



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CAIO EVANGELISTA COSTA

APLICAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA
ABORDAGEM DE TRANSTORNOS MISTOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS NO
CONTEXTO DA ESF.

SÃO PAULO
2020

CAIO EVANGELISTA COSTA

APLICAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA
ABORDAGEM DE TRANSTORNOS MISTOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS NO
CONTEXTO DA ESF.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: MARIA APARECIDA MOREIRA MARTINS

SÃO PAULO
2020

Resumo

Considerando as mudanças ao longo da evolução da atenção à saúde no Brasil, especialmente na área da saúde mental, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem ganhando destaque. Nela, busca-se trabalhar a saúde mental no âmbito da comunidade, articulando-se os dispositivos de cuidado especializado extra-hospitalares, a fim de melhorar a qualidade de vida e diminuir estigmas. Na área de abrangência da unidade em que atuo, a prevalência de doenças psiquiátricas chama a atenção no território e mesmo com o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a demanda supera facilmente a oferta de serviços prestados. Em face do exposto decidi por fazer um projeto de intervenção com esses pacientes e montar um grupo para a prática da TCCG (Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo), cuja grande proposta é instruir os doentes e familiares sobre as doenças pelas quais são acometidos, trabalhar as reações diante de situações estressantes e que desencadeiam piora dos sintomas dos pacientes, orientar melhor as medicações em uso, além de oferecer mais um espaço de acolhimento, convivência e oportunidade. Com a aplicação do projeto espera-se que os participantes do grupo passem a apresentar uma visão mais positiva da vida e dos outros com quem convivem, assim como uma melhora da autoestima, nos relacionamentos e em relação à saúde.

Palavra-chave

Saúde Mental. Terapia Comportamental. Transtornos Mentais. Transtornos de Ansiedade. Depressão

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O Programa Saúde da Família configura-se como a principal modalidade de atuação da atenção primária à saúde (APS). Posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tornou-se uma política nacional do Ministério da Saúde com a finalidade de reorientar o modelo assistencial, pela perspectiva psicossocial, tendo como pressuposto o atendimento continuado a famílias de uma área geograficamente delimitada. Nesse contexto, muda-se a abordagem da medicina centrada na doença e no tratamento da mesma e passa-se a tratar a pessoa, com seu sofrimento, inserida na comunidade. Em meio a essas mudanças, especialmente na área da saúde mental, a APS vem ganhando destaque. Nela, busca-se trabalhar a saúde mental no âmbito da comunidade, articulando-se os dispositivos de cuidado especializado extra-hospitalares, a fim de melhorar a qualidade de vida e diminuir estigmas, por meio de iniciativas que visem responder às diferentes demandas que a doença ou limitação apresentam (FRATESCHI E CARDOSO, 2014).

Apesar da defasagem que temos em relação aos estudos sobre saúde mental na APS, visto o ínfimo número de pesquisas que estimam a prevalência de transtornos mentais na atenção primária no Brasil, sendo que a maioria dos existentes é referente a cidades com menos de 650 mil habitantes. Sabe-se atualmente que as taxas de transtornos mentais na população geral vêm crescendo vertiginosamente, principalmente em grupos mais vulneráveis como mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda. (GONÇALVES DA et al, 2014)

Globalmente, o número total de pessoas com depressão foi estimado acima de 300 milhões em 2015. Próximo a esse número está a quantidade de pessoas que sofrem de transtornos de ansiedade. Entre essas pessoas estão as que vivem com ambas as condições simultaneamente, quadro que caracteriza o chamado “transtorno misto”. (OMS, 2017)

Dentre as várias possibilidades terapêuticas dos transtornos psiquiátricos as terapias cognitivo comportamentais em grupo (TCCG) vêm se estabelecendo como proposta promissora para o tratamento de vários transtornos psíquicos, apesar de a grande maioria dos protocolos de tratamento com referencial cognitivo comportamental enfatizar a terapia individual, aquelas derivam diretamente destas. São várias as vantagens desse tipo de abordagem, dentre eles pode-se citar a ausência de efeitos colaterais, a possibilidade de aplicação por profissionais não médicos (p. ex. psicólogos ou enfermeiros treinados), cursam com baixas taxas de recaída e, no longo prazo, parecem ter melhor custo-efetividade. (SOARES, 2017)

