, é recomendável que os integrantes não ultrapassem um número de até 10 membros, de modo que a comunicação entre os membros não seja prejudicada. É válido frisar que os participantes que iniciaram serão os mesmos até o encerramento do grupo, mesmo que haja desistência (CORDIOLI, 2008).

A TCCG é pautada em utilizar protocolos de tratamento voltados para cada transtorno em específico. Dessa maneira, colabora-se para atingir os objetivos, o aproveitamento do tempo e a aplicação de técnicas específicas. O trabalho da TCCG para depressão é considerado favorável e oportuno por fornecer contato com outros membros expandindo a vida social do indivíduo; enfrentamento e aprendizagem por compartilhar informações; custo-benefício comparado à terapia individual; auxilia na reestruturação cognitiva através da exposição dos membros; instilação de esperança (expectativa de melhora diante daqueles que melhoraram) e sensação de pertencimento (MELLO, 2007).

O protocolo de tratamento para a depressão prevê a utilização de técnicas que, em sua estrutura, podem sofrer variações com o objetivo de uma melhor adaptação à cultura do grupo. O estabelecimento desse modelo, apesar de ser algo aparentemente fixo, está sujeito a receber outras técnicas para atender a outros sintomas adicionais, tais como ansiedade, ausência de assertividade nas relações interpessoais, controle de raiva, fobias etc. (BECHELLI; SANTOS, 2004).

O processo do protocolo de tratamento segue um modelo estrutural em estágios com começo, meio e fim. A sessões iniciais apresentam caráter educacional, a fim de que o paciente compreenda a terapia e o quadro clínico vigente. Nessa fase, é estabelecido o contrato terapêutico que visa esclarecer as regras de funcionamento do grupo, seus objetivos, e atividades para casa. Além disso, é importante frisar, a apresentação dos participantes para que se dê início à um relacionamento entre os membros, criando assim um ambiente vantajoso (CORDIOLI, 2008).

As sessões intermediárias possuem uma dinâmica mais submersa à realidade coesiva do grupo. Começa-se a aplicar inventários e lições de casa com o objetivo de facilitar a aquisição de novos comportamentos e cognições. É de suma importância que o terapeuta estimule a efetuação dessas tarefas, visto que reforçam o conhecimento e a motivação dos outros participantes. Além da execução de técnicas terapêuticas (BECK, 2014).

Nas sessões finais deste trabalho, serão feitas avaliações das habilidades aprendidas por cada integrante. Somado ao recorrente uso do inventário, uma vez que mensura a depressão. Também serão analisados os proveitos obtidos com a TCCG, e se existe a necessidade de prosseguir o tratamento de forma individual, a partir do nível de pensamentos distorcidos (MELLO, 2007).

As técnicas utilizadas no grupo de depressão são múltiplas e aplicadas a partir das necessidades dos participantes. De acordo com Knapp (2004), esses métodos têm por objetivo desenvolver modificações no pensamento e no sistema de crenças do paciente, com o propósito

de produzir mudanças emocionais e comportamentais duradouras. As estratégias do tratamento serão expostas a seguir, com base nos trabalhos de Beck (1997), Greenberger (1999), Neufeld e Rangé (2017) e Branch e Wilson (2011).

Psicoeducação: consiste em informar e elucidar o paciente sobre seu diagnóstico e os aspectos do funcionamento de sua psicopatologia, bem como seu prognóstico. Associa-se também a ela, a proatividade do paciente na recuperação e satisfação do tratamento. Os aspectos da psicoeducação devem ser abrangentes no que diz respeito ao diagnóstico, sanando qualquer dúvida do paciente.

Identificação de pensamentos automáticos: ao notar o humor deprimido e a perda de interesse nas atividades de rotina, o terapeuta ou o próprio paciente deve questionar quais os pensamentos atuantes naquela situação.

Avaliação e questionamento dos pensamentos automáticos: após identificar os pensamentos automáticos, o terapeuta auxiliará o paciente na veracidade, benefício e consequências desse modo de pensar.

Modelo ABC: O modelo ABC consiste em fazer uma reestruturação cognitiva do paciente. A letra A representa um evento ativador, pode ser gerado tanto por uma situação externa quanto por uma situação interna, como uma imaginação ou uma memória. A letra B, por sua vez, refere-se às crenças e regras pessoais que dizem respeito a si mesmo, ao mundo e aos outros. É a interpretação dos fatos internos e externos. A letra C relaciona-se às consequências comportamentais, emocionais e fisiológicas que o indivíduo experimenta.

Solução de problemas: tem por objetivo auxiliar o paciente a delimitar o problema, raciocinar as diversas soluções possíveis, avaliar prós e contras para cada solução pensada, escolher a melhor solução disponível, colocá-la em prática, verificar a efetividade e a adequação da solução escolhida.

Exame das vantagens e desvantagens: o paciente é estimulado a escrever as vantagens e as desvantagens de determinada decisão ou comportamento e examiná-las para, então, tomar a sua decisão;

Distração: a distração consiste em ajudar o indivíduo a mudar o foco de sua atenção do interior para o ambiente externo. Técnica ideal em casos de ansiedade.

Experimentos comportamentais: usados para testar comportamentos do paciente com o intuito de validar seus pensamentos e crenças a fim de melhorar o quadro depressivo.

Cartões de enfrentamento para depressão: cartões com lembretes que o paciente pode carregar com ele ou colar em locais visíveis a fim de enfraquecer crenças disfuncionais comuns na depressão.

Técnicas de respiração para controle de ansiedade: as principais técnicas de relaxamento são de dois tipos, os exercícios respiratórios e o relaxamento muscular progressivo, com o objetivo principal de reduzir os sintomas de ansiedade;

Ciclos viciosos da depressão: através dele os pacientes irão elencar estratégias de enfrentamento para combater o ciclo.

Mudança de hábitos: a prática de exercícios físicos é um importante passo em um estilo de vida saudável aliado à higiene do sono. São importantes instrumentos no manejo de emoções negativas, como irritabilidade, ansiedade, falta de prazer em funções cotidianas. Contribui também para a formação de uma nova autoimagem, mais sadia, validando crenças mais positivas do paciente acerca de si mesmo.

Treino de habilidades sociais: é esperado que o paciente seja capaz de expressar e defender com clareza e firmeza suas decisões. Para isso, o terapeuta irá capacitá-lo através de múltiplas técnicas. A assertividade deve abranger técnicas de manejo, como aprender a dizer não; pensar antes de falar; ser objetivo na comunicação; e ser empático.

Prevenção de recaídas: a técnica, na depressão, tem por objetivo consolidar a experiência aprendida durante a terapia em aprendizagem no caso de haver gatilhos em situações futuras que levem o indivíduo a ter um quadro depressivo novamente. O principal objetivo é evitar que haja repetições dos comportamentos que favoreceram a recaída. Assim, em caso de retomada dos sintomas o paciente terá conhecimento prévio para saber lidar com a situação apresentada.

Inventário de humor: consiste em um inventário de depressão ou ansiedade que contém os típicos sintomas desses quadros. Nele, o paciente irá classificar o que apresentou nas últimas semanas, com a finalidade de obter a soma desse *escore*, e identificar em que grau está sua depressão.

