

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Programa de Pós Graduação Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto

**DESENVOLVIMENTO DE UM MANUAL DE TERAPIA  
EM GRUPO PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO  
MAIOR EM IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS  
CLINICAMENTE SIGNIFICATIVOS**

JÚLIA COSTA DIAS

Belo Horizonte

2017

Júlia Costa Dias

**DESENVOLVIMENTO DE UM MANUAL DE TERAPIA  
EM GRUPO PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO  
MAIOR EM IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS  
CLINICAMENTE SIGNIFICATIVOS**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Orientador:** Prof. Dr. Breno de Oliveira Satler Diniz

**Co-orientador:** Prof. Dr. Bernardo de Mattos Viana

Belo Horizonte

2017

INSERIR A FICHA CATALOGRÁFICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Magnífico Reitor**

Prof. Jaime Arturo Ramírez

**Pró-Reitor de Pós Graduação**

Profa. Denise Maria Trombert de Oliveira

**Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Ado Jório de Vasconcelos

**Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina**

Prof. Luiz Armando Cunha de Marco

**Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto**

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

**Chefe do Departamento de Clínica Médica**

Profa. Valéria Maria Augusto

**Membros do colegiado do Curso de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto**

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Prof. Paulo Caramelli

Profa. Sarah Teixeira Camargos

Prof. Eduardo Garcia Vilela

Profa. Gilda Aparecida Ferreira

Profa. Suely Meireles Rezende

Mônica Maria Teixeira (Discente Titular)

Letícia Lemos Jardim (Discente Suplente)

INSERIR A FOLHA DE APROVAÇÃO

PARA VOVÓ MARIA E VOVÓ ZEZÉ.

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Bernardo Viana, que aceitou entrar no projeto e me acompanhou em todos os passos desse trabalho com cuidado e competência. Ao Professor Breno Diniz, que me apresentou o mundo da psicogeriatría e ampliou os horizontes de toda a equipe de pesquisa. À Professora Soraya Belisário, que generosamente compartilhou seus conhecimentos, experiência e tempo conosco, sendo fundamental para o projeto. Ao Professor Leandro Malloy Diniz que, com seu exemplo, nos desperta amor pelo mundo da ciência e do comportamento humano.

Agradeço a todos os profissionais da saúde, especialistas e idosos que participaram do projeto, acreditando em sua importância para melhorar a vida dos idosos.

Agradeço aos alunos de iniciação científica que colaboraram muito, por seu empenho e dedicação.

Agradeço a meus pais, que deram aos estudos um caráter de importância e curiosidade.

À Ana Paula, amiga, professora, exemplo e irmã, que contribuiu de diversas formas nesse processo. À minha família e amigos pelo apoio, incentivo e paciência em todos os momentos, em especial Kelly, Lílian, Kalline, Lucélia, Jéssica, Ju Nassau, Lucas, Felipe e Aléssio.

A todos os colegas-amigos do LINC e do PROEPSI, que muito me ensinaram e estimularam, sendo fonte de reforço-positivo em toda essa jornada.

Agradeço a CAPES, a Universidade Federal de Minas Gerais e ao Hospital das Clínicas da UFMG pelo suporte que tornou essa pesquisa viável e permitiu que eu buscasse contribuir para melhorar a vida dos idosos e de suas famílias.

A todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para que esse trabalho fosse desenvolvido.



## RESUMO

DIAS, J. C. **Desenvolvimento de um manual de terapia em grupo para prevenção da depressão maior em idosos com sintomas depressivos clinicamente significativos**. 2017. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

O transtorno depressivo maior (TDM) em idosos está associado a uma série de prejuízos para os indivíduos assim como para suas famílias e para a sociedade. Intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas já demonstraram eficácia no tratamento do TDM, mas há uma escassez de intervenções voltadas à prevenção para a população idosa brasileira. Estas deverão ser adaptadas às especificidades da população-alvo a fim de serem mais efetivas. O objetivo deste trabalho é desenvolver um manual de terapia em grupo que auxilie na prevenção do TDM em idosos e adaptado para a população brasileira. O manual de intervenção foi construído a partir de uma metodologia qualitativa exploratória, baseada no modelo de estágios para o desenvolvimento de intervenções do comportamento. A partir de dados da revisão da literatura foi realizada uma reunião com especialistas a fim de estruturar um protocolo de intervenção. Foi construído um manual de psicoterapia preliminar baseado na Análise Temática das transcrições da reunião. Em seguida foram realizadas reuniões com profissionais da saúde a fim avaliar a percepção de viabilidade de implementação em centros de saúde. A Análise Temática dessas reuniões possibilitou o refinamento do manual. Foram encontrados 13 estudos internacionais com voltados para a prevenção do TDM em idosos. Ao formular a estrutura do manual os especialistas trouxeram informações, que foram agrupadas em quatro temas: “Seleção das intervenções e estruturação do manual”, “Adaptações das intervenções para compor o manual”, “Aspectos pragmáticos do projeto” e “Processo de construção do manual”. A análise das reuniões com profissionais da saúde gerou três temas: “Aspectos socioculturais”, “Adaptações propostas” e “Viabilidade”. A partir desses dados foi criado um manual com dez sessões, com abordagens terapêuticas combinadas, para a prevenção da depressão. Estudos futuros devem avaliar a percepção de idosos e a viabilidade de implementação desse protocolo em grupos piloto.

**Palavras-chave:** Prevenção, Depressão, Idosos, Psicoterapia.

## ABSTRACT

The Major Depressive Disorder (MDD) is associated with a series of losses for older adults as well as their families and for society. There are evidences of pharmacological and psychotherapeutic interventions to treat MDD, but there is a paucity of interventions focused on prevention of MDD in the Brazilian older population. These interventions must be adapted to the specific needs of this population in order to be effective. This study aimed to develop a group therapy manual to prevent MDD in the aged, adapted to the Brazilian population. The manual was developed using an exploratory qualitative methodology, based on the Stage Model for Behavior Intervention Development. In order to structure the intervention manual it was performed a meeting with specialists from Psychology and Psychogeriatrics, considering data acquired from the literature review. A preliminary version of the manual was developed based on data collected from the Thematic Analysis of the transcriptions of this meeting. The perception of health professionals about the viability of implementation of this manual in primary care institutions was later evaluated in a set of meetings. The intervention manual was then refined considering the Thematic Analysis of these meetings. It was found 13 studies with interventions that aimed to prevent MDD in older adults. During the development of the manual's structure, the experts gave informations that was grouped into four themes: "Selection of interventions and structuring of the manual", "Adaptations of interventions to compose the manual", "Pragmatic aspects of the project" and " Manual construction process". The analysis of meetings with health professionals generated three themes: "Sociocultural Aspects", "Proposed Adaptations" and "Feasibility". From these data was created a manual with ten sessions, with combined therapeutic approaches, for the prevention of depression. Future studies should evaluate the perception of the elderly and the feasibility of this protocol in pilot groups.

**Key-words:** Prevention, Depression, Aged, Psychotherapy.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fluxo das fases de desenvolvimento do manual .....	27
FIGURA 2 – Sequência dos métodos de coleta de dados realizados na reunião com os especialistas.....	32
FIGURA 3 – Organização das abordagens psicoterapêuticas na segunda fase do <i>Pile Sorting</i> segundo o Psicólogo 2.....	51
FIGURA 4 – Organização das abordagens psicoterapêuticas na segunda fase do <i>Pile Sorting</i> segundo a Psicóloga 3.....	52
FIGURA 5 – Mapa do tema “Lógica para a seleção das intervenções para o manual”.....	62
FIGURA 6 – Mapa tema “Adaptações das intervenções para compor o manual”.....	65
FIGURA 7 - Mapa do tema “Aspectos pragmáticos do projeto”.....	66
FIGURA 8 – Mapa do tema “Processo de construção do manual”.....	67
FIGURA 9 – Mapa do tema “Aspectos socioculturais”.....	74
FIGURA 10 – Mapa do tema “Adaptações Propostas”.....	81
FIGURA 11 – Mapa do tema “Viabilidade”.....	88

**LISTA DE SIGLAS**

AC	Ativação Comportamental
APA	Associação de Psiquiatria Americana
CE	Cuidado escalonado
DSM	O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ILPI</b>	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MA	Manejo da Ansiedade
NIH	<i>National Institute of Health</i> (Instituto Nacional de Saúde norteamericano)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SDCS	Sintomas Depressivos Clinicamente Significativos
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Terapia de Apoio
TCBI	Terapia Comportamental Breve para a Insônia
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TIP	Terapia Interpessoal
TR	Terapia de Reminiscências
TRP	Terapia de Resolução de Problemas
TRV	Terapia de Revisão da Vida



## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>13</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>14</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1. O Transtorno Depressivo Maior em idosos .....</b>	<b>18</b>
<b>1.2. Sintomas depressivos clinicamente significativos em idosos .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3 Prevenção do Transtorno Depressivo Maior.....</b>	<b>21</b>
<b>1.4 Processo de desenvolvimento de um manual de intervenção.....</b>	<b>23</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Desenho da pesquisa.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2 Estágio 0: Pesquisa Documental.....</b>	<b>28</b>
<b>3.3 Estágio Ia: Reunião com Especialistas e Reunião com Profissionais da Saúde</b>	
<b>30</b>	
3.3.1 Sujeitos da pesquisa.....	31
3.3.2 Coleta de dados.....	32
3.3.3 Análise dos dados.....	37
<b>3.4 Aspectos éticos.....</b>	<b>40</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1 Pesquisa documental .....</b>	<b>41</b>
<b>4.2 Reunião com Especialistas .....</b>	<b>48</b>
4.2.1 <i>Pile Sorting</i> e Técnica de Grupo Nominal.....	48
4.2.2 Grupo Focal da Reunião de Especialistas .....	53
<b>4.3 Reunião com Profissionais da Saúde .....</b>	<b>69</b>
4.3.1 <i>TEMA: Aspectos socioculturais</i> .....	69
4.3.2 <i>TEMA: Adaptações propostas</i> .....	75
4.3.3 <i>TEMA: Viabilidade</i> .....	82
<b>4.4 Construção do manual.....</b>	<b>89</b>

<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>98</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>103</b>
<b>7. APÊNDICES .....</b>	<b>110</b>
7.1 <i>APÊNDICE A: Aprovação do projeto .....</i>	<b>111</b>
7.2 <i>APÊNDICE B - Roteiro para o desenvolvimento do Grupo Focal na Reunião com Especialistas</i>	<b>113</b>
7.3 <i>APÊNDICE C - Estrutura de códigos da Reunião de Especialistas .....</i>	<b>114</b>
7.4 <i>APÊNDICE D - Mapas temáticos formados a partir da Reunião com Especialistas</i>	<b>115</b>
7.5 <i>APÊNDICE E - Roteiro para o desenvolvimento do Grupo Focal na Reunião com Profissionais</i>	<b>116</b>
7.6 <i>APÊNDICE F - Estrutura de códigos da Reunião de Profissionais .....</i>	<b>117</b>
7.7 <i>APÊNDICE G: Autorização de gravação das reuniões .....</i>	<b>118</b>
7.8 <del><i>APÊNDICE H: Manual de intervenção.....</i></del>	<del>Error! Bookmark not defined.</del>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. O Transtorno Depressivo Maior em idosos

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013 a população idosa ultrapassava 23,9 milhões de pessoas, representando cerca de 11,7% da população brasileira. Estima-se que em 2060 a população com idade superior a 60 anos represente 33,7% dos brasileiros, um total de 73,5 milhões de pessoas (IBGE, 2013). Com o fenômeno mundial de transição demográfica e ~~epidemiológica~~, um número cada vez maior de idosos necessitará de atendimento dos sistemas de saúde público e privado. Essa demanda implica em uma necessidade de mudanças na oferta e na organização dos serviços de atenção à saúde física e mental do idoso. Contudo um número ~~muito baixo~~ de psicólogos optam e se especializam no atendimento de indivíduos nessa faixa etária (BRYANT; KODER, 2015; VERAS, 2012). Por isso, é necessário que profissionais da saúde e pesquisadores desenvolvam estratégias eficazes e efetivas para atender às demandas específicas dessa população.

Dentre os diversos desafios no atendimento de idosos o Transtorno Depressivo Maior (TDM) é um dos transtornos mentais mais frequentes. No Brasil foi estimada uma prevalência de 7% de depressão maior e 3,3% de transtorno depressivo persistente (distímia) em idosos da comunidade (BARCELOS-FERREIRA et al., 2010). Quando considerados idosos com idade superior a 75 anos a prevalência foi de 19,2% de depressão maior e 9% de distímia (COSTA et al., 2007).

O TDM está associado à um pior prognóstico de doenças clínicas, a uma piora significativa na qualidade de vida dos pacientes, à presença de problemas interpessoais, sintomas ansiosos, prejuízos na funcionalidade, perda da produtividade, a uma piora na qualidade do sono, redução da autonomia e independência, além do aumento dos custos com os cuidados de saúde (BARCELOS-FERREIRA et al., 2010; FRANZEN; BUYSSE, 2008; REYNOLDS et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2012; VAN ZONEN et al., 2014). Cerca de 47,5% dos idosos apresentam um episódio de depressão maior associado a outras comorbidades, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares (BEEKMAN et al., 2000; BEYER, 2007). O TDM também está associado a um aumento da mortalidade e aumento do risco de suicídio (CONWELL; VAN ORDEN; CAINE, 2011; CUIJPERS et al., 2013, 2015).