Na área de abrangência da unidade em que atuo, a demanda maior dos atendimentos é para os idosos, pacientes com diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças psiquiátricas. A prevalência dessa última comorbidade chama a atenção no território e mesmo com o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a demanda supera facilmente a oferta de serviços prestados. Analisando-se os dados coletados no sistema de prontuário eletrônico utilizado no município (Flysaúde) observou-se que no último ano foram atendidos 176 casos de pacientes registrados com hipótese diagnóstica de transtorno misto. Considerando-se o fluxo médio de atendimento médico, excetuando-se os atendimentos da pediatria na unidade, que é de cerca de 88 pacientes por semana, chegamos ao valor de 4224 pacientes atendidos por ano, de forma que os pacientes diagnosticados com transtorno misto respondem por cerca de 4,15% de todos os atendimentos na unidade, taxa compatível com a prevalência do acometimento na população brasileira atual. Ainda temos como observação sobre esses dados o viés de que como cada prontuário de atendimento registra apenas um único CID por atendimento, muitas vezes o paciente apesar de ser diagnosticado em consulta com o transtorno em estudo, não fica registrado no sistema como hipótese diagnóstica principal

caso o paciente apresente alguma outra queixa na ocasião, considerada clinicamente mais importante, de forma que a incidência apontada pelo registro no sistema flysaúde subestima a quantidade de pacientes acometidos pelo transtorno. E, apesar de as taxas de prevalência de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus atendidos na unidade serem bem mais representativas numericamente, o suporte para o tratamento desses pacientes é bem melhor em comparação ao suporte psicoterápico dos pacientes com transtornos de ansiedade e depressão. Em face do exposto sobre a prevalência das doenças psiquiátricas, considerando a discussão da situação com o enfermeiro coordenador da unidade, que apoiou a ideia e a ausência de grupos de apoio na unidade, decidi por fazer um projeto de intervenção com esses pacientes e montar um grupo para a prática da TCCG, cuja grande proposta é instruir os doentes e familiares sobre as doenças pelas quais são acometidos, trabalhar as reações diante de situações estressantes e que desencadeiam piora dos sintomas dos pacientes, orientar melhor as medicações em uso, além de oferecer mais um espaço de acolhimento, convivência e oportunidade para a população assistida pela ESF da UBS Dr. Lauro Corsi - Jardim Iracema.

Considerando-se o que foi exposto e diante da realidade vivida nos atendimentos diários ocorridos dentro da Estratégia de Saúde da Família - Jardim Iracema, Vargem Grande do Sul - SP, a prevalência estimada de pacientes em uso de medicações psicotrópicas e o grande número de diagnósticos psiquiátricos, iniciou-se o interesse na proposta de formação de um grupo de apoio a esta demanda de pacientes.

ESTUDO DA LITERATURA

É frequente a ocorrência de transtornos depressivos e ansiosos na população geral, sendo estes responsáveis por grandes custos para o sistema de saúde. Grande parte dos acometidos surge como demanda na atenção primária e são nela são diagnosticados e tratados. Essa elevada frequência ainda poderia ser maior, visto que uma parte considerável de pacientes em quadros agudos podem não procurar por auxílio, subestimando o próprio caso. (SZIGETHY et al, 2017)

Os transtornos de ansiedade de forma geral são caracterizados em essência pela presença de manifestações ansiosas não desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem ser acompanhados de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves. (CBCD, 1997)

Já os transtornos depressivos caracterizam-se por humor depressivo, energia reduzida e hipoatividade. Situações ou atividades previamente prazerosas deixam de gerar tal experiência. Geralmente o paciente apresenta fadiga sem história de esforço físico que justifique, com problemas de sono e hiporexia. A maioria das vezes apresenta-se com baixa autoestima e são frequentes as sensações de culpa e ou menos valia. A capacidade de concentração geralmente encontra-se reduzida. Há pouca variação do humor ao longo dos dias ou conforme as circunstâncias. Podem ocorrer ainda: despertar matinal precoce, piora do quadro pela manhã, psicomotricidade reduzida, perda de peso e perda da libido. Os transtornos podem ser classificados em leve, moderado e grave conforme número e gravidade dos sintomas. (CBCD, 1997)

Não é pouco frequente a apresentação de sintomas de ambos os transtornos, porém, sem fechar critérios para o diagnóstico de um ou de outro transtorno. Estes casos se enquadram na categoria "Transtorno misto depressivo e ansioso". (OMS, 1990)

A fim de reduzir o sofrimento e auxiliar no tratamento medicamentoso desses transtornos surge a terapia cognitivo-comportamental (TCC), técnica que foi criada por Aaron T. Beck na década de 60, na Pensilvânia como uma psicoterapia breve, estruturada e orientada ao presente, na época com a finalidade de tratar quadros depressivos. Ao longo dos anos as muitas adaptações feitas mudaram o foco, a tecnologia e a duração do tratamento, porém mantiveram-se os pressupostos teóricos.