A terapia cognitiva-comportamental tem por objetivo contribuir na remissão dos sintomas do transtorno depressivo, além de oferecer a aquisição de novas habilidades que serão usadas ao longo da vida do sujeito. É responsabilidade dos pacientes resolver seus próprios problemas, para que não sejam dependentes do terapeuta, ainda que de ambos requeiram uma participação ativa no processo do tratamento. Dessa forma, ao encerrar as 10 sessões, é esperado que os pacientes tenham adquirido autonomia ao lidar com sua doença. Contudo, caso isso não aconteça, é interessante que o terapeuta e o paciente avaliem a possibilidade de encaminhá-lo à psicoterapia individual (BECK, 2014).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para o presente trabalho, foram utilizados, como fontes de informação secundária, livros, artigos, revistas e publicações encontradas nas plataformas Google acadêmico, Scielo, Anais de congresso, Repositórios, livros do acervo da biblioteca da Unifasip – Centro Universitário de Sinop-MT – e demais livros pertinentes ao tema. Buscaram-se esses materiais para o desenvolvimento bibliográfico nos períodos de janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho e julho. Foram utilizados 38 trabalhos de autores e publicações que foram pesquisadas com base em palavras-chaves, como depressão, terapia de grupo, terapia cognitivo-comportamental, SUS, Unidade Básica de Saúde, correspondendo ao período de 1993 a 2019.

3.1 Tipo de pesquisa

O projeto realizado consiste em um estudo de caso de cunho qualitativo a partir da obtenção de dados primários, que foram confrontados com os estudos teóricos desenvolvidos e apresentados no Capítulo II deste trabalho. Segundo Gil (2002), o estudo de caso é a metodologia mais completa pela sua flexibilidade em colher informações, pois se utiliza de dados empíricos, tais como, análise de documentos, entrevistas, observação, questionários que estão inclusos numa investigação naturalista do fenômeno social, que abrange as técnicas citadas, como também o local, a cultura e o tempo da pesquisa.

Outrossim, a pesquisa vigente apresenta um caráter exploratório, pois se buscou um maior entendimento da temática proposta a fim de proporcionar uma melhor visão, e orientar a delimitação da pesquisa e seus objetivos, que se dá pela coleta sistemática dos dados, analisando, registrando, classificando e interpretando os fenômenos observados (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

A aplicação desses procedimentos seguiu, de modo análogo, às contribuições da ciência psicológica utilizando-se da TCC, tendo como precursor Aaron T. Beck. A funcionalidade dessa teoria se dá por meio da formação de um grupo terapêutico para pacientes depressivos.

O presente estudo ocorreu na Unidade Básica de Saúde do jardim Jacarandás na cidade de Sinop-MT, sob supervisão de uma professora e psicóloga especialista na TCC e atuante na área clínica. Foram utilizadas técnicas cognitivas e comportamentais voltadas a pacientes depressivos com o fim de amenizar os sintomas da doença, reestruturação cognitiva, mudanças

de hábitos negativos, além de promover interação social em grupo que possibilita a resolução de problemas.

3.2 População amostra

A população amostra consistiu em um grupo de participantes do sexo feminino com a faixa etária de 31 a 54 anos, que estavam na fila de espera do encaminhamento psicológico, com laudo de depressão. Como critérios, foram elencados os seguintes, a participação volitiva no grupo e na terapia, baixa renda, frequentar os serviços públicos de saúde e residentes na cidade de Sinop, na região da UBS do Jardim Jacarandás. Foram excluídas da pesquisa pessoas que não apresentaram os requisitos da inclusão supracitados, como também comorbidades, como transtorno de personalidade, tendência ou tentativa de suicídio.

3.3 Coleta de dados

Antes de começar o processo da formação de grupo, foi realizado um protocolo de tratamento da TCCG voltada para depressão, pautado no livro da autora Carmem Beatriz Neufeld (2017). A coleta de dados foi realizada na UBS, por meio da investigação de laudos das pacientes encaminhados ao atendimento psicológico. Em segundo plano, foi feito a seleção de laudos que constassem o diagnóstico de um quadro depressivo. Após isso, estabeleceu-se um contato com os pacientes que se encaixaram nos critérios de tratamento a partir da terapia de grupo.

Ademais, marcou-se um encontro na UBS a fim de realizar uma entrevista individual somado a uma triagem para obtenção de dados aprofundados das pacientes, constatando a participação da paciente na terapia de grupo. A partir da confirmação da proposta, deu-se início ao tratamento com os membros em questão, bem como foi aplicado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) aos sujeitos da pesquisa.

O tratamento realizou-se em dez sessões, divididas em três estágios, sendo eles: inicial, intermediário e final. No estágio inicial, esclareceu-se sobre o contrato terapêutico que incluía horários dos atendimentos, dias da semana, duração das sessões, apresentação dos participantes, psicoeducação sobre a TCC e a depressão.

No estágio intermediário, aplicou-se atividades no grupo e tarefas para casa, que consistiam na identificação de pensamentos automáticos disfuncionais para reestruturação cognitiva a partir do modelo ABC. Ainda nessa fase, foram apresentadas técnicas comportamentais com o fim de modificar hábitos prejudiciais à saúde do paciente.

Em última análise, o objetivo foi consolidar as aprendizagens ao término do grupo. Foram revisadas as atividades na prevenção de recaídas, para intensificar a importância de habilidades sociais aliadas ao uso de cartões de enfrentamento. Verificando os resultados e comprovando a melhora por meio do inventário de depressão, encontrado no livro “A mente vencendo o humor”, de Greenberger (1999), e encerrando com o feedback das pacientes na última sessão.

Tabela 1 – Demonstrativo das Sessões e Procedimentos Realizados com as Mulheres

Sessões	Procedimento
01	Dinâmica de apresentação das participantes, explicação sobre o que é um grupo terapêutico; contrato terapêutico; o que é a TCC?
02	Dúvidas, revisão da sessão anterior, acolhimento, o que é depressão?
03	Como anda o tratamento? Dúvidas, questionamento, quadro clínico da depressão e sintomas. Dinâmica sobre suicídio.
04	Encontrando distorções de pensamento. (Reestruturação cognitiva) modelo ABC. Tarefa RPD.
05 e 06	Combatendo os pensamentos distorcidos. Meus pensamentos persistentes o que fazer quando seus pensamentos não lhe deixam? Identificando pensamentos positivos e padrões negativos.
07 e 08	Meus hábitos: respiração a seu favor e praticando bons hábitos de vida; a importância das atividades em seu humor. A importância do sono, da prática de atividades físicas e respiração (vídeo passo a passo).
09 e 10	Como as pessoas influenciam meu humor? Minha rede de suporte social. Estabelecer contatos, reafirmando amizades, fortalecendo vínculos. Prevenção de recaída: revisão de técnicas, perguntas e respostas. Agora que estou melhor, como faço para continuar bem? Psicoeducação sobre assertividade e cartões de enfrentamento para depressão. Feedback do tratamento, avaliação e inventários de humor.