Um estudo de revisão reporta que foram encontradas hiperintensidades de substância branca encefálica em idosos com TDM, que podem representar lesões vasculares e alterações nos circuitos cerebrais, e no volume do córtex orbitofrontal, hipocampo, amígdala e núcleos da base (BEYER, 2007). Esses indivíduos apresentaram prejuízos nas habilidades visuoespaciais, na memória, na linguagem, na velocidade de processamento de informações e déficits nas funções executivas (BEYER, 2007; DE PAULA et al., 2016). Tais alterações no funcionamento cognitivo associam o TDM a um aumento no risco para desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, como as demências (ALEXOPOULOS et al., 1993, 1997; BEYER, 2007; DINIZ et al., 2013).

O TDM em idosos tem uma apresentação clínica diferente de outras faixas etárias. Os idosos frequentemente apresentam sintomas melancólicos e psicóticos, apatia, anedonia, sentimentos de culpa, mudanças cognitivas e sintomas somáticos como sinais do TDM (CUIJPERS et al., 2014a; FISKE; WETHERELL; GATZ, 2009; KRISHNAN et al., 1995). Uma série de intervenções psicossociais voltadas para o tratamento da depressão tardia demonstraram evidências de sua eficácia (ALMEIDA, 2012; BOTTINO; BARCELOS-FERREIRA; RIBEIZ, 2012; CUIJPERS; VAN STRATEN; SMIT, 2006).

Apesar da alta prevalência do TDM em idosos na comunidade, frequentemente, este não é diagnosticado ou tratado em centros de atenção primária. Estudos apontam que idosos tendem a buscar tratamento para problemas de natureza médica, mas, podem apresentar resistência à buscar e aceitar tratamentos relacionados à saúde mental, especialmente pela presença de uma série de estigmas compartilhados socialmente (BARG et al., 2006). Somado a isso, observa-se uma escassez de profissionais qualificados para tratar adequadamente o TDM, devido a um baixo interesse de psicólogos em atuar com essa faixa etária e a um niilismo terapêutico histórico em um grande parte de profissionais da saúde, mesmo na área da saúde mental (BARG et al., 2006; BRYANT; KODER, 2015).

O desenvolvimento da depressão maior em idosos está associada a uma interação complexa de diversos fatores como ser do sexo feminino, mudanças neurobiológicas associadas a idade, prejuízos na funcionalidade, eventos estressores, perdas, luto, baixo nível socioeconômico, residir em bairros violentos, ter um baixo suporte social, insônia, a presença de doenças neurológicas e condições clínicas crônicas, complicações durante a gravidez, vulnerabilidades genéticas e fatores de personalidade (BARCELOS-FERREIRA et al., 2010; CASTRO-DE-ARAÚJO et al., 2013; CUIJPERS et al., 2014a, 2015; FISKE; WETHERELL; GATZ, 2009; HINDI et al., 2011).

Em idosos brasileiros, o desenvolvimento da depressão maior está associada a ser do sexo feminino, a ter idade superior a 80 anos, não ser casado, a ter um nível de escolaridade baixa, a ter insônia, a ter problemas na funcionalidade e a uma percepção da saúde de razoável a muito ruim (CASTRO-COSTA et al., 2008). O risco para desenvolver um quadro de TDM é ainda maior em indivíduos que apresentam sintomas depressivos clinicamente significativos em nível **subsindrômico** (CUIJPERS; SMIT, 2004).

## 1.2. Sintomas depressivos clinicamente significativos em idosos

Segundo os critérios da versão traduzida do Manual Diagnóstico e Estatístico das Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2000) o episódio depressivo **menor**, é definido como a presença de dois a cinco sintomas da lista de sintomas depressivos, incluindo humor depressivo ou perda de interesse, por ao menos duas semanas, sem histórico de depressão maior ou transtorno distímico, com prejuízos clínicos significativos. No DSM 5 (APA, 2014), a classificação de sujeitos que já apresentam alguns sintomas depressivos clinicamente significativos, mas ainda não alcançam o critério diagnóstico de TDM está sob a designação **Episódio Depressivo com sintomas insuficientes** da categoria **Outro Transtorno Depressivo Especificado (311, F38.2 no CID-10)** dentro dos Transtornos Depressivos, o qual é caracterizado por:

“Afeto depressivo e pelo menos um dos outros oito sintomas de um episódio depressivo maior, associados a sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo que persiste por pelo menos duas semanas em um indivíduo cuja apresentação nunca satisfaz critérios para qualquer outro transtorno depressivo ou transtorno bipolar, atualmente não satisfaz critérios ativos ou residuais para qualquer transtorno psicótico e não satisfaz critérios para transtorno de adaptação com sintoma ansiosos e depressivos”. (DSM 5, APA, 2013)

Os sintomas trazem um sofrimento significativo e tem um impacto na vida social, ocupacional e no funcionamento dos sujeitos. Esse quadro já foi retratado na literatura através de diversas classificações como: depressão menor, depressão breve recorrente, depressão subsindrômica ou

depressão subclínica (MEEKS et al., 2011). No presente trabalho será utilizado o termo sintomas depressivos clinicamente significativos (SDCS) para definir a presença de sintomas depressivos que trazem prejuízos significativos, mas que não completam critério para o Transtorno Depressivo Maior segundo o DSM 5.

Em idosos, a presença de SDCS é geralmente 2 a 3 vezes mais prevalente que o TDM, com uma prevalência média na comunidade de 9,8%, de 30% em centros de tratamento primário e de 45% a 50% em centros de cuidado intensivo (MEEKS et al., 2011). Em um estudo de metanálise realizado no Brasil foi estimada uma prevalência de 13% (95% CI: 11–15) de SDCS na população idosa da comunidade (BARCELOS-FERREIRA et al., 2010), de 36% (95% CI: 0,21-0,53) em atendimento ambulatorial, de 45% (95%, CI- 0,31 - 0,60) em pacientes hospitalizados e de 39% (95% CI-0,27- 0,52) em residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (CASTRO-DE-ARAÚJO et al., 2013).

A presença de SDCS está associada a prejuízos funcionais, ao aumento do uso do sistema de saúde, a redução na qualidade de vida e a um aumento o risco de desenvolver déficits cognitivos e síndromes demenciais (CUIJPERS et al., 2014a; HOLLON; THASE; MARKOWITZ, 2002; REYNOLDS et al., 2012; VAN ZONEN et al., 2014). Um terço dos pacientes com SDCS apresentavam ideação suicida (PORCU et al., 2008). A presença de SDCS também está associada a uma redução do volume cerebral da substância cinzenta cerebral no córtex do lobo temporal esquerdo, no giro cingulado e no córtex orbitofrontal, e a uma redução na substância branca do lobo frontal esquerdo (DOTSON et al., 2009). Por fim, é importante ressaltar que o risco de mortalidade em idosos aumenta em 7%, tanto em pacientes com TDM, quanto com SDCS (CUIJPERS et al., 2013).

A presença de SDCS aumenta o risco de desenvolver depressão em quase 40% (SCHOEVEERS et al., 2006). Estima-se que cerca de 25% dos sujeitos com SDCS desenvolvem um episódio de depressão maior dentro de um ano de acompanhamento (REYNOLDS et al., 2012). Portanto, os estudos apontam que a presença de SDCS é uma condição clínica relevante, que traz um impacto significativo para os pacientes e para a sociedade, e requer tratamento adequado.

### 1.3 Prevenção do Transtorno Depressivo Maior

Uma das maneiras de minimizar a incidência do TDM em idosos é o desenvolvimento de estratégias de prevenção. Programas dessa natureza possibilitam uma redução na morbidade, alívio dos sintomas e uma redução nos custos dos cuidados de saúde (ROBINSON et al., 2008). Intervenções de prevenção podem ser definidas como aquelas que são conduzidas antes de os sujeitos completarem os critérios diagnósticos para um transtorno mental, segundo o Instituto de Medicina norte-americano (IOM) (*Institute of Medicine*). A partir da terminologia proposta pelo IOM, os estudos de prevenção atualmente estão organizados em três categorias: (1) universal, que são estratégias voltadas para toda a população em um grupo com todos os níveis de risco; (2) seletiva, destinada para pacientes expostos à fatores de risco para o TDM; (3) e indicada, que é voltada para pacientes com sintomas prodrômicos (IOM; MRAZEK; HAGGERTY, 1994).

A prevenção indicada tem como objetivo impedir o desenvolvimento de uma doença em pacientes com sintomas já instalados (REYNOLDS et al., 2012), ou seja, idosos com sintomas depressivos, mas que não preenchem o critério para TDM. Uma metanálise conduzida com mais de 30 estudos demonstra que intervenções de prevenção da depressão podem diminuir a incidência de novos casos de TDM em 21% quando comparadas ao tratamento usual. Essa redução pode representar um grande impacto na prática clínica e na sociedade ao diminuir o dano causado pelo TDM (VAN ZOONEN et al., 2014). É importante ressaltar que, além de eficazes, as intervenções de prevenção também foram consideradas custo-efetivas (REYNOLDS et al., 2012; VAN'T VEER-TAZELAAR et al., 2010).

Apesar de haver um aumento do interesse em pesquisas de prevenção do TDM com esse grupo de indivíduos, ainda existem poucas evidências consolidadas a respeito de sua efetividade a longo prazo (LEE et al., 2012). Observa-se que na literatura mundial há um maior foco no desenvolvimento de pesquisas de tratamentos voltados para problemas físicos e cognitivos em idosos em detrimento de problemas psicológicos e emocionais, o que pode estar associados a uma escassez na oferta de profissionais capacitados para atender a população idosa e seus problemas emocionais e psicológicos (BRYANT; KODER, 2015). Entretanto, já existem evidências consolidadas de que tratamentos com pacientes com SDCS são efetivos na redução dos sintomas depressivos e na redução da incidência de TDM (CUIJPERS et al., 2014b).

No contexto brasileiro, a atenção para a formulação de estratégias preventivas é ainda mais escassa, com poucos estudos publicados a esse respeito (VERAS, 2012). A falta de profissionais

especializados leva à necessidade de elaborar estratégias efetivas que possam ser aplicadas por diferentes tipos de profissionais, atingindo um número maior de idosos em diferentes locais de atendimento (REYNOLDS et al., 2012). Para isso, torna-se essencial desenvolver estratégias adaptadas às particularidades de cada população, considerando as limitações e potencialidades de cada serviço de saúde e o contexto ocupacional, econômico e social dos profissionais que atendem os idosos.

#### **1.4 Processo de desenvolvimento de um manual de intervenção**

As instituições de financiamento de pesquisa tem dado um maior enfoque para tratamentos de intervenção e prevenção que apresentam evidências científicas robustas para sua implementação. Com isso, o interesse em intervenções baseadas em manuais tem aumentado. Estudos baseados em manuais tem o potencial de apresentar melhores resultados, maior capacidade de uso em pesquisas, de ser replicado em diferentes contexto e, ainda, uma possibilidade ampliada de controle das variáveis associadas aos processos de melhora dos sintomas (GOLDSTEIN et al., 2012).

Entretanto, o processo de desenvolvimento de uma intervenção é complexo e longo. Observa-se um intervalo de de 17 anos desde a publicação dos resultados de eficácia de uma intervenção em ambientes controlados até a sua aplicação na população de forma autônoma (GITLIN; CZAJA, 2015). A fim de minimizar essa diferença foram propostos alguns modelos de sistematização do desenvolvimento, implementação e disseminação de uma intervenção. Esse modelos levam em consideração fatores da estrutura social e econômica onde a população alvo se insere e a perspectiva de diferentes atores relevantes para esse processo (GITLIN; CZAJA, 2015).

O Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América (NIH) apresenta o modelo de estágios (no original *stage model*), descrito e atualizado por Onken, Rousaville e colaboradores (ONKEN et al., 2014; ROUNSAVILLE; CARROLL; ONKEN, 2001). Esse modelo propõe que a formulação de uma intervenção deve ser feita mediante evidências de sua validade interna e externa, coletando dados sobre sua eficácia, efetividade, viabilidade de implementação e

adaptação ao contexto específico onde será implementada (CARROLL; NURO, 2002; ONKEN et al., 2014). Para isso, é necessário cumprir os seguintes estágios:

- **Estágio 0:** Realização de uma pesquisa ampla, na qual é realizada uma revisão da literatura para identificar quais intervenções já foram utilizadas com a população desejada para abordar aquele problema específico.
- **Estágio I:**
  - Estágio Ia: São realizados: a criação e o refinamento da intervenção a partir de um processo recursivo de avaliação, modificação e adaptação de seus elementos e a construção dos protocolos de implementação;
  - Estágio Ib: É realizada a avaliação da viabilidade, aceitação, tolerância e segurança da intervenção em grupos piloto; a construção dos protocolos de treinamento, supervisão e a avaliação da fidelidade na aplicação da intervenção (ROUNSAVILLE; CARROLL; ONKEN, 2001).
- **Estágio II:** avaliação da eficácia da intervenção em ambiente controlado e avaliação dos processos relacionados à melhora dos sintomas propostos pela intervenção.
- **Estágio III:** avaliação da eficácia da intervenção em ambientes reais, mantendo um alto nível de controle para estabelecer a validade interna da intervenção.
- **Estágio IV:** avaliação da efetividade da intervenção na comunidade, realizada por profissionais da que atuam nesses serviços, para maximizar sua validade externa.
- **Estágio V:** avaliação da capacidade de implementação e disseminação da intervenção na comunidade em diferentes contextos.