A técnica tradicionalmente foi descrita e praticada no formato individual. No entanto, em suas primeiras descrições já havia relatos do uso no formato grupal. A possibilidade de tratar mais de um paciente no mesmo intervalo de tempo e poupar recursos do sistema de saúde, podem ter sido fatores motivacionais para o início das adaptações para o modelo grupal. No entanto, a eficiência da terapia em grupo tem mostrado benefícios maiores que somente o financeiro. Particularmente no que tange os transtornos de ansiedade, há muitos estudos que comprovam sua eficácia e efetividade.

A respeito do que distingue o tratamento individual do grupal em TCC há que se notar o chamado "processo grupal", inerente a toda e qualquer abordagem terapêutica de grupo. Para a TCC, seja no formato individual ou em grupo, a estrutura da sessão, o foco na tarefa e as estratégias cognitivo-comportamentais são essenciais e fazem parte das técnicas. No entanto, no modelo em grupo, além das técnicas, há o processo grupal, que se constitui das interações interpessoais entre seus membros e entre os membros e o(s) terapeuta(s). (ALMEIDA, MARTINS E ALARCON, 2015)

A ESF assume papel central na atenção primária à saúde. Existe ampla variedade de ações e diversas formas de intervenção na APS, entre elas a coordenação de grupos de diferentes formatos, como acolhimentos psicoterapêuticos e de apoio, orientação, oficinas, grupos temáticos, informativos e palestras. Nesse cenário, a práticas grupais em TCC podem contribuir para a construção de um novo modo de atuar do terapeuta cognitivo, que envolve assumir o caráter interdisciplinar do trabalho na APS sem deixar de delimitar a especificidade da psicologia. Nesse âmbito, a escolha do tipo de técnicas a se implementar nem sempre poderá ser feita por protocolos fechados, pois na APS são muito comuns múltiplas queixas que revelam sintomas depressivos, de ansiedade, somatizações ou,

frequentemente, os três associados. Nesses casos, o terapeuta cognitivo precisa planejar quais recursos da TCC podem favorecer a maior parte dos participantes do grupo.

Dentre as dificuldades que podem ser encontradas na aplicação da TCCG no SUS está a busca por grupos homogêneos, com relação à idade e tipo de problema psíquico. Há uma recomendação do Ministério da Saúde aos profissionais que assumem, especificamente, o cuidado em saúde mental na atenção básica de evitar a formação de grupos por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico. Deve-se segundo o mesmo, buscar a diversidade grupal. No entanto, é recomendação da literatura em TCCG que se busque dar prioridade a modalidades não terapêuticas de grupos, pois quanto maior a demanda e a gravidade dos sintomas a serem tratados, mais homogêneos os grupos em TCCG precisam ser para garantir sua eficácia e efetividade. Outros fatores que devem ser levados em consideração são as dificuldades para a realização de uma boa conceituação cognitiva para inserir no grupo, pois nos equipamentos públicos há grande pressão de encaminhamentos feitos por outros profissionais, o que pode comprometer a meta de fazer entrevistas individuais antes de os participantes iniciarem as atividades grupais; a grande rotatividade dos participantes, que dificulta a formação de vínculos, bem como a estruturação das intervenções grupais; e a percepção de grande parte da população da necessidade essencial de medicação como solução dos problemas, o que pode desfavorecer a participação mais ativa nos grupos, a estruturação dos encontros e a realização de tarefas entre os encontros. (RANGÉ, 2017)