As triagens foram realizadas com 5 participantes, no entanto, apenas três continuaram com o tratamento que será descrito no Capítulo 4. Na sessão 3, teve-se a inclusão de uma nova participante, esta não foi encaminhada através de prontuário, e sim por uma agente de saúde do local que a conhecia e comunicou a pesquisadora para que a incluísse no grupo. A triagem da nova participante foi realizada após o atendimento do grupo, individualmente. Na tabela não consta a seleção de prontuários e a triagens que foi realizada com cada paciente, somente quando o grupo se iniciou.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

4.1. Caracterização das amostras estudadas

A amostra R, 54 anos, nunca fez terapia, o resultado do seu inventário de depressão teve um *escore* de 51. Sua queixa inicial foi ser portadora da hanseníase e estar em tratamento a 10 meses. Por sentir dores resultantes do tratamento de sua doença, R foi dispensada do trabalho. Pelo fato de morar sozinha e não ter mais salário, uma amiga ofereceu sua casa para que ela ficasse até o final do tratamento. R mora com a amiga e o filho dela adolescente. Ao encontrar-se nessa situação, R teve sua depressão intensificada e tem apresentado esse quadro desde o falecimento de seu filho mais novo, há 7 anos atrás. Ele tinha um quadro diagnóstico epilético e esquizofrênico e R cuidava dele 24h por dia. Após perdê-lo relatou não ver mais sentido em sua vida.

Na triagem, a paciente relatou ter sido casada duas vezes, tendo um filho com o primeiro marido, com qual permaneceu casada por 2 anos, mas se separou pelas traições dele. Já no segundo, permaneceu casada por 14 anos, teve dois filhos, e viveu um relacionamento abusivo em todas as esferas, até o momento em que se separou. R fez duas triagens e foi apenas na primeira sessão e não compareceu mais sem se justificar à terapeuta, mas ao encontrar as outras participantes nas suas idas à UBS, comunicou-as que teria arrumado um trabalho integral, em uma fazenda, por isso não poderia ir mais.

A amostra D, 32 anos, gestante de 12 semanas, nunca fez terapia, o resultado do seu inventário de depressão teve um *escore* de 50. Sua queixa inicial foi sobre estar fazendo uso medicamentoso de antidepressivo até descobrir a gravidez e interrompê-lo, relatou não ter tido êxito no medicamento. Alegou querer o tratamento e que iria até o fim, pois queria ficar bem, principalmente, pela gravidez. Tem usado apenas os medicamentos necessários para a gestação. D é casada e tem dois filhos, uma menina de 15 anos e um menino de 4 anos. De acordo com seu relato, D sempre trabalhou muito no ramo de confeitaria e, quando morava na capital de Mato Grosso, perdeu seus pais, que faleceram de câncer e AVC.

Quando se mudou para Sinop-MT, parou com seu trabalho para se adaptar. Nessa mudança, percebeu-se estranha e angustiada, identificando que poderia estar com depressão, mas não aceitava essa condição e até tentou suicídio antes de saber que estava grávida. D chorou em seu relato e alegou precisar de ajuda, e que agora estaria mais disposta a isso pela sua gestação. D relatou que a relação com seus irmãos é conturbada, em decorrência da relação de

seus pais. Seu pai era agressivo com a esposa e os filhos, que cresceram com problemas psicológicos e abuso de substâncias. Por causa disso, D se vê na obrigação de proteger e ajudar seus irmãos que são reincidentes na cadeia e só a procuram nas dificuldades. Nas sessões, deixou os irmãos de lado e priorizou mais sua saúde.

A amostra S, 40 anos, nunca fez terapia, o resultado do seu inventário de depressão teve um *escore* de 22. S, em seu relato, disse ter dúvida sobre seu diagnóstico, mas que apresenta depressão e ansiedade desde que nasceu. Sua queixa foi de que seu problema é querer as coisas no seu próprio tempo. Ela tem trabalhado muito para conseguir comprar uma casa, mas que esse processo não tem saído no tempo desejado, por isso fica deprimida. De acordo com S, sua depressão vem e volta. S está com uma pessoa há 7 anos, tem 3 filhos de outros relacionamentos, sendo um menino de 18 anos, uma menina de 16 anos e outra de 15 anos, mas apenas a de 15 anos mora com ela. Sua outra preocupação tem sido com essa filha que quer estudar na Bahia.

S teve seus pais separados desde que nasceu, quem cuidou dela, de sua irmã e de seu irmão foi seu pai, que, infelizmente, abusou dela e de sua irmã até os 10 anos de idade. Sua irmã, quando pode sair de casa, não manteve mais contato com ele. S, no entanto, morou com ele até a sua morte cuidando dele. S faz uso medicamentoso de ecitalopram há 60 dias. S apareceu apenas na sessão de triagem e não compareceu nas sessões em grupo.

A amostra C, 48 anos, passou por algumas sessões individuais na UBS, 3 anos atrás. O resultado do seu inventário de depressão teve um *escore* de 23. Quando começou a falar, começou a chorar. Sua queixa foi sofrer de depressão desde que se separou do seu marido, há 10 anos, com quem foi casada por 11 anos. Seu divórcio foi litigioso e seu ex-marido conseguiu a guarda da filha. Sua filha tem 18 anos e prefere estar com o pai, de acordo com a paciente. Durante esses 10 anos, ela e seu marido tem brigado e acionado processos judiciais um contra o outro.

O ex é casado com a mulher que ele a traiu, quando estavam juntos, e tem uma família com ela. C não se casou com mais ninguém. Cuida de sua mãe de 83 anos e é paga por sua irmã que é advogada para realizar esse cuidado. Está tomando um antidepressivo há 7 meses, do qual não recordou do nome, e disse ter visto pouca diferença. C disse também estar cansada do seu processo de divórcio, e queria um acordo, contudo, não existe diálogo entre os dois. Foi observado que C tinha pouco controle emocional diante dos seus relatos, pois, ao sentir raiva, batia na mesa e, ao ficar triste, chorava incessantemente.

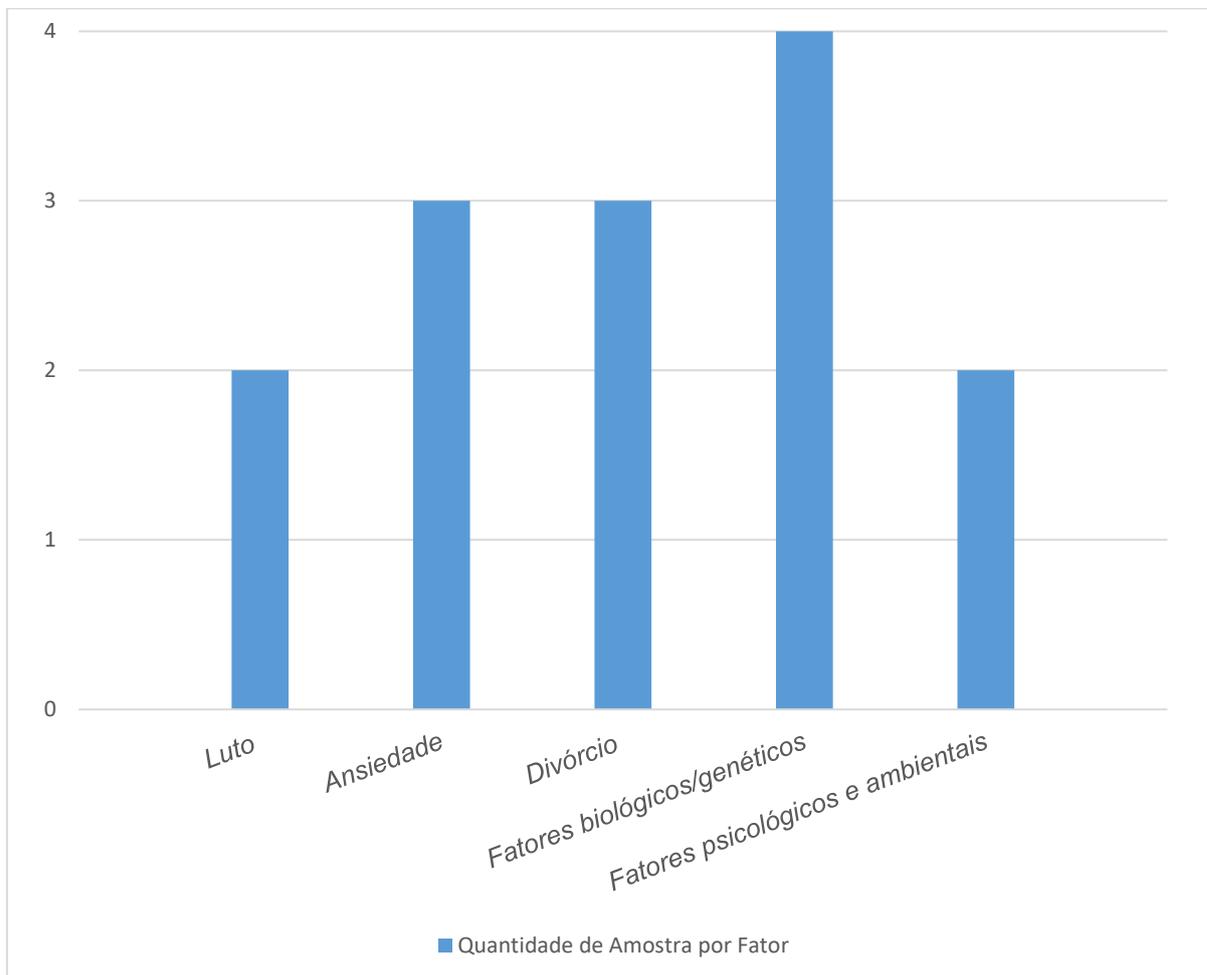
A amostra N, 31 anos, nunca fez terapia, fez uso medicamentoso de fluoxetina há um mês antecedente ao tratamento. O resultado do seu inventário de depressão teve um *escore* de