A partir dos resultados obtidos em cada estágio as intervenções são revistas e refinadas, num processo recursivo, visando maximizar sua viabilidade de implementação, adaptação, eficácia e efetividade (ONKEN et al., 2014).

A formulação de um manual de terapia em grupo, adaptado para a população brasileira, que possa ser conduzido por profissionais da saúde visa reduzir o impacto trazido pelo TDM na sociedade e na vida dos idosos. O uso de intervenções breves, que apresentam evidências de eficácia e efetividade, baseadas na aprendizagem de estratégias, e que possam ser implementadas pelos próprios idosos possibilita a ampliação das habilidades dos pacientes para lidar com seus

sintomas. Essas estratégias almejam ainda reduzir a vulnerabilidade dessa população aos fatores de risco do TDM (REYNOLDS et al., 2012). Dessa forma, o desenvolvimento de uma estratégia de intervenção em grupo, destinada a idosos brasileiros, poderia maximizar o efeito da prevenção do TDM, atendendo a um número maior de pacientes. A possibilidade de aplicar o programa no sistema de saúde público possibilita ampliar o número de pessoas capacitadas a acolher e responder ao sofrimento trazido pelos sintomas depressivos. Esse projeto poderia, ainda, minimizar o custo do TDM para a sociedade.

No melhor de nosso conhecimento, esse será o primeiro protocolo que utiliza intervenções psicoterápicas breves, combinadas, baseadas em evidências destinadas à prevenção de TDM em idosos desenvolvido para a população brasileira. A fim de potencializar a chance de que essa intervenção seja efetiva na prevenção do TDM nessa população específica é importante considerar a percepção e experiência de especialistas e atores relevantes para a implementação desse projeto, seguindo o modelo de estágios para o desenvolvimento de intervenções do comportamento proposta pelo NIH.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Desenvolver um manual de terapia em grupo para prevenção TDM em idosos com sintomas depressivos clinicamente significativos, para ser aplicado por profissionais de centros da atenção à saúde do idoso.

### **Objetivos específicos**

1. Realizar revisão sistemática da literatura sobre intervenções de prevenção do TDM em idosos.
2. Identificar a partir da percepção dos especialistas em saúde do idoso e/ou psicoterapia as principais intervenções de prevenção primária a serem utilizadas em pacientes com SDCS.

3. Sistematizar as intervenções definidas pelos especialistas como relevantes, na abordagem em grupo de idosos com SDGS.
4. Identificar a partir da percepção dos profissionais da atenção primária a viabilidade de execução do manual.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 Desenho da pesquisa**

Para o desenvolvimento do manual foi realizada uma pesquisa documental no Estágio 0. Para o Estágio Ia foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória que utilizou os métodos de coleta de dados *Pile Sorting*, a Técnica do Grupo Nominal e o Grupo Focal.

A abordagem qualitativa permite o estudo de fenômenos complexos, buscando compreender diferentes perspectivas sobre determinado problema, seu significados para a população alvo, entender o contexto social e ainda explorar com profundidade diferentes aspectos do desenvolvimento e refinamento de uma intervenção (BRICKI; GREEN, 2007; TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Para reportar os resultados do presente estudo foi utilizado o método COREQ. Este método normatiza uma estrutura de elementos que devem ser reportados em pesquisas de desenho qualitativo construídas a partir de uma ampla revisão compreensiva da literatura (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

O processo de desenvolvimento do manual de intervenção foi realizado segundo o modelo de estágios (*Stage Model*) do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América (NIH), descrito acima. Esse modelo propõe avaliar a eficácia, efetividade, viabilidade de implementação, adaptação ao contexto específico onde será realizada e capacidade de disseminação da intervenção em diferentes contextos de uma nova intervenção (GITLIN; CZAJA, 2015; ONKEN et al., 2014), considerando a visão de informantes-chave. Dessa forma, será possível desenvolver um manual de intervenção adequado para a realidade da população idosa atendida nos

equipamentos do sistema de saúde público brasileiro, considerando seus aspectos contextuais, culturais, e psicológicos.

Neste projeto mestrado foram realizados os Estágios 0 e Ia, que foram compostos por:

**Estágio 0:** Realização de uma pesquisa documental ampla, que consistiu na realização da revisão sistemática da literatura sintetizando as estratégias psicoterapêuticas já utilizadas para prevenir o TDM em idosos.

**Estágio Ia:** Desenvolvimento e refinamento do manual de intervenção a partir da perspectiva e conhecimento teórico e prático de profissionais que atuam na área da saúde com idosos. Desta forma, foram realizadas as seguintes reuniões com atores relevantes para o processo de construção do manual:

- Reunião com especialistas da área de Psicologia e Psicogeriatrics para estruturação do protocolo de intervenção.
- Reunião com profissionais da saúde para avaliação e refinamento da intervenção visando a adaptação de seus elementos;

Todas as reuniões foram gravadas e transcritas na íntegra. As reuniões foram conduzidas pela pesquisadora principal deste estudo, que é graduada em Psicologia, e tem especialização em Terapia Cognitivo Comportamental. A moderadora tem experiência na condução de terapia em grupo e individual e no atendimento à população idosa no sistema público de saúde.

O fluxo das fases realizadas no presente trabalho de mestrado está representado a seguir:

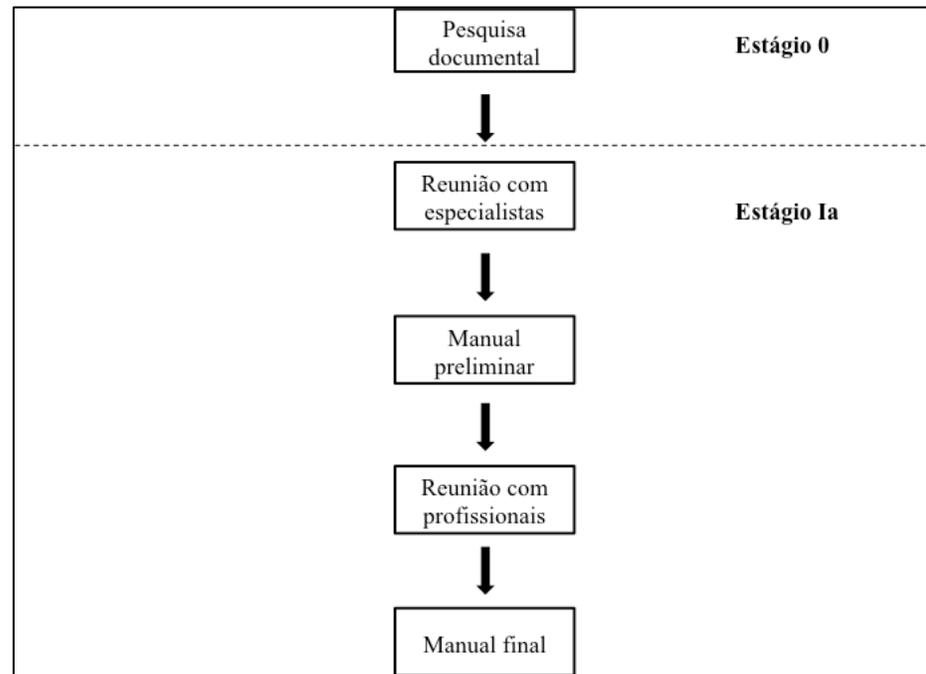


Figura 1: Fluxo das fases de desenvolvimento do manual

### 3.2 Estágio 0: Pesquisa Documental

A pesquisa documental consistiu na realização da revisão sistemática da literatura sintetizando as estratégias psicoterapêuticas já utilizadas para prevenir a depressão maior em idosos. Foram consultados documentos de primeira e segunda mão em uma revisão sistemática da literatura, tais como artigos científicos, teses, dissertações e manuais de intervenção. Os objetivos da pesquisa documental foram:

- Conhecer as intervenções realizadas nacionalmente e internacionalmente na prevenção do TDM em idosos e o nível de consolidação de suas evidências;
- Conhecer modelos explicativos de causalidade, mediadores e moderadores relacionados ao processo de melhora dos sintomas, dados sobre a adesão aos protocolos de tratamento, componentes específicos da prevenção da depressão em idosos;

- Investigar fatores relevantes associados a viabilidade, aceitação, tolerância e segurança das práticas realizadas, barreiras para sua implementação e estratégias para superá-las;
- Identificar as competências necessárias dos profissionais para a condução das intervenções em grupo.

Foi realizada uma abrangente busca na literatura das bases de dados eletrônicas PUBMED/MEDLINE National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; PsycInfo e Web of Science. Também foram incluídos registros provenientes de outras fontes, como listas de referências. A pesquisa bibliográfica foi realizada entre janeiro de 2015 e julho de 2016.

As palavras de busca foram escolhidas conforme as determinações da base de dados do “Medical Subject Headings” (MeSH) e do Descritores em Ciências da Saúde da BIREME (DeCS): em inglês "Primary Prevention", “Depression”, "Depressive Disorder", "Depressive Disorder, Major", "Aged", "Aged, 80 and over", e "Psychotherapy". Em português: Idoso, Idoso 80 anos e acima, prevenção, depressão. Além disso, foram também utilizadas termos livres relacionados ao tema da pesquisa como: "prevention", "depression", “depressive”, "aged", "elderly", e "late-life" para ampliar o alcance da pesquisa. Além disso foram pesquisados artigos contidos em referências bibliográficas relevantes.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios: (1) ensaios randomizados controlados que avaliaram a efetividade e eficácia de estratégias preventivas na incidência de TDM; (2) pesquisa original; (3) sujeitos com idade superior a 50 anos; (4) uso de intervenção psicoterapêutica; (5) utilização de questionário padronizado para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos; (6) artigos em inglês, português ou espanhol; (7) estudos realizados com indivíduos com sintomas depressivos caracterizando um episódio depressivo subsindrômico ou depressão menor (prevenção indicada), ou vulnerável a algum fator de risco para o desenvolvimento de TDM (prevenção seletiva).

Os artigos foram excluídos de acordo com os critérios: (1) prevenção de outros transtornos mentais; (2) inclusão de sujeitos com TDM; (3) inclusão de sujeitos com abuso de substâncias e sintomas psicóticos; (4) artigos com sujeitos que haviam passado por um tratamento

farmacológico ou psicoterápico num período inferior a um ano; (5) estudos que avaliavam sujeitos que apresentavam Transtorno Neurocognitivo Maior.

### **3.3 Estágio Ia: Reunião com Especialistas e Reunião com Profissionais da Saúde**

A primeira reunião foi realizada com profissionais especialistas em saúde mental do idoso e/ou psicoterapia. Teve como objetivos:

- a) Identificar a partir da percepção dos especialistas quais intervenções de prevenção de depressão maior em idosos devem compor o manual de intervenção;
- b) Sistematizar as intervenções e as técnicas consideradas relevantes em uma sequência lógica para a estruturação do manual;
- c) Identificar a partir da percepção dos especialistas a necessidade de realizar adaptações das técnicas para atender melhor a população alvo;
- d) Identificar a partir da percepção dos especialistas formas de ampliar a viabilidade de implementação do projeto nos centros de atenção básica.
- e) Identificar a partir da percepção dos especialistas os critérios para seleção e estratégias de treinamento dos profissionais que conduzirão os grupos de intervenção.

A segunda reunião foi realizada com profissionais da saúde de diferentes áreas e teve como objetivos:

- a) Identificar a partir da percepção dos profissionais a necessidade de realizar adaptações nas intervenções e técnicas propostas para atender melhor a população alvo;
- b) Identificar a partir da percepção dos profissionais da saúde a viabilidade de implementação do projeto nos centros de atenção básica da saúde;

- c) Identificar a partir da percepção dos profissionais possíveis barreiras e formas de ampliar o interesse e aceitação do projeto e das abordagens propostas nos centros de atenção básica.

### **3.3.1 Sujeitos da pesquisa**

Os critérios de inclusão para a Reunião com Especialistas foram: ter conhecimento prático e teórico sobre a saúde mental de idosos e/ou sobre o processo de criação de protocolos para o atendimento à população idosa e ter escolaridade de nível superior. Os critérios de inclusão para a Reunião com Profissionais da Saúde foram: ter conhecimento prático e teórico no atendimento de idosos e/ou sobre o processo de condução de grupos terapêuticos com usuários da rede pública de saúde e ter escolaridade de nível superior. Foram convidados profissionais que atuam nos equipamentos de saúde pública e privada de Belo Horizonte.

Para captar profissionais com conhecimentos nessas áreas específicas foi utilizado o método Bola de Neve, no qual os participantes foram convidados a partir de indicações sucessivas de membros da equipe de pesquisa e informantes-chave. Esse método possibilita incluir grupos difíceis de serem acessados ou estudados e abordar questões delicadas (VINUTO, 2016). É utilizado principalmente para fins exploratórios a fim de compreender melhor um tema, testar a viabilidade de um estudo mais amplo e desenvolver métodos a serem empregados em fases subsequentes (VINUTO, 2016), o que atende aos objetivos do presente trabalho de mestrado.