Alguns trabalhos já foram desenvolvidos utilizando tal forma terapêutica e tiveram bons resultados, dentre eles está um trabalho realizado na Unidade Básica de Saúde Cruz das Almas, da Prefeitura de São Paulo, desde janeiro de 2007, trabalho este que avaliou um Grupo de Saúde Mental desenvolvido na ESF, baseado na terapia cognitivo-comportamental, descrevendo o impacto desta intervenção na melhoria da qualidade de vida da população atendida. O grupo manteve a frequência de reuniões uma vez por semana, com duração de uma hora. Neste grupo, os participantes discutiam temas de seus interesses e aprendiam técnicas de psicoterapia para lidarem com eventos do cotidiano e manejarem suas emoções e comportamentos de forma construtiva. O grupo foi aberto aos interessados em participar das sessões de terapia. Ao ingressarem ao grupo, os pacientes preenchem o questionário sobre sua saúde, em versão brasileira, conhecida pela sigla PHQ-9. Após frequentarem o grupo por, no mínimo, 12 sessões, os participantes preenchem um novo questionário de auto avaliação, de forma que fossem avaliados os resultados da intervenção. Dos 65 pacientes que responderam ao questionário de auto avaliação após pelo menos 12 sessões, 51 (78%) relataram visão mais positiva da vida e dos outros com a terapia; 44 (67%) referiram melhora da autoestima; 52 (80%), melhora nos relacionamentos e 53 (81%), melhora em relação à saúde. A melhora relatada pelos pacientes nas diversas áreas de suas vidas aponta para a importância desse tipo de abordagem dentro da ESF, e para o impacto positivo da Psicoterapia associada a técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento de pacientes com transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde. (ABRAHAMIAN, 2011)

AÇÕES

O trabalho aqui descrito iniciar-se-á por meio da seleção de pacientes diagnosticados em consulta médica (agendados ou demanda espontânea) com Transtorno misto depressivo e ansioso (CID: F41.2), homens e mulheres, entre 18 e 60 anos. Durante a consulta será explicado para o paciente a proposta do projeto de terapia cognitivo comportamental em grupo e sobre seus possíveis benefícios em relação ao prognóstico do paciente, quando aplicada em associação à terapia medicamentosa. Diante da concordância do paciente em participar do grupo, o mesmo será incluído na lista de participantes que deve contar com no máximo 12 pacientes. Os pacientes que não manifestarem interesse em participar do projeto seguiram o acompanhamento do tratamento medicamentoso em consultas de rotina e poderão ser encaminhados ao serviço de psicologia do município para uma abordagem individual do caso. O projeto deve transcorrer através de 10 sessões, cada uma com um tema principal dentro das ferramentas disponibilizadas pela TCC. Para o embasamento científico das técnicas abordadas nas sessões será utilizada a literatura temática disponível, em especial os livros “Manual prático de terapia cognitivo comportamental” de Andretta & Oliveira (2011) e “Terapia cognitivo-comportamental para leigos” de Wilson & Branch (2011), sendo que na primeira e na última sessão será aplicada a escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), adaptada por Aguiar (2000) que compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete questões múltipla escolha cada, ao todo, 14 questões. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21 (Anexo 1). Os resultados das escalas aplicadas serão anexados em prontuário individual e usados como base para avaliação objetiva da efetividade do projeto. A lista de temas previstos para cada sessão segue em anexo. (Anexo 2) Em todas as sessões será aberto espaço para discussão de dúvidas sobre o projeto aqui descrito e sobre a terapia medicamentosa em curso. O grupo será aberto para cuidadores, familiares e acompanhantes que tenham participação ativa no processo de tratamento do paciente (visando o auxílio com relação à adesão à terapia farmacológica). Após discussão com a equipe ficou acordado que as sessões ocorrerão no próprio ambiente da UBS em uma sala de reuniões, às quartas-feiras, no período da tarde, com duração de cerca de uma hora cada sessão. Participarei de todas as sessões como médico assistente e condutor da terapia, sendo que em algumas sessões contarei com o auxílio da psicóloga do CAPS do município e em outras sessões com o auxílio do enfermeiro coordenador da unidade de modo a facilitar as explicações sobre habilidades sociais e desse modo aproximar e aumentar a interação entre equipe de saúde e pacientes.