43. Sua queixa é o relacionamento conturbado, culpa do passado e depressão. Seu relato inicial foi sobre seu marido, que, quando acessa às redes sociais, comenta fotos de várias mulheres, bem como manda solicitações. N já disse a ele que isso a incomoda e ele não muda. N tem dois filhos, uma menina de 15 anos que mora com a avó materna em outra cidade, e um menino de 6 anos que mora com ela. Seus dois filhos são do seu primeiro casamento. N foi casada 14 anos com seu ex-marido e maltratada 9 anos por ele, até ele decidir parar com as agressões e traições. No entanto, para ela, a relação não era mais a mesma e acabou conhecendo seu atual, separando-se do primeiro. Mora com seu atual, o filho dele de 15 anos e seu filho de 6 anos. O filho de seu marido tem maltratado seu filho com agressões verbais e físicas, seu filho lhe contou, mas ela tem relutado em acreditar por não querer entrar em conflito com o marido. A paciente sente muita culpa e autocrítica, mas esses padrões foram amenizados ao longo das sessões.

4.2 Resultados e discussões

De acordo com as 10 sessões de observação e intervenção, foram identificados os seguintes fatores:

Gráfico 1 – Demonstrativo dos Fatores Identificados



Fonte: Elaborado pelo autor.

Quando se refere às causas da depressão, a literatura apresenta diversos fatores envolvidos, desde causas biológicas a ambientais. Os motivos intrínsecos aos sintomas depressivos das participantes foram o luto, a ansiedade, o divórcio, fatores genéticos/biológicos e fatores psicológicos e ambientais (SILVA, 2016).

Os fatores ligados ao transtorno depressivo identificados durante os atendimentos e com base na análise das triagens: luto, ansiedade, divórcio, fatores biológicos/genéticos, fatores psicológicos e ambientais.

O luto é um processo natural que acontece em todas as fases do desenvolvimento humano. Envolve sentimento de tristeza, apatia e perda de interesse no mundo externo, quando se passa por uma perda significativa. Um luto mal elaborado se torna patológico e o indivíduo não consegue reorganizar sua vida diante da perda. Desse modo, o sujeito tem dificuldade de fazer novos planos e focar no presente, uma vez que não vê mais sentido em sua vida (PAPALIA, 2013).

A amostra R, quando sofreu a perda de seu filho, não via mais sentido em sua vida, pois o sentido de sua vida era seu filho. Foi observado uma dificuldade dela em lidar com a própria vida e lhe dar um significado. A amostra D teve uma expressão emocional insuficiente quando perdeu seus pais, por conta de seus intensos afazeres nesse período, resultando, assim, em uma expressão posterior intensa a essa perda, de certo modo, incompreendida por ela, colaborando com seu humor deprimido.

De acordo com Neufeld e Rangé (2017), na abordagem cognitivo-comportamental os grupos são homogêneos e fechados com protocolo de atendimento definido. O protocolo guia o terapeuta na melhor condução a se trabalhar o diagnóstico, mesmo definido, foram acrescentadas novas técnicas para ansiedade, vivenciada pela maioria das participantes. Conduzir as técnicas, de acordo com as necessidades do grupo, procedeu uma melhora significativa das pacientes.

A ansiedade, em nível elevado, causa sintomas físicos, como tensão, irritabilidade, problemas estomacais, problemas com o sono e dificuldade de concentração. Além de problemas, como divórcio, um rompimento com parceiro e doenças repentinas. A ansiedade é gerada por uma preocupação em demasia com o futuro. O ansioso tende a possuir certos padrões de pensamento para se livrar de um perigo por vezes imaginário. Tais padrões de pensamento podem ser: “tudo é perigoso”, “não posso errar”, “não posso me arriscar” “tenho que controlar tudo para evitar um desconforto”, “acontecerá uma catástrofe, não irei suportar”. As

consequências de se preocupar constantemente são diversas, e uma delas é a depressão. Em diversos momentos, as duas estão ligadas, pois uma acaba propiciando a outra. Na ansiedade, os pensamentos são pessimistas, assim como na depressão, além dos sintomas físicos (APA, 2014).

Em virtude disso, o paciente que possui esses quadros, seja ele misto, pode encontrar dificuldade para definir com qual dos transtornos sofre mais, por estarem inerentes. Viver entre um e outro faz com que o sujeito encontre dificuldade de viver o presente. A amostra D, além da depressão, sentia sérias crises de ansiedade. Durante o tratamento, foi preciso fazer uso medicamentoso para a ansiedade, pois só a terapia estava sendo difícil para ela controlar. Já a amostra N, ficava constantemente preocupada com o seu relacionamento, sofrendo sintomas de ansiedade. A amostra C, durante as sessões, dizia sentir ansiedade quando tinha que resolver questões referentes ao seu divórcio.

Conforme Papalia (2013) O divórcio sempre causará estresse, sendo ele consensual ou não, pois envolve o judiciário, guarda dos filhos, divisão de bens, além do que ocasionou a separação. Dependendo da forma que o divórcio acontece, gera um nível alto estresse, que pode levar a uma depressão. A amostra C chegou com a queixa de um divórcio litigioso, o desgaste causado por esse processo, em 10 anos, desencadeou seus sintomas de depressão. A amostra R, também sofreu com um histórico de divórcio do seu segundo casamento, sendo umas das questões que colaborou com sua depressão. A amostra N também carrega sequelas da sua separação, como a culpa por ter se separado, na dúvida se fez a escolha certa, por conta do relacionamento conturbado que vive com o atual.