Os sujeitos da Reunião com Especialistas eram compostos por profissionais de ambos os sexos – sendo 66,6% do sexo masculino – com faixa etária de 25 a 37 anos. Em relação ao nível de escolaridade 83,3% já haviam concluído o mestrado, e 50% havia concluído especialização em residência médica. Verificou-se que quanto ao tempo de conclusão de graduação, que 16,6% têm até de 1 ano, 50% entre 6 e 10 anos e 33,3% mais de 10 anos. Uma vez que a população alvo da pesquisa abrange idosos do município de Belo Horizonte e região, foram convidados profissionais que atuam nos equipamentos de saúde pública e privada da cidade. Três participantes eram psicogeriatras e três eram psicólogos. Os participantes da reunião

apresentaram perspectivas embasadas na experiência com: o desenvolvimento e implementação de intervenções do comportamento em instituições públicas; da prática de avaliação e pesquisa na área de neuropsicologia de idosos; na saúde mental de idosos saudáveis, na assistência a saúde de idosos institucionalizados ou em serviços ambulatoriais; na experiência de atendimento psicoterapêutico e psiquiátrico utilizando as intervenções apontadas pela literatura e no atendimento psicoterapêutico de familiares dos pacientes.

Os sujeitos da Reunião com Profissionais da Saúde eram compostos por como profissionais de ambos os sexos – sendo 12,5% do sexo masculino – com faixa etária de 27 a 52 anos. Todos tem graduação completa, sendo 37,5% com tempo de conclusão em até de 5 anos, 25% entre 6 e 10 anos, 12,5% entre 11 e 20 anos e 25% com mais de 20 anos. Participaram da reunião uma fonoaudióloga, três terapeutas ocupacionais, dois psiquiatras, uma psicóloga e duas assistentes sociais. Esses profissionais tinham experiência no atendimento em centros de atenção primária da saúde, na realização de grupos com idosos, no atendimento dessa população nas redes de saúde pública e privada, e alguns deles realizaram pesquisas de mestrado ou doutorado tendo como sujeitos de pesquisa idosos.

### **3.3.2 Coleta de dados**

#### **3.2.1 Reunião com os Especialistas**

A coleta de dados da Reunião com Especialistas foi realizada, no dia 25 de julho de 2016, em uma sala no 2º andar da Faculdade de Medicina/UFMG. A reunião teve duração de 3 horas e 20 minutos, incluindo uma pausa para lanche. Ela foi composta por três etapas:

- **Etapa I:** foi realizada uma apresentação das intervenções encontradas na revisão sistemática, os mecanismos de melhora e principais técnicas de cada uma delas.
- **Etapa II:** Foi realizado o *Pile Sorting* e a Técnica de Grupo Nominal para discussão e seleção das intervenções que fariam parte da estrutura do manual.

- **Etapa III:** Foi realizado um Grupo Focal para levantamento das técnicas a serem utilizadas nas sessões, discussão da necessidade de adaptação das intervenções, fatores relevantes, barreiras e riscos relacionados à implementação do projeto e possíveis soluções.

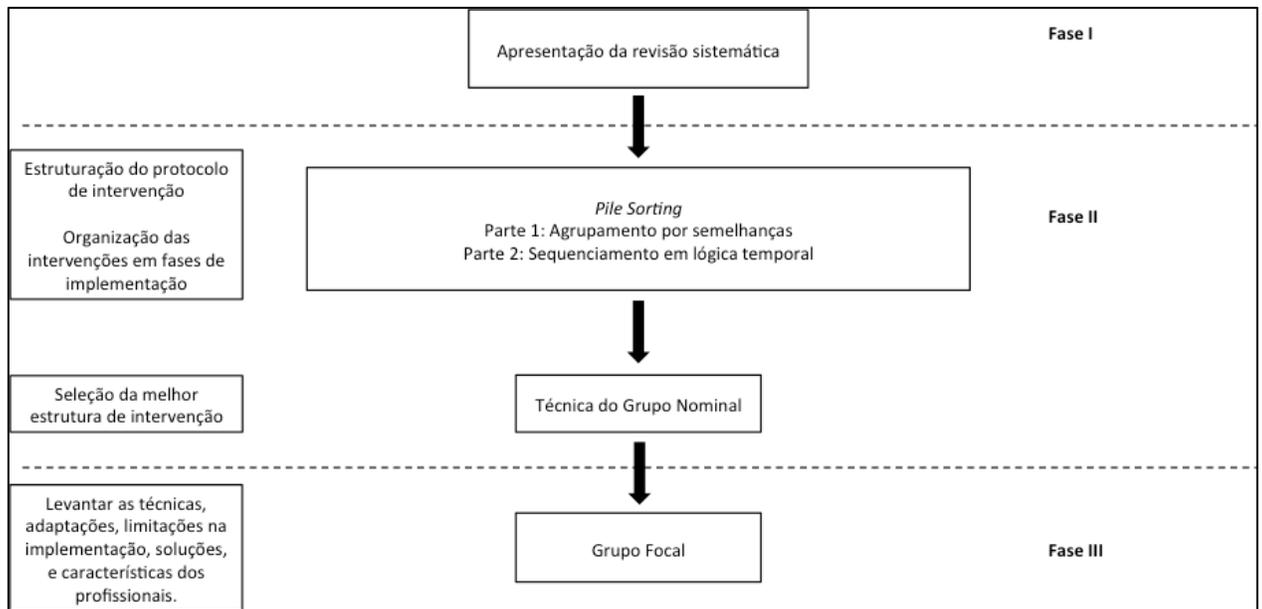


Figura 2: Sequência dos métodos de coleta de dados realizados na reunião com os especialistas.

### ***Etapa I – Apresentação do projeto e da pesquisa documental***

As intervenções identificadas a partir da pesquisa documental foram apresentadas para os participantes junto aos objetivos e a relevância do projeto na primeira etapa da reunião com o uso de projeção em Power Point. Foram incluídas também intervenções utilizadas em programas de prevenção que apresentaram resultados de efetividade na redução dos sintomas depressivos e de fatores de risco, que potencialmente levariam a uma redução significativa dos SDCS e, por conseguinte, do TDM em idosos.

### ***Etapa II – Pile Sortirng e Técnica do Grupo Nominal***

Para o delineamento do protocolo de intervenção foi realizado o método *Pile Sorting*. Esse método tem caráter qualitativo e quantitativo, no qual os membros de um grupo devem organizar cartões que contém elementos discretos específicos (informações que se deseja avaliar na pesquisa) dispostos de maneira aleatória em pilhas (fileiras), segundo critérios que considerem relevantes, sem um direcionamento específico dado *a priori* pelo pesquisador (WELLER; ROMNEY, 1988). Neste projeto, os participantes receberam cartões com cada um deles contendo o nome de uma das intervenções encontradas na revisão sistemática da literatura. Foram acrescentadas intervenções utilizadas em outros programas de intervenção para o TDM e fatores de risco que podem também contribuir para a prevenção dos episódios depressivos. Para compreender a percepção dos especialistas a respeito de cada uma das abordagens terapêuticas apresentadas foi solicitado a eles que primeiro organizassem cartões em pilhas segundo pontos em comum que enxergassem entre as intervenções. Não foi definido um número de pilhas a ser formadas. Em seguida eles deveriam nomear cada pilha e explicar a lógica que usaram para agrupar os cartões. Na segunda fase do *Pile Sorting* os participantes deveriam reorganizar os cartões em uma sequência temporal, segundo sua visão sobre como deveria ser a ordem de aplicação das intervenções ao longo do protocolo, tendo a liberdade de incluir ou excluir abordagens terapêuticas conforme desejassem. Foi pedido aos participantes que explicassem para o grupo a lógica que usaram para a sistematização das intervenções. As pilhas formadas durante a reunião de consenso foram fotografadas, mediante a autorização prévia dos participantes, para permitir a análise posterior dos dados.

Para selecionar qual a melhor sequência de intervenções formulada a partir da percepção dos participantes foi utilizado o método qualitativo Técnica de Grupo Nominal. O propósito desse método é gerar informações em resposta a um problema específico através de discussões em grupo de maneira estruturada, minimizando o viés do pesquisador (POTTER; GORDON; HAMER, 2004). É um método custo-efetivo, eficiente, que possibilita a participação de todos os membros do grupo, além de suscitar uma discussão aberta e concisa de todas as possibilidades apresentadas pelos participantes. Esse método tem como foco o processo de tomada de decisão consensual, baseado em julgamentos e não em discussões. Dessa maneira é possível que pessoas com diferentes habilidades e conhecimentos em diferentes áreas entrem em consonância a respeito de um determinado tema (DUNHAM, 2006). A Técnica do Grupo Nominal é dividida em quatro fases:

- Geração de ideias: Os participantes silenciosamente geram ideias a respeito de um tema e as anotam;
- Registro de ideias: Os participantes expõem as ideias que formularam para todo o grupo. Todas elas são registradas de maneira que todos possam vê-las;
- Discussão das ideias: Cada ideia é apresentada e discutida brevemente para ser avaliada pelos membros do grupo;
- Votação das ideias: Cada participante ordena segundo seus próprios critérios as ideias geradas. Então o grupo toma uma decisão baseada nesses votos.

No Grupo Nominal realizado na reunião de especialistas foi pedido aos participantes que realizassem uma reflexão inicial silenciosa sobre as intervenções selecionadas e as sequências de aplicação delas propostas durante o *Pile Sorting*. Em seguida anotaram em blocos de notas suas impressões a respeito da estruturação do manual. Essas ideias foram listadas e registradas na apresentação de Power Point usada na reunião para que todos pudessem vê-las. Foi realizada uma discussão breve sobre o ponto de vista de cada um sobre a sistematização das intervenções no manual. Em seguida os participantes apresentaram a hierarquização das estruturas que consideraram melhores e, em grupo, decidiram qual disposição era a mais favorável para compor o manual.

### ***Etapa III – Grupo Focal***

Na Etapa III foi realizado um Grupo Focal com os objetivos de conhecer a percepção dos participantes sobre:

- A viabilidade de implementação do projeto;
- A necessidade de adaptação das técnicas para idosos brasileiros;
- As competências necessárias dos profissionais da saúde que conduzirão os grupos (terapeutas),
- O formato do treinamento e supervisão dos terapeutas,
- Estratégias para solucionar riscos, barreiras e problemas que possam dificultar a execução do projeto.

O Grupo Focal é um método qualitativo que promove uma série de discussões em um grupo que tem como objetivo explorar um conjunto de tópicos específicos sobre determinado problema (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). A discussão é guiada por um moderador, preparado para conduzir o grupo, composto preferencialmente por seis a doze pessoas, para os temas pré-determinados de maneira semiestruturada. Os participantes respondem à perguntas feitas pelo moderador e são encorajados a interagir uns com os outros, o que permite explorar e clarificar visões individuais e compartilhadas sobre o problema em questão (MORGAN, 1996). Frequentemente o grupo é acompanhado por um observador que anota dados importantes que surgiram pela fala e comportamento não-verbal dos participantes. A realização de um Grupo Focal possibilita que os temas sejam discutidos com maior profundidade, gera informações sobre diferentes pontos de vista e o significado por trás deles, permitindo vislumbrar a experiência de cada participante (GILL et al., 2008). Ele permite a criação de ideias inovadoras a partir do conhecimento, emoções, nas vivências e crenças dos participantes (LARSON; GRUDENS-SCHUCK; LUNDY-ALLEN, 2004). Foi utilizado um roteiro com perguntas norteadoras considerando as perguntas de pesquisa (APÊNDICE B).

### **3.2.1 Reunião com os Profissionais da Saúde**

A coleta de dados da Reunião com Profissionais da Saúde foi realizada por meio de Grupo Focal, nos dias 26 de novembro de 2016 e 04 de fevereiro de 2017, em uma sala no 4º andar da Faculdade de Medicina/UFMG. A primeira reunião teve duração de 2 horas e 57 minutos e a segunda reunião de 2 horas e 04 minutos, incluindo uma pausa para lanche. Durante a primeira reunião verificou-se a necessidade de disponibilizar mais tempo para coletar as contribuições dos participantes referentes às adaptações necessárias ao processo de refinamento do manual e por isso foi necessário agendar uma nova data para realizar um novo grupo focal. O manual de intervenção preliminar foi enviado com antecedência para os profissionais para que pudessem fazer uma avaliação crítica de seu conteúdo, a ser discutido em grupo.

Foram realizados Grupos Focais nas reuniões que contaram com a participação de oito profissionais da saúde. O papel de mediadora foi desempenhado pela pesquisadora principal desse estudo e os grupos contaram com a participação de uma observadora, que faz parte da

equipe de pesquisa, graduanda do curso de psicologia e aluna de Iniciação Científica que foi a observadora. A moderadora utilizou, nos grupos focais, um roteiro com perguntas norteadoras (APÊNDICE E).

### 3.3.3 Análise dos dados

A análise do conteúdo gerado pelas técnicas acima foi realizada pelo método qualitativo Análise Temática, a partir da transcrição da gravação e análise dos dados coletados na reunião de especialistas utilizando o *software* MAX QDA 12. A Análise Temática é um método de análise de dados qualitativos usado para identificar, analisar e interpretar padrões de respostas ou significados nos dados coletados em uma pesquisa. Ela organiza e descreve as perspectivas dos participantes de maneira aprofundada a partir do que é comum entre elas, buscando um sentido nessas similaridades, em um processo recursivo e flexível, que podem ser aplicados em estudos de natureza teórica e epistemológica variadas (BRAUN; CLARKE, 2012). Todo o processo foi realizado pela pesquisadora principal e discutido com um membro da equipe de pesquisa e com um colaborador externo que tem conhecimento na condução de pesquisas com metodologia qualitativa. Essa discussão permite articular o processo de pensamento interno, clarear as ideias que emergem e fomenta novos insights sobre o tema (SALDAÑA, 2009), além de minimizar o viés da pesquisadora principal, que foi quem realizou os grupos e analisou os dados.