ANEXO 1

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME _____			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos[1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos[2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
<input type="checkbox"/> nunca[3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[1]	<input type="checkbox"/> nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13) Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		Escore: 0 – 7 pontos: improvável 8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa) 12 – 21 pontos: provável	
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA _____			

ANEXO 2

SEQUÊNCIA DE SESSÕES - PROJETO TCC EM GRUPO

SESSÃO 1: INTRODUÇÃO - EXPLICAÇÃO SOBRE A TCC E INÍCIO DE TÉCNICAS DE RELAXAMENTO - APLICAÇÃO DA ESCALA HAD (BOTEGA, 1995)

SESSÃO 2: EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO - AVALIAÇÃO DE PENSAMENTOS/SITUAÇÕES ANSIOGÊNICAS ("DEVER DE CASA") - IMPLEMENTAÇÃO DO "DIÁRIO DA ANSIEDADE" (Andretta & Oliveira, 2011; Wilson & Branch, 2011)

SESSÃO 3: TREINO EM RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO) - *AVALIAÇÃO DOS DIÁRIOS* (Andretta & Oliveira, 2011; Wilson & Branch, 2011)

SESSÃO 4: APLICAÇÃO DA ESCALA "SUDS" (0-25-50-75-100) VISANDO AVALIAR FATORES ANSIOGÊNICOS E O GRAU DE ANSIEDADE QUE CADA FATOR CAUSA. *AVALIAÇÃO DOS DIÁRIOS* (ARRUDA, 2006)

SESSÃO 5: TREINAMENTO "PARADA DO PENSAMENTO"

A - Emitir o comando "Pare";

B - Fazer a respiração diafragmática, lenta e profunda para relaxamento;

C - Criar uma imagem prazerosa (reforço positivo)

*** AVALIAÇÃO DOS DIÁRIOS * (Andretta & Oliveira, 2011; Wilson & Branch, 2011)**

SESSÃO 6: AVALIAR SE O PACIENTE APRESENTA AS SEGUINTE DIFICULDADES EM HABILIDADES SOCIAIS:

Iniciar e manter conversações? Falar em público? Expressar amor, agrado e afeto? Defender os próprios direitos? Pedir e receber favores? Recusar pedidos? Aceitar e fazer elogios? Desculpar-se e aceitar críticas? Sorrir e fazer contato visual? Fazer entrevistas para solicitar emprego? Solicitar mudança de comportamento do outro? Expressar opiniões pessoais, mesmo divergentes e desagradados?

*** AVALIAÇÃO DOS DIÁRIOS * (Andretta & Oliveira, 2011; Wilson & Branch, 2011)**

SESSÃO 7: SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

A - Reconhecer e descrever o problema.

B - Apontar as especificidades do problema em partes (variáveis externas envolvidas e as reações impulsivas) e determinar os objetivos. Permite a seleção de estratégias específicas direcionadas p/ o manejo dessas variáveis e o controle de respostas habituais e disfuncionais.

C - Propor possíveis estratégias de ação para alcançar os objetivos, as quais devem ser viáveis e estar ao alcance da realidade pessoal e contextual do paciente.

D - Ponderar sobre possíveis consequências de cada estratégia proposta, analisando ganhos e perdas a curto e médio prazo. Considerar o impacto das possibilidades no contexto social, cultural, econômico, familiar, profissional, emocional e clínico do paciente. Optar pelas melhores

consequências e menor custo; traçar um plano de ação p/ implementar a estratégia.

E - Verificar os resultados do processo de decisão, avaliar o grau de satisfação do paciente com os resultados e avaliar se a alternativa selecionada está conduzindo ao resultado desejado.

*** AVALIAÇÃO DOS DIÁRIOS * (Andretta & Oliveira, 2011; Wilson & Branch, 2011)**

SESSÃO 8: IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO "A.C.A.L.M.E.-S.E".

A - Aceite sua ansiedade.

C - Contemple as coisas à sua volta.

A - Aja com a sua ansiedade.

L - Libere o ar de seus pulmões, bem devagar!

M - Mantenha os passos anteriores.

E - Examine seus pensamentos.

S - Sorria, você conseguiu!

E - Espere o futuro com aceitação.

*** AVALIAÇÃO DOS DIÁRIOS * (Andretta & Oliveira, 2011; Wilson & Branch, 2011)**

SESSÃO 9: "MINDFULLNESS PARA INICIANTES"

Utilizar como base da sessão o vídeo disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=hn3J-d44r94>

SESSÃO 10: FINALIZAÇÃO DAS SESSÕES E AVALIAÇÃO DE RESULTADOS (NOVA APLICAÇÃO DA ESCALA HAD PARA AVALIAÇÃO OBJETIVA DOS RESULTADOS DO PROJETO) (BOTEGA, 1995)

RESULTADOS ESPERADOS

Com a aplicação do projeto espera-se que os participantes do grupo passem a apresentar uma visão mais positiva da vida e dos outros com quem convivem, assim como uma melhora da autoestima, nos relacionamentos e em relação à saúde.