O fator genético encontra-se em um histórico de doença psiquiátrica na família, em que indivíduo possui uma vulnerabilidade para o desenvolvimento da patologia. A amostra D tinha os pais, ou seja, parentes de primeiro grau com transtornos psicológicos, como a depressão e outros. Durante as sessões, quando ela obteve conhecimento sobre o assunto, entendeu que isso poderia estar influenciando na sua doença também (SILVA, 2016).

Pelo fato de as amostras serem usuárias do SUS e atenção primária, facilitou a definição do tratamento conforme a demanda do local, pois existe prontuários com os diagnósticos já definidos. Sendo a maior parte dos prontuários na fila de espera do sexo feminino com diagnóstico de transtornos depressivos e ansiosos. Sobre isso, Silva (2016) explana que o índice de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, é maior entre mulheres do que entre homens.

Fatores biológicos se enquadram em mudanças bioquímicas do funcionamento cerebral, doenças físicas, doenças orgânicas e oscilação hormonal. Além disso, contato com

microrganismos que ocasionam várias doenças. Outro fator é o fato de serem do sexo feminino, o que aumenta as chances de depressão. Por essa condição, todas se encaixam no fator biológico considerando o sexo. Como no caso da amostra R, que foi acometida pela Hanseníase, uma doença infectocontagiosa que exige um tratamento intenso, recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, chamado poliquimioterapia. O afastamento do trabalho e isolamento social e a companhia de fortes dores, que a paciente sofria, colaboram para o desenvolvimento da depressão (BRASIL, 2002).

A vantagem de realizar grupos terapêuticos na atenção primária é em razão dos pacientes estarem inseridos no ambiente de saúde, que lhes oferta outros serviços e encaminhamentos se necessários. Como também, auxilia no critério de seleção dos participantes já diagnosticados. (BRASIL, 2011; BOUSQUAT et al., 2017; FAQUINELLO et al., 2010).

Além disso, proporciona saúde mental e conhecimento ao público de baixa renda que necessita do serviço, mas não tem a oportunidade de ter acesso ao particular. Sendo esse o caso das amostras que nunca haviam feito terapia anteriormente (TOMASI; et al., 2011).

Fatores psicológicos se enquadram na personalidade do indivíduo, ou seja, a mistura do temperamento com o caráter. Essa personalidade vai influenciar a forma que o indivíduo pensa sobre os eventos que acontecem em sua vida. Aspectos de como as pessoas pensam e comportam-se as torna passíveis aos transtornos depressivos. Pessoas muito tensas e que se cobram demais; pessoas negativistas e que se preocupam em excesso; pessoas controladoras e que se preocupam excessivamente com o que os outros pensam; pessoas inflexíveis e muito estressadas tendem a portar-se de forma negativa diante das frustrações da vida (BECK, 2017).

Os fatores ambientais são, em suma, significativos, que causam estresse agudo e crônico e podem evoluir para sintomas depressivos moderados a grave se não forem tratados antecipadamente. Esses fatores podem ser traumas, término de um relacionamento, conflito familiar, ser vítima de violência, perda do emprego, perda de um cargo profissional, dificuldade financeira, ser vítima de acidente de trânsito, ser vítima de um desastre natural com perda, e, até mesmo, períodos de transição na vida (SILVA, 2016).

A amostra N estava desempregada e em um relacionamento abusivo, esses fatores externos lhe causavam um estresse constante, ocasionando sua depressão. A amostra R também passou por vários fatores durante sua vida que desencadearam um estresse crônico a uma depressão grave e tentativa suicida.

4.2.1 Evolução e Resultado das Amostras

Amostra D: gestante, apresentava sintomas mistos de depressão e ansiedade. O protocolo do atendimento foi voltado para depressão, entretanto, foi preciso passar algumas técnicas de ansiedade, como A.C.A.L.M.E-S.E e técnicas de relaxamento. Como também, psicoeducação sobre os transtornos ansiosos com o grupo a fim de que ela e as outras pacientes soubessem como lidar com os sintomas.

Beck (2014) enfatiza a importância de sessões estruturadas, onde as primeiras sessões serão pautadas na psicoeducação. A psicoeducação é um instrumento fundamental para que os pacientes compreendam seu diagnóstico e sanem qualquer dúvida sobre seu funcionamento. Ao entenderem o seu estado, as participantes se sentiram mais confiantes e esperançosas em controlá-lo.

A paciente era comprometida com as sessões, e faltou apenas duas vezes por indisposição da gravidez e uma viagem que teve que fazer. Era cooperativa e altruísta com as outras integrantes, sendo o altruísmo um dos fatores terapêuticos do grupo. Além de ser uma paciente empenhada, pois fazia as tarefas e aplicava as técnicas quando sentia crises de ansiedade, logo que aprendeu sobre os pensamentos distorcidos, refutava a si mesmo, quando os percebia. A melhora de D foi visível por meio da aplicação do inventário de humor. Na tabela, mostra a redução gradativa de sintomas depressivos.

O inventário de depressão, que foi utilizado antes de iniciar o grupo até o seu encerramento, deu fundamento para os resultados do estudo. Com base nele, as pacientes visualizaram em detalhes os sintomas físicos e cognitivos do transtorno depressivo. Beck observou nos pacientes depressivos um padrão negativo na forma de ver o mundo, como pensamentos negativos em relação ao self, em relação ao mundo e ao futuro (GREENBERGER, 1999).

O inventário consta 19 sintomas com base nesses padrões de pensamento, o paciente irá marcar a intensidade que sentiu durante a última semana. Os resultados do inventário ao longo das sessões mediram a diminuição dos sintomas, comprovando a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (GREENBERGER, 1999).

A mudança de hábitos auxiliou na melhora das pacientes. Tais mudanças foram receber amigos em casa, com a casa organizada e limpa para que as visitas se sentissem à vontade, ampliando a sociabilidade; regrar as horas de sono, evitar alimentos e bebidas dentre outras coisas que impedissem um boa noite de sono; praticar alguma atividade física que lhes estivessem ao alcance; comunicar-se de forma assertiva e expressando as emoções; e fazer atividades de lazer que não faziam mais.

Experimento comportamental e mudanças de hábitos introduziram ações que as pacientes não praticavam mais e que auxiliam no bem-estar. Mudanças nos hábitos incluíram a prática de atividades físicas do seu agrado, separar um tempo de lazer com atividades consideradas prazerosas para elas, priorizar um boa noite de sono e as horas necessárias de cada uma, comer alimentos mais saudáveis e usar a respiração em seu favor nos momentos de raiva, ansiedade e descanso (GREENBERGER, 1999).