No presente estudo foi utilizada uma metodologia exploratória de natureza epistemológica essencialista para a Análise Temática, com o objetivo compreender a percepção dos atores relevantes para o processo de construção e refinamento do manual sobre as estratégias mais adequadas e relevantes para a prevenção de depressão maior nos idosos. A abordagem essencialista visa reportar experiências, significados, e a realidade dos fenômenos para os participantes, enquanto uma abordagem construtivista estuda como os eventos, realidades, significados e experiências relatados são o efeito de uma série de discursos operando em uma sociedade (BRAUN; CLARKE, 2006). A Análise Temática foi realizada utilizando uma abordagem semântica, na qual os temas são identificados a partir de dados explícitos da fala dos

participantes, sem buscar por conteúdos latentes e ideologias subjacentes (BRAUN; CLARKE, 2006), mas visando encontrar padrões e fatores relevantes, considerando suas implicações para o desenvolvimento de uma intervenção efetiva e eficaz para a prevenção da depressão maior em idosos.

A Análise Temática foi realizada segundo o modelo proposto por Braun e Clarke em 2006, que é formado por seis fases:

### **Fase 1: Familiarização com os dados**

Consiste em transcrever, ler e reler os dados, registrando as ideias iniciais para se criar um senso de todo o escopo dos dados coletados.

### **Fase 2: Criação dos códigos iniciais**

Nessa fase, o pesquisador codifica trechos dos dados coletados que sejam relevantes para responder às perguntas da pesquisa. Seu objetivo é encontrar padrões de comportamentos e consistências nos dados coletados a partir da organização dos dados em segmentos de dados segundo sua similaridade e regularidade (SALDAÑA, 2009) e agrupá-los, dando códigos a eles. Códigos são frases curtas ou palavras que representam a essência ou atributo fundamental, saliente de uma informação narrativa verbal ou visual (SALDAÑA, 2009).

A codificação pode ser realizada a partir de uma abordagem indutiva, na qual não há um estabelecimento prévio de hipóteses ou teorias a respeito dos dados coletados, que são criadas a partir do conteúdo trazido pelos participantes; a abordagem dedutiva, na qual os códigos são pré-determinados a partir teorias e hipóteses formuladas segundo o conhecimento do pesquisador e as evidências da literatura, que devem ser confirmadas ou refutadas pela análise dos dados coletados; e a abordagem integrativa, que mantém a atenção ao conteúdo que emerge a partir dos dados coletados, mas delibera previamente alguns aspectos específicos a serem buscados, aumentando a precisão e a eficiência no processo de codificação (Saldaña, 2009, Curry, 2015). No presente estudo foi utilizada a abordagem integrativa no processo de Análise Temática, uma vez que haviam dados relacionados aos objetivos da reunião com os especialistas que direcionaram as perguntas feitas aos participantes pela moderadora no Grupo Focal e o processo

de codificação, enquanto foram analisados e interpretados também os conteúdos espontaneamente trazidos pelos membros do grupo relevantes para a pesquisa.

### **Fase 3: Criação de Temas iniciais**

Nessa fase os códigos foram agrupados a partir da existência de padrões nas falas extraídas, formando as categorias superiores que permitem uma análise reflexiva de todo o conjunto de dados obtidos na pesquisa (SALDAÑA, 2009). Essas categorias foram então agrupadas segundo seu conteúdo e similaridade para formar os Temas, que são conceitos mais abstratos, relacionados ao problema estudado na pesquisa e ao significado que os atores dão para o que acontece (SALDAÑA, 2009). Nessa fase são também criados mapas temáticos preliminares, que são representações visuais da relação entre os códigos, as categorias e os temas.

Os padrões foram formados segundo o conteúdo semântico da fala dos especialistas, descritos, organizados e interpretados a partir de sua semelhança ou divergências aparentes considerando os significados explícitos nos dados levantados. (BRAUN; CLARKE, 2006).

### **Fase 4: Revisão dos Temas**

Nessa fase foram realizadas comparações entre os códigos, os Temas gerados e todo o conteúdo da transcrição para avaliação de sua consistência interna e externa, e a consolidação das categorias criadas, a fim de refinar a estrutura de códigos, categorias e temas criados. A intenção é criar temas que sejam capazes de abstrair todos os elementos relevantes contidos nos dados coletados e o que eles trazem de maneira geral em relação ao objetivo da pesquisa (Saldaña, 2009).

### **Fase 5: Definição e nomeação dos temas**

Nessa fase os temas criados são nomeados segundo o que é único e específico em cada um deles, refletindo sua essência, fornecendo uma história coerente sobre os dados coletados. São separados excertos do texto que melhor representam os temas para ilustrar a análise dos dados desenvolvida pelos pesquisadores .

### **Fase 6: Produção do relatório**

Na última fase é realizada a análise final dos dados, correlacionando a proposta de pesquisa e com os trechos extraídos na fala dos participantes de maneira a “contar uma história” sobre o que foi coletado a partir da análise da fala dos participantes para responder às perguntas da pesquisa. No presente estudo os temas formados foram comparados aos dados encontrados na revisão da literatura sobre a criação e desenvolvimento de manuais para a prevenção da depressão maior em idosos.

### **3.4 Aspectos éticos**

O projeto “Abordagem Psicoterápica para a Redução dos Sintomas Depressivos em Idosos com Depressão Subsindrômica” foi aprovado em 19 de março de 2014 pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, CAAE: 26363514.2.0000.5149 (Anexo I). Todos os participantes receberam as informações pertinentes sobre o projeto e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aqueles que participaram das reuniões realizadas foram informados previamente a respeito da gravação do áudio e concederam sua autorização. Todos foram reassegurados da confidencialidade das informações e de seu direito de abandonar o projeto a qualquer momento, sem a implicação de qualquer ônus. No processo de análise dos dados e escrita dos resultados os participantes foram identificados por códigos de maneira a garantir seu anonimato.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nessa seção serão apresentados os dados referentes à pesquisa documental e às reuniões realizadas com especialistas e profissionais da área da saúde.

#### **4.1 Pesquisa documental**

A pesquisa identificou 1107 publicações, entre artigos científicos, teses e dissertações. Após a remoção dos registros duplicados, 1045 publicações foram triadas. A partir da análise dos títulos, 900 artigos foram excluídos da análise. A avaliação detalhada dos 145 registros reduziu a amostra para 13 ensaios randomizados controlados, que foram incluídos por atenderem aos critérios estabelecidos na metodologia do presente trabalho. Nove estudos reportaram dados de prevenção seletiva em idosos e quatro de prevenção indicada. Não foram encontrados registros de estudos de prevenção do TDM no Brasil que atendessem aos critérios estabelecidos no presente estudo.

A população incluída nos estudos foi de 1647 idosos, alocados no grupo experimental ou controle. Foram incluídos 438 sujeitos nos estudos de prevenção indicada, voltados para pacientes com SDCS. Nos estudos de prevenção seletiva foram incluídos 1209 idosos com condições clínicas vulneráveis ao desenvolvimento do TDM como degeneração macular, diabetes, reumatismo, Acidente Vascular Encefálico (AVE), cirurgia após fratura nos quadris e residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A maior parte da amostra dos estudos foi composta por mulheres. A idade dos indivíduos variou de 50 anos a 86 anos. Os pacientes foram recrutados por meio de anúncios em veículos da mídia, de encaminhamentos de diferentes profissionais; da base de dados nacional sobre os pacientes, por estarem vinculados a centros de atenção à saúde de idosos ou à ILPI.

O tempo de duração dos programas variou de 6 a 12 sessões. A maior parte das intervenções foi realizada em formato de grupo com 4 a 12 participantes. Em um dos estudos, realizado com idosos residentes de ILPI, as sessões ocorriam duas vezes por semana (KONNERT; DOBSON; STELMACH, 2009). Em todas as outras pesquisas as sessões ocorriam uma vez por semana ou com um espaço maior entre elas. As intervenções de biblioterapia, que pode ser definida como uso de materiais de leitura com objetivos terapêuticos e psicoeducação, foram realizadas com um contato mínimo com os profissionais, que realizavam ligações, visitas domiciliares ou nas ILPI

para acompanhar a adesão ao tratamento e tirar dúvidas (DOZEMAN et al., 2011, 2012; VAN'T VEER-TAZELAAR et al., 2009).

As sessões variavam de sessenta minutos a 2 horas de duração. Apenas um dos estudos realizou sessões de reforço por um período continuado após a conclusão da intervenção. Nesse estudo foram realizadas 6 sessões no período de um ano (ROBINSON et al., 2008). Dois artigos incluídos tinham como foco reportar dados longitudinais sobre o efeito das intervenções na incidência do TDM após dois anos de conclusão dos grupos (VAN SCHAIK et al., 2014; VAN'T VEER-TAZELAAR et al., 2011).

Nos estudos foram utilizadas cinco tipos de abordagens psicoterápicas: a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (BURNS et al., 2007; KONNERT; DOBSON; STELMACH, 2009; VAN'T VEER-TAZELAAR et al., 2009), Terapia de Resolução de Problemas (TRP) (REYNOLDS et al., 2014; ROBINSON et al., 2008; ROVNER; CASTEN, 2008; VAN'T VEER-TAZELAAR et al., 2009), Ativação Comportamental (AC) (DOZEMAN et al., 2011, 2012; ROVNER et al., 2014), Terapia de Reminiscências (TR) ou Revisão da Vida (TRV) (DOZEMAN et al., 2012; POT et al., 2010) e a Terapia de Apoio (DE JONGE et al., 2009).

O modelo de cuidado escalonado foi implementado em dois estudos, nos quais os pacientes passaram por diferentes fases de tratamento. Ambos foram realizados nos Países Baixos. Em um dos estudos, voltados para idosos residentes em ILPI, os participantes entravam em uma fila de espera assistida (fase 1), seguida por intervenção de biblioterapia para agendamento de atividades prazerosas na casa dos idosos (fase 2). Aqueles pacientes que ainda apresentavam SDCS eram convidados a participar de um grupo de Terapia de Reminiscências (fase 3). Se ainda apresentassem sintomas depressivos após essa intervenção recebiam a recomendação de conversar com um médico do centro de atenção primária à saúde sobre possíveis tratamentos farmacológicos (fase 4) (DOZEMAN et al., 2012). A segunda pesquisa teve como foco idosos com idade superior à 75 anos e era também composto por quatro fases: (1) espera assistida; (2) biblioterapia baseada em conceitos da TCC; (3) TRP individual domiciliar e (4) indicação para acompanhamento médico. Todos os pacientes que participavam do estudo eram avaliados entre as fases para verificar a presença de SDCS. As fases 2, 3 e 4 tinham uma duração de 3 meses, enquanto a fase 1 durava um mês (VAN'T VEER-TAZELAAR et al., 2009).

Os programa de Cuidado Escalonado (CE) (*Stepped Care Program*) é um modelo de tratamento onde diferentes intervenções são implementadas sucessivamente. O objetivo dos modelos de

cuidado escalonado é maximizar a efetividade de intervenções disponíveis enquanto faz o melhor uso possível dos recursos disponíveis. O paciente inicialmente tem acesso à intervenção com menor complexidade e a medida que os sintomas permanecem ou aumentam outras modalidades de tratamento de maior complexidade são fornecidas (DOZEMAN et al., 2012).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma intervenção breve, estruturada, que tem como foco o papel dos pensamentos e comportamentos no início e na manutenção de sintomas dos transtornos mentais. Ela se fundamenta na visão de que os pensamentos e crenças determinam a relação entre as situações (eventos ativadores) e as reações comportamentais e emocionais (consequências). Essa psicoterapia utiliza técnicas cognitivas e técnicas comportamentais para reduzir os sintomas a partir do reconhecimento e reestruturação de padrões distorcidos negativos de interpretação da realidade. (KONNERT; DOBSON; STELMACH, 2009; SOROCCO; LAUDERDALE, 2011). A TCC foi considerada efetiva para tratar uma série de problemas psicológicos enfrentados na terceira idade, como ansiedade, depressão, abuso de álcool, insônia, prejuízos na funcionalidade e luto (SATRE; KNIGHT; DAVID, 2006).

A Ativação Comportamental (AC) é uma intervenção comportamental breve estruturada que tem como objetivo aumentar comportamentos adaptativos e atingir objetivos com significado para o paciente, proporcionando um senso de realização. Ela é tanto uma técnica psicoterápica, quanto uma intervenção testada em diversos estudos como um componente independente (LEJUEZ et al., 2011). O tratamento tem como foco estabelecer uma relação entre comportamentos na vida diária, humor e o senso de domínio, ampliando o suporte social enquanto minimiza comportamentos mal adaptativos (KANTER et al., 2010; ROVNER et al., 2014). Os participantes desenvolvem habilidades a partir do monitoramento e planejamento de atividades a partir da avaliação de seus objetivos de vida e valores (KANTER et al., 2010; LEJUEZ et al., 2011).

A Terapia de Resolução de Problemas (TRP) é um tratamento psicossocial, geralmente considerado parte da TCC, voltado para ampliar a capacidade dos indivíduos para lidar com problemas cotidianos ou eventos traumáticos no intuito de melhorar problemas de saúde física e de saúde mental. Os objetivos do tratamento incluem a adoção de uma visão de mundo adaptativa em relação aos problemas da vida diária (ou seja, otimismo, um senso de autoeficácia positivo e aceitação de que problemas que fazem parte da vida) e a implementação efetiva de comportamentos para solucionar problemas (manejo e regulação emocional, assim como a

resolução de problemas baseados em um planejamento) (D’ZURILLA; NEZU, 2010). São utilizados passos específicos para solucionar um problema ou para enfrentar uma situação estressora de maneira racional, que baseiam-se na seguinte estrutura: 1) Definir o problema, 2) estabelecer objetivos realistas, 3) gerar, escolher e implementar soluções, 4) Avaliar resultados (D’ZURILLA; NEZU, 2010).