Também fazem parte das expectativas em relação ao projeto: alcançar uma melhora subjetiva (relato dos pacientes ao fim das 10 sessões) e objetiva (redução dos escores apresentados na escala HAD, o que apontaria evidências objetivas de melhora) dos pacientes.

É esperado ainda que através do projeto consigamos instruir os doentes e familiares sobre as doenças pelas quais são acometidos, trabalhar as reações dos mesmos diante de situações ansiogênicas e que são desencadeantes de piora de seus sintomas, orientar melhor sobre as medicações em uso, além de através da atividade em grupo oferecer acolhimento e suporte para a população assistida pela Unidade.

REFERÊNCIAS

✦

ABRAHAMIAN, R. *Uma experiência de psicoterapia de grupo dentro da Estratégia Saúde da Família*. Rev bras med fam comunidade. v.6, n. 21: 271-274, Florianópolis - SC. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/267/384>. Acesso em: 18/12/2019.

✦

AGUIAR, F. *Escala HAD - Avaliação do nível de ansiedade e depressão. Página da web. Unesp. 2000. Disponível em: <*
https://www.fmb.unesp.br/Home/ensino/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/had_com_escore.pdf*>. Acesso em: 26/01/2020.*

✦

ALMEIDA, C. MARTINS, EM. ALARCON, RT. *Aplicação da Terapia Cognitivo comportamental em Grupo na Ansiedade Social*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. v.11, n.1: 32-41, 2015. Disponível em: http://www.rbtc.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=210&nomeArquivo=v11n1a05.pdf. Acesso em: 18/12/2019.

✦

ANDRETTA, L; OLIVEIRA, MS. *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo - SP: Casa do Psicólogo, 2011.

✦

ARRUDA, MCC. *A modificação comportamental da ansiedade de universitários em situações de exposições orais*. 2006. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2905/2/20176415.pdf>. Acesso em: 18/01/2020.

✦

BOTEGA, NJ. et al . *Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão*. Saúde Pública, São Paulo , v. 29, n. 5, p. 359-363, Oct. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004. Acesso em: 18/01/2020.

✦

CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS - CBCD. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. v.1. Universidade de São Paulo. São Paulo - SP. 1997. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f40_f48.htm e http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm. Acesso em: 18/12/19.

✦

✦ FRATESCHI, MS; CARDOSO, CL. *Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.24, n. 2: 545-565, 2014.

Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00545.pdf>. Acesso em: 18/12/19.

✦

GONÇALVES, D.A. et al. *Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, n. 3: 623-632, mar, 2014. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>. Acesso em: 18/12/19.

✦

RANGÉ, BP. *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

✦

SOARES, SS. *Terapia cognitiva comportamental em grupo na rotina do atendimento psiquiátrico em uma estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre - RS*. In: Projeto de intervenção apresentado ao Curso de especialização em Saúde da Família - UNASUS/UFCSPA. 2017. Porto Alegre - RS. Disponível

em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/9183/1/TCC%20S%c3%a1vio%20Silva%20Soares.pdf>. Acesso em: 18/12/2019.

✦

SZIGETHY, E. et alii. *A study protocol for a non-randomised comparison trial evaluating the feasibility and effectiveness of mobile cognitive-behavioural programme with integrated coaching for anxious adults in primary care*. BMJ Open 2018; 8:e019108. Disponível

em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/1/e019108.full.pdf>. Acesso em: 18/12/2019.

✦

WILSON, R; BRANCH, R. *Terapia cognitivo-comportamental para leigos*; tradutora Lia Gabriele. - Rio de Janeiro: Alta Books, 2011.

✦

WHO. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível

em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=657CEB6C193C442EE97C9AB40567C5C1?sequence=1>. Acesso em: 18/12/2019.

✦ **YOUTUBE. *Mindfulness para iniciantes*. Página da web. Disponível em:**
<https://www.youtube.com/watch?v=hn3J-d44r94>. Acesso em: 18/01/2020.