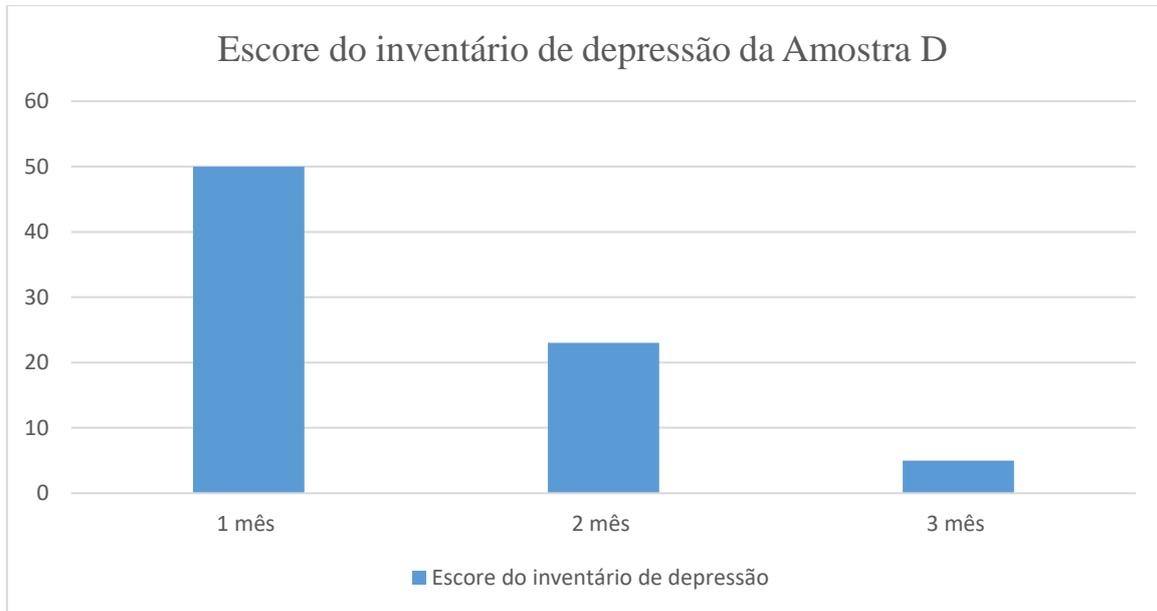
Lamourére (2013) oferece dicas e exercícios para estabelecer contatos sociais, convidar os amigos para uma visita e recebê-los da melhor forma, fortalecendo amizades e expandindo o círculo social. Na depressão, a pessoa tende a se isolar e manter o mínimo de contato social, pois acredita que sua presença incomoda. O contato social se faz importante para que esse círculo vicioso seja enfraquecido, sociabilizando e adquirindo habilidades sociais. As pacientes resgataram amizades que não mantinham mais contato, como também fizeram novos vínculos.

No estágio final do tratamento, as participantes receberam cartões de enfrentamento para depressão, bem como uma lista de círculos viciosos da depressão para montarem estratégias de enfrentamento para si mesmas. Uma parte da lista dos círculos havia sido feita em grupo, as respostas que elas deram foram satisfatoriamente adaptativas, após terem aprendido sobre os pensamentos e a mudança de hábitos.

No estágio final do tratamento, ofereceu-se às pacientes uma lista de cartões de enfrentamento para a depressão e círculos viciosos da depressão, para modificação de crenças disfuncionais e estratégias de enfrentamento dos círculos (PERGHER, 2020).

Na última sessão, foi passada uma avaliação do tratamento para as participantes, e o feedback de D foi de que a TCCG lhe ajudou totalmente, pois aprendeu a controlar mais seus sentimentos, como também, sentiu-se mais forte. Concluiu que a terapeuta foi fundamental no tratamento e que não sente necessidade de dar prosseguimento a uma terapia individual.

De acordo com Beck (2014), a terapia cognitivo-comportamental oferece o subsídio necessário para identificar pensamentos distorcidos, emoções e comportamentos. A postura do terapeuta e aliança terapêutica provocaram efeitos positivos ou negativos no tratamento. É essencial que o terapeuta tenha empatia, tenha um bom domínio teórico e das técnicas, domínio na condução da discussão do grupo e responsabilidade na tomada de decisões. Desse modo, conforme a avaliação final das amostras sobre a tratamento, a terapeuta foi fundamental para que elas alcançassem seus objetivos.



Fonte: Elaborada pelo autor.

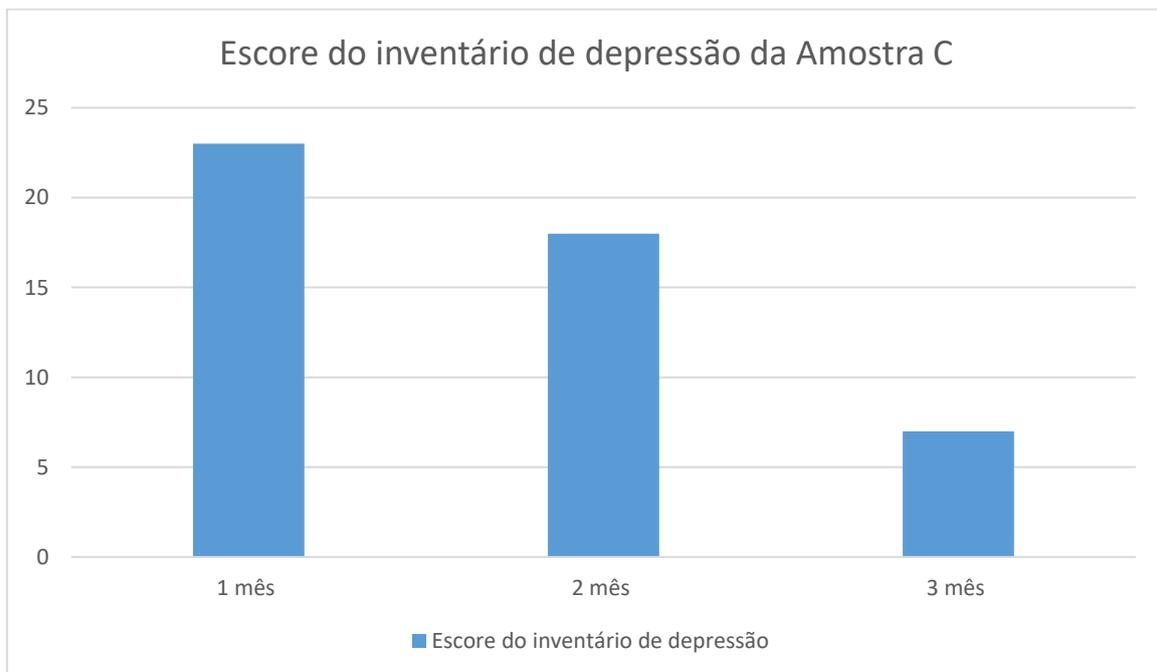
Amostra C: divorciada, apresentava um episódio depressivo moderado a leve, de acordo com seu inventário ilustrado no gráfico. Fazia uso medicamentoso para a depressão, mas não lembrava o nome do medicamento, e nem se recordou em trazê-lo durante as sessões. Estava tomando a medicação há mais de 6 meses, e se queixava de não fazer efeito. C se mostrou a mais relutante em sua melhora. Em todas as sessões, trazia o mesmo caso, e, dificilmente, trazia algo novo da sua semana ou sobre seus pensamentos.

Teve dificuldade em fazer as tarefas das poucas vezes que fez. Não tinha uma interação tão espontânea como as demais, e na maior parte das vezes, só falava quando era interrogada. Se sentia incompreendida quando as integrantes sugerissem soluções para o seu problema. Foi notório que a paciente ao longo dos anos do seu processo judiciário não quis ter novas atitudes, pois, de acordo com ela, já teria sido humilhada demais e não queira sair perdendo. Seu apego nesse pensamento e mesmos hábitos, lhe causava as mesmas situações estressantes, provocando seu desgaste emocional.

Mesmo com suas limitações, a paciente faltou apenas uma vez. Sentia-se bem no grupo, que apresentava coesão, identificação com os problemas das demais e obtenção de aprendizagem social, sendo essas condições terapêuticas do grupo. Em sua avaliação final, definiu a terapia como boa, sem dar detalhes. Gostou da terapeuta e acredita que não precisa prosseguir com a terapia individual, pois aprendeu o que precisava, mas faltava colocar em prática.