A Terapia de Reminiscências (TR) é uma intervenção não estruturada, onde os idosos são estimulados à recordar-se de eventos passados e compartilhá-los em grupo (BUTLER, 1963). A Terapia de Revisão da Vida (*Life Review*) (TRV) é uma variante mais estruturada da TR, que visa reavaliar, resolver conflitos ou promover estratégias de enfrentamento mais adaptativas em sessões individuais ou em grupo (HAIGHT, 1988).

A Terapia de Apoio (TA) provê um acolhimento emocional para os pacientes, a fim de desenvolver suas habilidades de enfrentamento e aceitação do tratamento e de sua condição. Ela facilita a expressão das emoções, promove uma narrativa de vida, e provê um aconselhamento baseado em práticas psicoeducativas (DE JONGE et al., 2009). Essa abordagem foi considerada menos eficaz que outras psicoterapias no tratamento e na prevenção do TDM em idosos (CUIJPERS et al., 2014a; ROVNER et al., 2014).

Segundo os estudos encontrados, propõe-se que a depressão se desenvolve devido à presença de prejuízos funcionais associados às doenças médicas, de vulnerabilidades psicossociais e de prejuízos cognitivos; à presença de uma ruptura da rotina regular; à separação de ambientes familiares; à potencial perda do suporte de amigos e da família; à perda do controle das atividades que realiza; a uma redução das oportunidades para atividades prazerosas; a uma diminuição do senso de autoeficácia e de identidade; e à presença de padrões de visões negativas da realidade associada a uma baixa autoestima e desesperança.

Em relação ao processo de melhora as pesquisas apontaram uma redução dos sintomas se dá pelo aumento no engajamento social; pelo uso de técnicas cognitivas e comportamentais para redução de pensamentos negativos; pelo desenvolvimento da habilidade de distinguir pensamentos irrealistas ou exagerados dos mais realistas; pela integração de experiências presentes e do senso de identidade com recordações do passado; pelo desenvolvimento de estratégias compensatórias para preservar ou redefinir atividades valorizadas, assim como pela melhora no senso de autoeficácia secundário ao desenvolvimento das habilidades da resolução de problemas.

Em relação às técnicas específicas utilizadas, as intervenções tinham como componentes: o monitoramento e agendamento de atividades significativas para cada paciente; a psicoeducação sobre o processo terapêutico e sobre sintomas depressivos; o ensino de estratégias para identificar e desafiar pensamentos negativos; o ensino de estratégias de enfrentamento positivas às situações aversivas e resolução de problemas de racional; monitoramento do humor; ensino de técnicas de relaxamento; o desenvolvimento de habilidades sociais; a evocação de lembranças por estímulos sensoriais; a realização de atividades criativas utilizando músicas, cartas e poesias; a manutenção dos ganhos terapêuticos e a prevenção dos sintomas depressivos.

Os grupos experimentais foram comparados a diferentes formatos de grupo controle. As intervenções eram contrapostas ao cuidado usual, que poderia ser o acesso a qualquer tratamento que os pacientes julgassem necessário ou a execução de atividades rotineiras nas ILPI; ao tratamento farmacológico placebo ou ao escitalopram; à lista de espera; à execução de um filme educativo sobre fatores e habilidades que proporcionam um envelhecimento saudável; à um programa educativo sobre hábitos alimentares saudáveis e à Terapia de Apoio.

Em relação às taxas de abandono e danos potenciais, os estudos reportaram taxas de abandono dos programas que variaram de 10,1% a 44%, sendo maiores em estudos de cuidado escalonado. As razões propostas para esse fenômeno foram: problemas de saúde ou morte; incapacidades funcionais; participar do grupo experimental, o que demanda um maior esforço e engajamento por parte dos pacientes; não se adaptar às técnicas terapêuticas; baixo nível cognitivo; ausência de interesse e demanda pessoal para participar da pesquisa e o tempo de contato com os terapeutas.

Em relação aos terapeutas que realizaram as intervenções, encontrou-se diversas categorias profissionais: psicólogos assistentes, com mestrado ou estudantes de doutorado; terapeutas ocupacionais; assistentes sociais; funcionários e voluntários das ILPI; e enfermeiras.

Os formatos de treinamento e supervisão dos terapeutas reportados nos estudos foram: uma sessão de sessenta minutos de duração junto à entrega de um material impresso contendo informações relevantes contendo instruções sobre as sessões de treinamento e ajuda por telefone ou por contato pessoal com o supervisor caso necessário; supervisão de um psicólogo clínico de maneira regular; treinamento por meio turno e supervisão de especialistas em TCC e psicogerontólogo; supervisão na condução de cinco casos antes de iniciar os grupos terapêuticos; treinamento de dois dias antes da realização dos grupos, ou durante os grupos. Alguns estudos

reportaram os métodos de avaliação da confiabilidade do tratamento. Foram realizadas filmagens ou gravações dos áudios das reuniões, para posterior análise. Os especialistas e pesquisadores principais dos estudos foram os responsáveis por avaliar esse material. A maior parte das pesquisas selecionou aleatoriamente parte desse material para avaliação.

No programa de TRP voltado para idosos que sofreram AVE, o grupo experimental apresentou uma redução significativa da incidência da depressão, similar à do tratamento farmacológico (escitalopram) e melhor que o tratamento placebo (ROBINSON et al., 2008). Em outro estudo, não foram encontradas diferenças significativas na incidência de um episódio de TDM entre o grupo controle ativo (psicoeducação sobre práticas alimentares saudáveis) e o grupo experimental com TRP para centros de atenção primária. Ambas as intervenções foram consideradas seguras, e apresentaram uma redução nas taxas de incidência de TDM em relação a dados publicados em pacientes que receberam o tratamento usual para SDSC. A redução dos sintomas depressivos foi mantida por 2 anos após as intervenções. Apesar das evidências de que o dano da depressão pode ser maior em sujeitos negros não foram encontradas diferenças significativas na incidência de TDM em relação aos idosos brancos (REYNOLDS et al., 2014). O estudo que avaliou a TRP em idosos com degeneração macular observou que esta intervenção foi capaz de reduzir o risco de incidência de depressão maior pela metade após 2 meses da conclusão dos grupos. No entanto, esses ganhos não foram mantidos após seis meses de avaliação. Para prolongar os efeitos terapêuticos foi sugerida a realização de sessões de manutenção em estudos futuros (ROVNER; CASTEN, 2008).

A AC apresentou uma redução de 50% no risco de desenvolver TDM em idosos com SCSD e degeneração macular após 4 meses de acompanhamento, quando comparada à TA (ROVNER et al., 2014). O tratamento escalonado em idosos residentes de ILPI foi eficaz para reduzir a incidência de sintomas depressivos, mas não de transtornos ansiosos (DOZEMAN et al., 2012). A avaliação desse programa após dois anos de acompanhamento mostra que houve uma redução significativa de incidência de TDM no grupo experimental em relação ao grupo controle, quando analisados os pacientes que aderiram ao tratamento (VAN SCHAIK et al., 2014). Quando avaliado apenas a segunda fase do programa a realização de uma abordagem de autoajuda guiada com idosos em ILPI que propõe o planejamento e execução de atividades prazerosas, a intervenção apresentou efeitos positivos, porém não significativos. Os autores consideraram que pode ser difícil promover mudanças em pacientes residentes de ILPI por meio de biblioterapia,

associada a um baixo contato com os terapeutas, uma vez que se trata de uma população mais vulnerável à diferentes fatores de risco para o TDM (DOZEMAN et al., 2011). Outro programa de cuidado escalonado voltado para idosos com idade superior a 75 anos, promoveu uma redução do risco de incidência de transtornos depressivos e ansiosos em 57,9% quando comparado ao tratamento usual (VAN'T VEER-TAZELAAR et al., 2009), o que se manteve por dois anos (VAN'T VEER-TAZELAAR et al., 2011). Esse programa foi considerado custo-efetivo (VAN'T VEER-TAZELAAR et al., 2010). Foi apontado que o custo de passar pelo tratamento é inferior que os gastos com saúde de uma pessoa com TDM (ROVNER et al., 2014), o que deixa clara a relevância de desenvolver intervenções de prevenção dos transtornos mentais.

No estudo realizado com idosos que passaram por cirurgia no quadril utilizando uma intervenção baseada na TCC, não foram encontradas diferenças entre o grupo experimental e o grupo que recebeu o tratamento usual (BURNS et al., 2007). As razões apontadas pelos pesquisadores para essa ausência de resultados de eficácia foi a falta de poder estatístico por amostra insuficiente. Contudo, outro estudo encontrou que a TCC leva a uma redução dos sintomas depressivos em residentes de ILPI com SDCS em escalas aplicadas pelo clínico quando comparadas ao tratamento usual. Além disso, os participantes dos grupos relataram altos níveis de satisfação com a intervenção realizada e os ganhos foram mantidos após seis meses de acompanhamento (KONNERT; DOBSON; STELMACH, 2009).

A Terapia de Revisão da Vida demonstrou ser efetiva para reduzir os sintomas depressivos e manter os resultados por seis meses de acompanhamento em relação ao grupo controle em um estudo (POT et al., 2010). A intervenção realizada com Terapia de Apoio, que poderia ser combinada ao encaminhamento do caso para um psiquiatra e/ou discussão do caso com a equipe de saúde realizada em pacientes com diabetes e doenças reumáticas demonstrou eficácia na redução dos sintomas depressivos de maneira significativa. No entanto, houve a redução na incidência de TDM apenas em pacientes com diabetes (DE JONGE et al., 2009).

O tempo de acompanhamento de todos os programas analisados variou de dois meses a dois anos de avaliação, sendo que a maior parte dos estudos publicou resultados com um tempo de acompanhamento inferior a um ano. Essa fator levanta o questionamento se os programas realmente foram capazes de prevenir o TDM, ou apenas retardá-lo. Muitos pesquisadores indicam a necessidade de estudos com realizar o acompanhamento por um período maior a fim de avaliara efetividade das intervenções a longo prazo (REYNOLDS et al., 2014).

Os resultados dos estudos incluídos na pesquisa documental sugerem que a prevenção do TDM em idosos por meio de intervenções psicoterápicas é possível e efetiva para uma série de abordagens. Todavia, não foram encontrados programas dessa natureza produzidos no Brasil. Torna-se necessário, então, desenvolver estratégias eficazes e efetivas adaptadas para essa população, que pode apresentar condições socioeconômicas e culturais muito divergentes dos países onde as pesquisas encontradas foram conduzidas.

## **4.2 Reunião com Especialistas**

A reunião com os especialistas possibilitou estruturar um protocolo de psicoterapia em grupo para a prevenção de depressão em idosos baseados em evidências da literatura nacional e internacional e no conhecimento teórico e prático desses profissionais com a população idosa brasileira.

### **4.2.1 *Pile Sorting* e Técnica de Grupo Nominal**

Como já explicitado na seção de metodologia a reunião foi composta por três partes. Na primeira parte foi realizada uma apresentação dos objetivos do projeto e da revisão da literatura. A partir dessa apresentação foi realizada a técnica do *Pile Sorting*, na qual cada participante deveria organizar as abordagens psicoterápicas encontradas na revisão da literatura em um sequencia temporal para compor o protocolo de intervenção.

As intervenções consideradas para a composição do manual, apresentadas pela moderadora foram: TCC, TRP, AC, TRV, CE, Terapia Comportamental Breve para a Insônia (TCBI), Terapia Interpessoal (TIP) e Manejo da Ansiedade (MA). Não foi incluída a Terapia de Apoio, uma vez que as evidências de sua eficácia encontradas ainda não são robustas (CUIJPERS et al., 2014a, 2014b; DE JONGE et al., 2009; ROVNER et al., 2014). O MA e a TCBI foram incluídas devido à relação entre a presença de sintomas ansiosos e problemas de sono e a presença de sintomas depressivos (DOZEMAN et al., 2012; FRANZEN; BUYASSE, 2008; HINDI et al., 2011; VAN'T

VEER-TAZELAAR et al., 2009). O TCBI é uma adaptação da Terapia Cognitiva para Tratamento da Insônia que visa ampliar o acesso e disseminar o tratamento efetivo dessa condição. O TCBI inclui uma educação sobre o sono de boa qualidade e sobre os circuitos biológicos relacionados à regulação do sono que fundamentam a aplicação de técnicas comportamentais. Essas estratégias tem como base a restrição do sono e o controle de estímulos (BUYSSE et al., 2011).

A TIP foi incluída por ser uma estratégia efetiva a prevenção do TDM em outros grupos de idade (VAN ZONEN et al., 2014) e em tratamentos de manutenção e prevenção da recorrência de episódios de TDM em idosos (REYNOLDS et al., 1999). A TIP é um tratamento breve, criado para o tratamento do TDM, que visa o alívio dos sintomas a partir da melhora do funcionamento interpessoal. As intervenções tem como objetivo a mudança de padrões nas relações interpessoais e a modificação de expectativas sobre essas relações. Segundo essa abordagem, os problemas interpessoais se classificam segundo as áreas-problema, que deverão ser foco das intervenções durante o tratamento. São elas: Luto e perda, Disputas Interpessoais, Transição de Papéis e Déficits Interpessoais (SCHOEDL, 2009). Idosos com SDCS podem ter prejuízos nessas áreas-problema. Portanto, as estratégias terapêuticas da TIP poderiam ter um impacto positivo na redução dos sintomas depressivos pela resignificação de experiências de luto e perda e ampliação do suporte social dos indivíduos.