Além das contribuições da terapia cognitivo-comportamental em seu plano de tratamento. É importante ressaltar os benefícios, ou seja, fatores terapêuticos de estar em grupo. Como resultado, os fatores terapêuticos, identificados no grupo do estudo, foram instilação a esperança – perceber que estar em grupo já ajudava – ; universalidade – identificar que os membros do grupo passam por situação e emoções semelhantes –; coesão – atração que os membros sentem pelo grupo –; altruísmo – dar e receber ajuda dos outros membros do grupo – ; aprendizagem social – desenvolvimento de habilidades sociais –; fatores existenciais – fatores relacionados às condições humanas, como morte, liberdade e responsabilidade –; catarse – compartilhamento de sentimentos profundos (CORDIOLI, 2008).

Gráfico 2. *Escore do inventário de depressão/ A mente vencendo o humor*



Fonte: Elaborado pelo autor.

Amostra N: em um relacionamento conturbado, foi perceptível ver o seu interesse pela terapia, pois compareceu no tratamento na terceira sessão no mesmo dia em que foi chamada e obteve um elevado *escore* no inventário. Faltou três sessões, por motivos pessoais, mas obteve uma melhora sintomática mais acelerada que as outras, demonstrado no seu gráfico. Fazia os registros de pensamento modelo ABC e compreendeu bem a teoria ministrada. Quando aprendeu sobre os pensamentos distorcidos, trazia exemplo das distorções mais comuns que tinha e com o tempo lembrava-se delas nas situações, controlando seu humor.

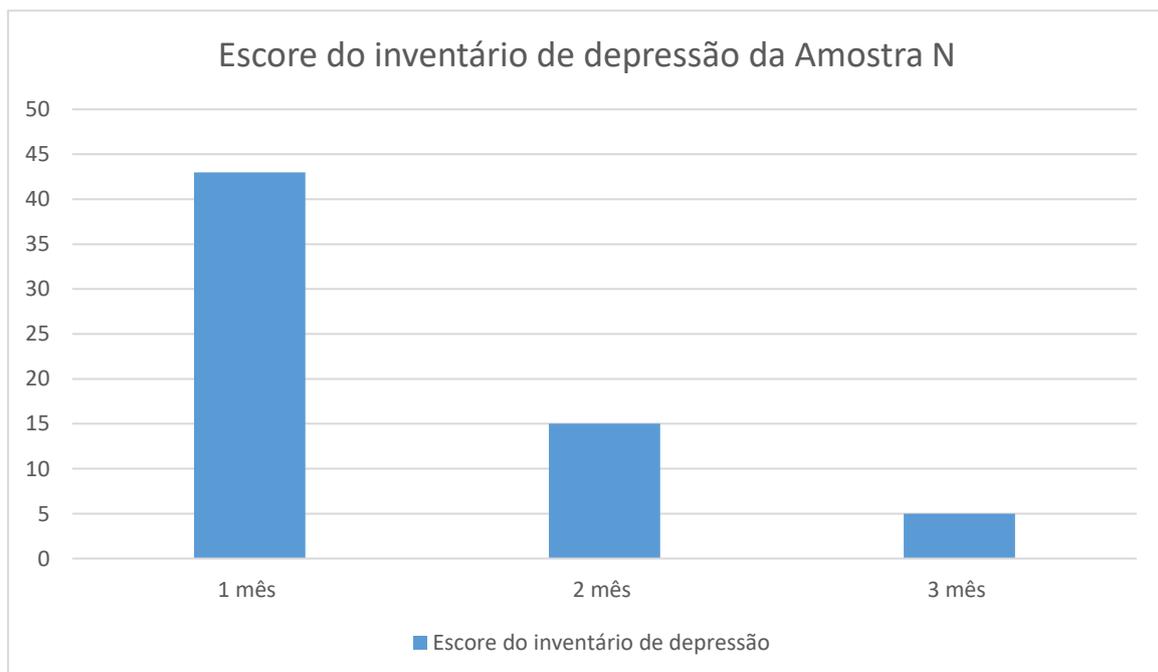
O conhecimento e a identificação de pensamentos automáticos auxiliam os pacientes lidarem com as emoções e conseqüentemente a mudar comportamentos mal adaptativos. O modelo utilizado pelas pacientes, para realizarem uma reestruturação cognitiva, foi o ABC. Nesse modelo, A é um evento ativador (situação), B as crenças, pensamentos distorcidos e regras e C o comportamento (consequência). Após realizarem o registro duas vezes, elas compreenderam o processo, e traziam os relatos de forma verbal que, logo, conduzia a técnica do questionamento socrático e resolução de problemas (BRANCH e WILSON, 2011).

Foi a que mais interagiu no grupo, e falava abertamente sobre seus problemas. Com o relato das outras integrantes, pode enxergar como estava seu relacionamento e o que ela considerava amor na vida afetiva. Tinha esperança de sua melhora e foi mudando seus pensamentos distorcidos quando aprendeu a identificar a situações que os acionavam. Como também desenvolveu habilidades sociais por estar em grupo, aprendendo a falar sobre seus sentimentos, fator terapêutico do grupo denominado catarse.

Em sua avaliação final, definiu a terapia como muito boa e que agora sabe lidar com suas crises de ansiedade e que o tratamento foi excelente, pois lhe ajudou muito. Sendo assim, registrou que não sente necessidade de prosseguir com um tratamento individual, pois, com tudo que aprendeu, consegue se controlar sozinha.

É indispensável considerar que as amostras faziam uso medicamentoso, que combinado à psicoterapia, traz resultados satisfatórios (LEAHY, 2015).

Gráfico 3. *Escore do inventário de depressão/ A mente vencendo o humor*



Fonte: Elaborada pelo autor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora um número considerável de pessoas já ouviu falar sobre a depressão pelo fato do seu aumento significativo, existe uma boa parte delas que não compreende quando estão doentes. Quando pessoas acometidas pela doença percebem que estão com o problema, por vezes, já podem estar em um estágio mais avançado, desse modo tende a trazer prejuízos na vida do indivíduo. Os sintomas depressivos são classificados de leves a graves, e possuem causas multifatoriais. Tais fatores são considerados genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Tal cenário pode afetar um considerável número de pessoas que não possuem condições financeiras para arcar com um tratamento particular, fazendo com que recorram à saúde pública, ou seja, tendo o primeiro contato com a atenção primária. No entanto, a atenção primária sofre com a escassez de profissionais da psicologia, em especial na UBS, onde o estudo foi realizado. Ao analisar tal fato, encontrou-se a necessidade de atendimentos psicológicos no local, visto que possuía uma longa lista de espera de pessoas para serem atendidas.

Com o intuito de remediar essa situação, o presente estudo teve por objetivo mostrar as contribuições de grupos terapêuticos na abordagem cognitivo-comportamental em UBSs. Inicialmente, foi feita uma seleção de prontuários diagnosticados com depressão, que, em sua maioria, era de mulheres. Essas se prontificaram a fazer a terapia em grupo, mesmo sendo uma modalidade que não atrai todas as pessoas, mas que traz os mesmos benefícios de uma terapia individual.

O tratamento foi embasado no livro “Terapia cognitivo comportamental em grupos”, da autora Carmem Beatriz Neufeld. Com base no protocolo de atendimento formado para depressão, que consta técnicas e estratégias de aplicação, foram realizadas um número total de 10 sessões, divididas em estágio inicial, intermediário e final. Nos estágios iniciais, empregou-se a psicoeducação com o intuito de ensinar as pacientes sobre a depressão, ansiedade e a TCC. No estágio intermediário, houve a aplicação de técnicas, exercícios em grupo e tarefas para casa, a fim de fazer uma reestruturação cognitiva, uma mudança de hábitos e dos comportamentos das pacientes. No estágio final, foi executada a avaliação do tratamento em conjunto com o feedback das pacientes.

A evolução do tratamento foi pautada na aplicação periódica, durante 3 meses, do inventário de depressão do livro “A mente vencendo o humor”, de Greenberger. Assim sendo,

os objetivos do estudo foram atingidos ao final do tratamento, pois houve uma diminuição considerável de sintomas depressivos, comparados ao estágio inicial e uma avaliação satisfatória da abordagem cognitivo-comportamental em grupo utilizada no tratamento, dada pelas pacientes.

Com este estudo, confirma-se a eficácia da utilização da terapia cognitivo comportamental em grupo, conforme a discussão levantada no Capítulo II, deste trabalho, pois proporciona conhecimento, aprendizagem, mudança de pensamentos e comportamentos prejudiciais e uma conseqüente redução de sintomas. A aplicação de técnicas, coloca o paciente em papel ativo diante do seu estado, transformando-o em seu próprio terapeuta fora do *setting*, bem como após o término das sessões. Esse fator colabora para que a terapia seja breve e os resultados sejam rápidos.

Também se constatou que é considerável que a melhora do quadro depende do paciente e do terapeuta. Uma boa aliança terapêutica e a postura do terapeuta perante o grupo é primordial para o engajamento do paciente, gerando resultados proveitosos. Além dos fatores terapêuticos ocasionados pelo grupo, como coesão, universalidade, aprendizagem social, altruísmo, instilação a esperança, catarse e fatores existenciais.

Em suma, espera-se que este trabalho possa contribuir para quem tiver interesse no assunto, e para que outros profissionais da psicologia aprendam e conheçam a experiência de se trabalhar grupos terapêuticos na saúde pública.

REFERÊNCIAS

ABREU, Cristiano Nabuco de. **Psicologia do cotidiano: como vivemos, pensamos e nos relacionamos hoje.** – Porto Alegre: Artmed, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALMEIDA, Alexander Moreira de; LOTUFO, Francisco Neto. **Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas.** RevBrasPsiquiatr 2003;25(4):239-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n4/a11v25n4.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BECK, Aaron T; et al. **Terapia cognitiva da depressão.** [Recurso eletrônico] Porto alegre: Artmed, 1997.

BECK, Aaron T; et al. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. ISBN: 978-85-8271-412-6

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu.** Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(2):242-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a14.pdf>. Acesso em: 13 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **O sistema público de saúde brasileiro** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Sistema único de saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes**/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde, 1 ed, 2 reimpr.. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BOUSQUAT, Aylene; et al. **Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras:** os 5 R. Cad. Saúde Pública, 33(8):e00037316, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00037316.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

CINTRA, Marcela Spinardi; BERNARDO, Marcia Hespanhol. **Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37 n°4, 883-896, Out/Dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>. Acesso em: 03 jun. 2020.

CORDIOLI, Aristides Volpato (organizador). **Psicoterapias: abordagens atuais.** 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008. 886p.; 25cm.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde.** [Recurso eletrônico] 1ª Ed, Brasília - DF, 2010.

FAQUINELLO, Paula; et al. **A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 19(4): 736-44, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/17.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

FERREIRA, João Leite Neto. **A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses.** *Psicol. cienc. prof.* vol.30 no.2 Brasília jun. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013. Acesso em: 02 jun. 2020.

GAZZANIGA, Michael S; HEATHERTON, Todd F. **Ciência psicológica: Mente cérebro e comportamento.** 2ª imp. Revisada. Porto Alegre: Artmed, 2005. ISBN 978-85-363- 0432-8

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREENBERGER, Dennis. **A mente vencendo o humor.** [Recurso eletrônico] Porto Alegre: Artmed, 1999.

KNAPP, P. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.**[Online] ver *Bras Psiquiatr.* (Supl II):S54-64, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a02v30s2.pdf> Acesso em: 09 Jun 2020.

LAGE, Jorge Teixeira. **Neurobiologia da Depressão.** Tese de mestrado em Medicina, FMUP-Faculdade de Medicina do Porto, 2010. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53466/2/Neurobiologia%20da%20Depresso.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

LAMOURÉRE, Odile. **Caderno de exercícios e dicas para fazer amigos e ampliar suas relações.** – Brasil: Vozes, 2013.

LEAHY, Robert I. **Vença a depressão antes que ela vença você.** [Recurso eletrônico]Porto Alegre: Artimed, 2015.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos.** / Marilda Emmanuel Novaes Lipp e Elisa MediciPizão Yoshida. – São Paulo: Casa do psicólogo, 2012. 179 p.

MELLO, Julio de Filho. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos.** Julho Mello Filho. – São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. 34 p.

NEUFELD, Beatriz Carmem; RANGÉ, Bernard P. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática [recurso eletrônico].** – Porto Alegre: Artmed, 2017. 34-35 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PAPALIA, Diane E. **Desenvolvimento humano/** Diane E. Papalia, Ruth Duskin Feldman, com Gabriela Martorell; tradução: Carla Filomena Marques Pinto Vercesi... [et al.]; [revisão técnica: Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva... et al.]. –12. Ed. – Porto Alegre: AMGH, 2013.

PERGHER, Giovanni K. **TCC para todos: o maior portal de terapia cognitiva do Brasil.** 2020. Disponível em: <https://www.tccparatodos.com/>. Acesso em 11 de nov. 2020.

PIRES, Ana Cláudia Tolentino; BRAGA, Tânia Moron Saes. **O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional.** Temas psicol. vol.17 no.1 Ribeirão Preto,2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013. Acesso em: 03 jun. 2020.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública.** Rev. Saúde Pública [online]. 1995, vol.29, n.4, pp.318-325. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101995000400010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 jul. 2020.

POWELL, Vania Bitencourt; et al., **Terapia cognitivo-comportamental da depressão.** Rev Bras Psiquiatr. 2008;30 (Supl II):S73-80. Disponível em: scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf. Acesso em: 03 jul. 2020.

RANGÉ, Bernard., *et al.* **Psicoterapias cognitivo-comportamental [recurso eletrônico]: um diálogo com a psiquiatria.** – 2. Ed. – Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes depressivas: as três dimensões da doença do século.** -1. Ed. – São Paulo: Pricipium, 2016.

SOUZA, Laura Vilela de; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Processo grupal e atuação do psicólogo na atenção primária à saúde.** Journal of Human Growth and Development, 2012; 22(3): 388-395. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822012000300016. Acesso em 17 jul. 2020.

TOMASI, Elaine; et al. **Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde as regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção.** Ciência &

Saúde Coletiva, 16(11):4395-4404, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a12v16n11.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

WILSON, Rob; BRANCH, Rhena. **Terapia cognitivo-comportamental para leigos**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2011.

WRIGHT, Jesse H; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Yalom, Irvin D. **Psicoterapia de grupo : teoria e prática [recurso eletrônico]**: tradução Ronaldo Cataldo Costa. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2007.

ANEXOS