Na primeira fase do *Pile Sorting* os profissionais agruparam as abordagens psicoterapêuticas em “pilhas” (ou grupos) segundo as semelhanças que encontraram entre elas. Os critérios apresentados para agrupamento das intervenções foram: a capacidade das psicoterapias de promover uma mudança comportamental, de promover mudanças na visão de mundo dos pacientes, ou de ensinar estratégias para lidar com os sintomas depressivos (Psicóloga 3); a capacidade das intervenções de estruturar o cuidado com os pacientes, de promover uma nova relação com seus sintomas depressivos e de promover mudanças na funcionalidade, motivando-os usar recursos pessoais para solucionar problemas (Psicogeriatra 1), a capacidade das abordagens de transmitir informações educativas para melhorar os sintomas, de estimular os pacientes a relatar suas experiências de vida para o grupo ou ensinar a relação entre os pensamentos, comportamentos, emoções e os sintomas, e, novamente, de promover mudanças comportamentais para lidar com as dificuldades (Psicóloga 1); o objetivo de abordar problemas diretamente relacionados ao envelhecimento, de melhorar os sintomas depressivos por

intervenções comportamentais ou cognitivas, ou por serem mais relacionadas à demandas específicas (como problemas no sono e ansiedade) de cada participante (Psicólogo 2); o foco na resolução de problemas de forma prática e pontual, abordar padrões de relacionamento interpessoal e padrões de relação com o ambiente ao longo da vida do paciente, e as intervenções que são educativas (Psicogeriatra 2); e a capacidade da intervenção de promover o contato com outras pessoas, se basear em mudanças comportamentais práticas ou resgatar experiências de vida para serem usadas segundo as demandas específicas de cada idoso (Psicogeriatra 3).

Foram formadas 16 pilhas que foram nomeadas como: “*Output prático*”, “*Sentido*” e “*Aceitação*” (Psicóloga 3); “*Estratégias de Prevenção de organização do cuidado*”, “*Estratégias Cognitivas/Sensação*” e “*Estratégias de Funcionalidade*” (Psicogeriatra 1); “*Aprendizado*”, “*Histórias de Vida*”, “*Entendimento*” e “*Ação*” (Psicóloga 1); “*Terapia da Compreensão do Envelhecimento*”, “*Estratégias de Intervenções*” e “*Estratégias Específicas*” (Psicólogo 2); “*Grupo Pragmático*”, “*Grupo de Funcionalidade e Relacionamento*” e “*Grupo Básico e Funcionalidade*” (Psicogeriatra 2); e “*Espectro cognitivo comportamental interpessoal*” (Psicogeriatra 3).

É possível observar uma similaridade entre a maneira de organização das abordagens terapêuticas. Todos os especialistas consideraram a Psicoeducação como uma intervenção fundamental, que possibilita uma nivelção dos conhecimentos e crenças a respeito da depressão, envelhecimento e da terapia. Além disso, proporciona um momento onde os participantes dos grupos possam se conhecer e desenvolver identidade de grupo, enquanto responde à possíveis estigmas que podem fazer parte do imaginário dos idosos. Os especialistas criaram agrupamentos de intervenções por seu caráter educativo, por seu caráter prático, pelo foco em promover mudanças comportamentais e mudanças na relação com os sintomas depressivos, pela capacidade de ensinar estratégias para lidar com as dificuldades dessa fase da vida, de ampliar a funcionalidade dos pacientes ou de promover interações interpessoais. Um dos especialistas ressaltou a importância de utilizar psicoterapias que abordam diretamente fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da TDM como: problemas de sono, baixo suporte social e conflitos nas relações interpessoais, a presença de problemas persistentes e baixo engajamento em atividades prazerosas.

Na segunda fase do *Pile Sorting* os especialistas selecionaram as intervenções que consideraram que devem compor o manual e as organizaram uma sequência temporal, explicando sua

percepção sobre essas escolhas. Todos os modelos de protocolo formados foram iniciados pela Psicoeducação. Segundo os participantes da reunião, essa estratégia permite aumentar a receptividade dos idosos à abordagens mais pragmáticas.

Em relação aos critérios que determinaram a organização dos modelos de protocolos, os especialistas apontaram as seguintes características necessárias: a capacidade das abordagens psicoterapêuticas de dar informações sobre a depressão, envelhecimento, sono e sobre todo o processo de psicoterapia; de trabalhar questões comuns nessa etapa da vida e auxiliar o idoso a compreender o processo do envelhecimento; de promover o engajamento em atividades prazerosas e impulsionar a motivação do paciente; de melhorar a qualidade das relações interpessoais; realizar mudanças nos comportamentos e no ambiente que possibilitem a melhora dos sintomas; resgatar estratégias usadas ao longo da vida para lidar com dificuldades; ampliar a funcionalidade dos pacientes; ensinar técnicas de relaxamento para motivá-los a se engajar no enfrentamento ativo de seus problemas; ensinar a reconhecer a padrões de interpretação dos eventos e transformá-los em interpretações realistas; estimular conversas sobre os sintomas e problemas em comum entre os pacientes; demonstrar a relação entre os pensamentos, comportamentos, emoções, funcionalidade e os sintomas depressivos.

Em relação ao modelo de Cuidado Escalonado, apenas dois especialistas apontaram a necessidade de adotá-lo. Nesse modelo, o paciente seria avaliado longitudinalmente e encaminhado para tratamentos individuais, segundo suas demandas, nível de escolaridade, capacidade cognitiva e história de vida. O idoso passaria por mais etapas de tratamento dependendo de sua resposta às intervenções, realizadas por profissionais cada vez mais qualificados. Já os outros especialistas consideraram que os grupos devem ser breves, simples, mas fechados, onde todos os idosos passam pelas mesmas abordagens psicoterápicas, para garantir a qualidade do vínculo entre eles.

Os especialistas apontaram a possibilidade dos idosos terem dificuldade para expor questões particulares a princípio. Foram então propostos dois tipos de solução para esse problema. Na primeira alguns especialistas propuseram modelos de protocolo com técnicas de natureza pragmática, que estimulam os idosos a agir colaborativamente, trazendo resultados rápidos, com o objetivo de motivar a adesão ao tratamento e permitir que os idosos se adaptem ao formato de terapia em grupo. A outra solução encontrada pelos especialistas foi inserir técnicas que tenham como objetivo melhorar a qualidade das relações interpessoais, compartilhar histórias de vida e

problemas que vivenciam, promovendo um senso de identificação e unidade no grupo. Essas técnicas também teriam como objetivo flexibilizar a forma dos idosos de agir e pensar, aumentando a aceitação às intervenções terapêuticas.

Com o objetivo de chegar a um consenso sobre a melhor estrutura para o manual de intervenção foi utilizada a Técnica de Grupo Nominal. Os especialistas conversaram sobre todos os modelos apresentados no *Pile Sorting* e ordenaram aqueles que consideravam a melhor opção. Os modelos mais votados foram os propostos pelo Psicólogo 2 e o da Psicóloga 3. O protocolo do Psicólogo 2 propõe que os idosos sejam avaliados a cada fase da terapia, para verificar a necessidade de continuar o processo e posteriormente ser encaminhado para profissionais com um maior nível de qualificação para lidar com suas demandas. Já no modelo proposto pela Psicóloga 3 todos os idosos devem passar juntos por todas as intervenções propostas, em grupos terapêuticos fechados. Esse grupo deve fazer parte de um processo superior, onde os pacientes são avaliados antes e depois de concluir os grupos, e só então ser encaminhados para uma atendimento especializado, caso necessário, de forma que o grupo terapêutico como um todo seja uma fase do cuidado escalonado.

Apesar de serem modelos claramente diferentes, ambos tem como objetivo promover resultados rápidos com o intuito de motivar os pacientes à continuarem no projeto, manter a coesão do grupo e abordar de problemas associados ao envelhecimento. Os dois especialistas ressaltaram a importância de maximizar a viabilidade de implementação do manual, construindo um protocolo breve, porém eficaz na prevenção dos sintomas e no cuidado com as demandas dos indivíduos.

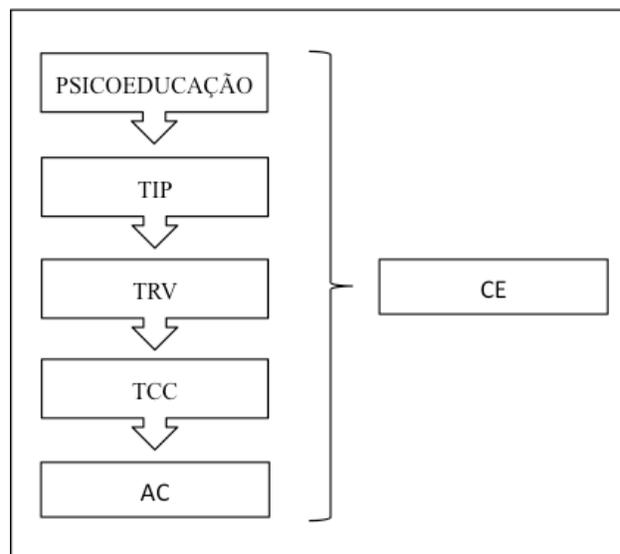


Figura 3: Organização das abordagens psicoterapêuticas na segunda fase do *Pile Sorting* do Psicólogo 2. TIP: Terapia Interpessoal; TRV: Terapia de Revisão da vida; TCC: Terapia Cognitivo Comportamental; AC: Ativação Comportamental; CE: Cuidado Escalonado.

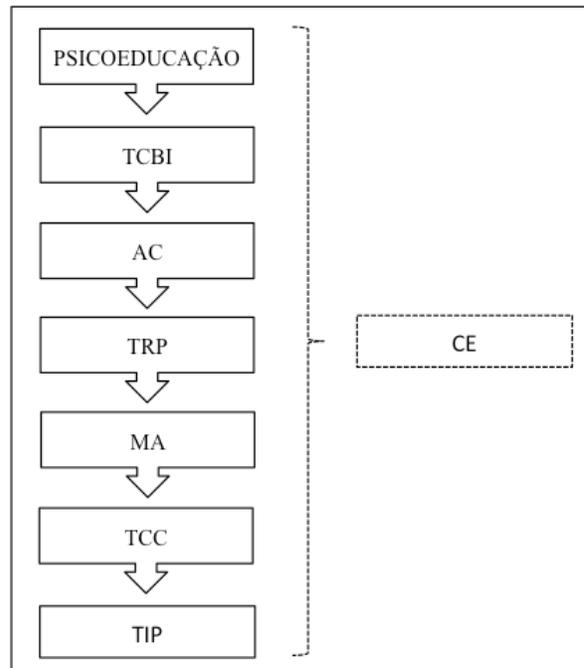


Figura 4: Organização das abordagens psicoterapêuticas na segunda fase do *Pile Sorting da Psicóloga 3*. TCBI: Terapia Comportamental Breve para Insônia; AC: Ativação Comportamental; TRP: Terapia de Resolução de Problemas; MA: Manejo de Ansiedade; TCC: Terapia Cognitivo Comportamental; TIP: Terapia Interpessoal; CE: Cuidado Escalonado.

#### 4.2.2 Grupo Focal da Reunião de Especialistas

Na terceira e última fase da Reunião com Especialistas foi realizado um Grupo Focal com o objetivo de explorar a percepção desses atores sobre a viabilidade de execução, a necessidade de adaptação das abordagens terapêuticas selecionadas, possíveis barreiras que poderiam surgir na implementação do projeto e como superá-las. Uma vez que os participantes trouxeram conteúdos relevantes para responder aos objetivos propostos durante todas as fases da reunião a Análise Temática foi feita a partir da transcrição completa da reunião. Os códigos foram formados em uma abordagem integrativa, visando responder aos tópicos propostos pelas perguntas de

pesquisa, mas também reportando dados proeminentes para a condução do projeto trazidos espontaneamente pelos participantes. A partir da coleta de dados foi construída uma estrutura de códigos a partir de falas relevantes para a pesquisa no processo de Análise Temática, como proposto por Saldaña (2009). Após um processo de refinamento e agrupamento dos dados coletados a partir da análise de 1412 falas dos especialistas foram criados 25 códigos, 8 categorias e 4 temas (APÊNDICE C).

#### ***4.2.2.1 TEMA: Seleção das intervenções e estruturação do manual***

Durante o processo de discussão de quais intervenções deveriam ser inseridas no manual de intervenção para prevenir a depressão em idosos os especialistas explicitaram os critérios que basearam suas escolhas. Esses podem ser divididos em duas categorias: Processo de Envelhecimento e Motivação e Aceitação.

##### Processo de Envelhecimento

O atendimento clínico de pessoas idosas carrega algumas particularidades. Segundo os especialistas, fatores culturais influenciam a visão do que é ser idoso. As alterações desencadeadas pelo envelhecimento no âmbito fisiológico, que acarretam mudanças na funcionalidade e independência dos indivíduos, estão associadas à mudanças psicológicas, emocionais e sociais. Essas devem ser consideradas num processo terapêutico frente à diferenças existentes entre a depressão maior em adultos e em idosos. Um dos especialistas apontou que frequentemente as pessoas não se preparam para o envelhecimento. Isso pode levar a dificuldades para lidar com as limitações, as perdas e as transformações relacionados a esse processo, o que pode ocasionar um quadro depressivo. Intervenções que almejam prevenir a depressão nessa população devem ampliar a compreensão dos participantes e de seus familiares sobre as implicações do envelhecimento, bem como instrumentalizar os idosos para lidar melhor ou superar suas dificuldades. Essas intervenções devem considerar as peculiaridades do funcionamento cognitivo, o estilo de enfrentamento, a presença de problemas de mobilidade, na

acuidade visual e auditiva, a escolaridade e a alfabetização das pessoas que estão nessa fase da vida. É importante considerar também que o protocolo é voltado para pessoas com depressão ainda em nível subsindômico.

Segundo um dos participantes os idosos apresentam uma maneira diferente de outras faixas etárias para lidar com problemas:

*“E o que a literatura sustenta é que idosos normalmente tentam lidar com estresse e com problemas focando nas emoções. Eles tentam se distanciar da resolução do problema”.*  
(Psicólogo 2)

A relação entre a idade e a maneira de abordar e solucionar problemas tem sido investigada há mais de três décadas. Estudos mostram que a capacidade de solucionar problemas de vida diária aumenta com o passar da idade, atingindo seu ápice na meia idade, e decrescendo a medida que os indivíduos envelhecem (D’ZURILLA; MAYDEU-OLIVARES; KANT, 1998). Os idosos apresentam escores inferiores que adultos de meia idade nos construtos orientação positiva para os problemas e tomada de decisão racional. Isso pode estar relacionado à diferença no tipo de situações enfrentadas de acordo com a faixa etária, uma vez que idosos enfrentam problemas de saúde crônicos com maior frequência. Os idosos, porém, apresentaram uma orientação negativa para problemas menor que adultos jovens o que pode estar associado a um aprendizado de melhores maneiras de abordar uma dificuldade com o passar do tempo. Um estudo realizado no Brasil verificou que as estratégias de enfrentamento de situações difíceis usadas por idosos antes de uma intervenção de resolução de problemas eram predominantemente focadas nas emoções. Após o programa, os sujeitos passaram a apresentar estratégias mais confrontativas e de suporte, focadas no problema, o que aumentou a chance de resoluções efetivas e ampliou as habilidades de adaptação. Esses resultados tiveram impacto nas relações interpessoais familiares e nos padrões de interpretações da realidade, minimizando sintomas depressivos (SOARES, 2013).

Durante a elaboração do manual uma das especialistas propôs um modelo hipotético para o desenvolvimento da depressão em idosos. Baseando-se em conceitos relacionados à TCC ela propôs que as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento na funcionalidade, no papel social e na condição financeira, podem ativar crenças negativas que permaneceram latentes durante toda a vida, levando a uma visão pessimista de si mesmo e de seu futuro e, por

consequente, a um quadro depressivo. Uma teoria proposta por Albert Ellis (1958) propõe que idosos podem ter muitas razões para estar infelizes devido à presença de mudanças com o envelhecimento e doenças crônicas. Contudo, o sentimento de infelicidade pode ser ampliado pela presença de distorções cognitivas de catastrofização e supergeneralização das causas e efeitos dos eventos negativos (ELLIS, 1958). A pesquisa documental realizada no presente trabalho encontrou que o desenvolvimento de um quadro depressivo em idosos está relacionado à prejuízos causados pela presença de doenças, às mudanças fisiológicas, cognitivas e na rotina, à restrição das interações interpessoais e ainda à perda da autonomia. Todos esses fatores podem levar à diminuição do senso de autoeficácia e transformações no senso de identidade.

Os especialistas apontaram que usar intervenções que estimulem a exposição de experiências passadas e dificuldades atuais possibilitam que os idosos compartilhem vivências de coorte e se reconheçam nos outros membros do grupo.

*“Essa questão da solidão, sendo algo muito importante, não só a solidão para os familiares, mas a solidão para com o seu par, para com os seus, com as pessoas que trabalhavam sempre com ele. Então Terapia Interpessoal.” (Psicogeriatra 3)*

Essa estratégia tem o potencial de favorecer a formação de vínculos entre os participantes. O isolamento social é considerado um fator importante para a precipitação e manutenção do TDM em idosos. Os especialistas consideram que ele pode estar associado à mudanças ocupacionais, sociais e ao aparecimento de doenças e problemas na mobilidade. A solidão está intimamente relacionada à percepção de um quadro depressivo em si ou em outras pessoas (BARG et al., 2006). A literatura aponta que ter um maior suporte emocional é considerado um preditor de sintomas depressivos menos intensos e maior afeto positivo (Lee, Kahana, Kahana, & Barnes, 2015), ressaltando a relevância de utilizar intervenções que tem como foco ampliar a qualidade das relações interpessoais dos membros dos grupos.

### Motivação e Aceitação

Estimular a motivação das pessoas envolvidas no projeto foi considerado um fator importante para aumentar o engajamento nas intervenções para prevenir a depressão maior em idosos.

*“É porque pra mim, a minha proposta é de uma atividade em grupo que o início é a motivação.”*  
(*Psicogeriatra 1*)

Para isso, como já explicitado na seção sobre o *Pile Sorting*, foi sugerido iniciar os grupos com sessões educativas, nivelando o conhecimento a respeito da depressão e do envelhecimento e respondendo à possíveis crenças negativas dos profissionais de saúde e dos idosos. Segundo um dos participantes da reunião as técnicas educativas favorecem a compreensão dos idosos dos mecanismos associados aos fatores de risco do TDM, e portanto, já possibilitam a melhora dos sintomas. Um dos especialistas apontou que frequentemente os idosos vão à consultas por incentivo de familiares, sem saber o por quê daquele atendimento, o que contribui para a evasão e baixa adesão aos tratamentos. Portanto, torna-se essencial abordar os objetivos e como o projeto pode melhorar a qualidade de vida dos participantes durante a psicoeducação, motivando-os a participar de todo o processo.

A maioria dos especialistas ressaltou a importância de atender às demandas individuais dos idosos.

*“Você vai começar a entrar num aspecto pessoal cognitivo, vinculado a perspectiva de mundo de cada um.”* (*Psicóloga 3*)

Abordagens terapêuticas que tenham como objetivo modificar a visão de mundo e a relação dos pacientes com seus sintomas, sentimentos, pensamentos, comportamentos foram vistas como estratégias para acessar aspectos mais profundos e particulares. Outra maneira de levantar aspectos idiossincráticos de cada participante foi a criação de uma lista de problemas de maneira colaborativa, onde cada idoso compartilha dificuldades que pode estar vivenciando. O levantamento das queixas comuns nessa etapa de vida para despertar um maior interesse no projeto e favorecer a adesão às sessões e atividades propostas. Entretanto, é preciso considerar que o projeto será implementado no formato de grupo. Foi sugerido então, realizar uma dinâmica onde as queixas individuais são levantadas e aquelas mais comuns são selecionadas pelos próprios idosos e trabalhadas nas sessões, com ajuda dos terapeutas a partir de evidências teóricas sobre problemas comuns no envelhecimento. A construção de uma lista de problemas durante a

sessão possibilita também desenvolver maneiras para solucionar problemas em conjunto, o que pode favorecer a formação de laços entre os participantes, aumentar a coesão do grupo e a busca de suporte social fora das sessões.

É importante mencionar que alguns especialistas consideram que as sessões iniciais devem abordar temas pessoais, estimulando a interação e a confiança entre os participantes. Dessa forma, seria possível também flexibilizar a maneira de pensar dos idosos, aumentando sua aceitação em relação às técnicas propostas. Outros especialistas apontam que as sessões iniciais devem ensinar estratégias práticas para reduzir os fatores de risco associados aos sintomas depressivos e ampliar o bem-estar, agindo como fonte de motivação para os participantes.

*“Eu acho que o idoso pode precisar disso, pode precisar em determinado momento, deixar de ser pragmático depois e voltar a ser motivador, voltar a ser pragmático, eu acho que isso pode trazer resultados positivos. (Psicogeriatra 2)”*

Alguns especialistas consideram que a inclusão de abordagens terapêuticas de caráter pragmático favorecem a redução dos sintomas e um aumento da motivação a partir da percepção de melhora.

*“Por viabilidade. Porque eu acho que quanto mais objetivo, simples e prático, maior a concentração por ser prático, e você consegue segurar o grupo, vai poder ser mais breve, você vai conseguir segurar o grupo coeso, mais tempo. (Psicóloga 3)”*

A adoção de estratégias práticas baseadas no ensino de habilidades que podem ser replicadas em outros ambientes pode incentivar os idosos a engajar-se em atividades que são valorizadas por eles. Segundo o modelo de depressão de Lewinsohn (LEWINSOHN; SULLIVAN; GROSSCUP, 1980) a depressão maior está associada à baixa prevalência de interações positivas (com consequências que levam a pessoa a sentir-se melhor), o que leva o indivíduo a se posicionar de maneira cada vez mais passiva, engajando-se pouco em atividades potencialmente reforçadoras. Essa falta de interações positivas pode estar associada à presença persistente de problemas e fatores estressores, levando à uma alta taxa de interações aversivas. A ausência de relações recompensadoras com o ambiente pode levar ao humor disfórico e ao desenvolvimento do TDM. O tratamento estimula os idosos a envolver-se em atividades prazerosas e significativas,

ampliando a qualidade e a quantidade de interações positivas, enquanto diminui as interações aversivas. Essas estratégias comportamentais estão associadas a uma melhora da qualidade de vida e a um maior senso de controle frente à problemas, o que pode prevenir um episódio de depressão maior. Baseando-se nessa teoria, os especialistas sugeriram a realização de atividades prazerosas em grupo fora do *setting* terapêutico. Também recomendaram a realização de atividades práticas na forma de dinâmicas em todas as sessões para evitar o cansaço pelo excesso de atividades expositivas, a utilização de música para explicar o modelo cognitivo da TCC e organizar uma mesa de lanches nas sessões como ferramentas para manter a motivação dos participantes.

O envolvimento dos familiares no processo terapêutico possibilita estimular o engajamento dos participantes e ainda incluir pacientes analfabetos no projeto.

*“Aí você aumenta a chance da família cooperar e do idoso, da família se envolver no tratamento. Do idoso envolver no tratamento. (Psicóloga 3).*

Dessa forma seria possível minorar estigmas sobre a eficácia de psicoterapia em idosos, sintomas depressivos e ainda estimular a realização das tarefas em diversos ambientes. Os terapeutas devem, porém, selecionar bem esse familiar, deixando claro os objetivos de sua colaboração e limitando sua participação para evitar divergências e cobranças, que podem desmotivar o idoso. O objetivo do projeto é manter e ampliar a autonomia dos idosos, sem que o familiar tente controlar o processo de execução das atividades propostas. O papel do familiar é agir como uma fonte de reforço e incentivo. A literatura mostra a existência de alguns programas de tratamento para depressão em idosos que inclui a presença de cuidadores no processo. Considerando que muitos idosos apresentam déficits cognitivos e comorbidades associadas à esse transtorno, que acarretam prejuízos na funcionalidade, a inclusão dos familiares dos idosos pode potencializar os resultados das intervenções (CUIJPERS et al., 2014a). No entanto, a maior parte dos estudos com cuidadores são voltados para a redução do estresse ligado à exercer o cuidado com pacientes com doenças graves ou neurodegenerativas. O desenvolvimento de intervenções baseadas na díade paciente-cuidador para indivíduos com TDM deve abordar estratégias relacionadas à inteligência emocional e às habilidades para lidar com situações difíceis de cada um deles a fim de melhorar a qualidade de vida desses sujeitos (BOYER et al., 2017). Portanto, o engajamento de familiares,

com o fornecimento de material impresso para tal, no programa de prevenção à depressão pode se constituir como uma estratégia relevante para promover mudanças no ambiente onde os idosos vivem.

A possibilidade de realizar uma sessão exclusiva com os familiares foi levantada. Porém, foi levantado que os familiares poderiam não disponibilizar tempo para tal.

*“Eu, eu discordo. Porque eu acho que o familiar não é disponível. (...) Se for duas perguntas eu respondo. Se for um questionário com detalhes de vida eu não respondo não. (Psicogeriatra 1)”*

Os especialistas, então, sugeriram a confecção de uma cartilha impressa com os objetivos de: compartilhar com os familiares as estratégias terapêuticas trabalhadas em sessão; reforçar para os idosos os conceitos e ferramentas mais importantes para prevenir a depressão; prover um material que possa ser acessado sempre que necessário em outros momentos da vida.

A motivação dos profissionais das equipes de saúde e das instituições foi considerada um aspecto determinante para a implementação do projeto. Os especialistas apontaram que frente às diversas demandas de trabalho já presentes atualmente, os profissionais de saúde podem não disponibilizar tempo ou engajar-se no projeto, a não ser que recebam um incentivo de atores hierarquicamente superiores.

*“Primeiro que vai ter que ter algum motivador né? Vai ter que ter alguma coisa pré-imposta pra instituição manter um investimento na intervenção proposta. (...) É...porque que é interessante? Porque que é economicamente melhor pra saúde do idoso...”. (Psicóloga 3)*

Portanto seria necessário estabelecer parcerias com a prefeitura municipal para estabelecer estímulos à adoção do projeto, como certificados de participação ou a divulgação de que aquela unidade básica de saúde se preocupa com a saúde mental de idosos. É necessário, ainda, que o manual seja escrito de maneira clara e simples, favorecendo a compreensão das técnicas e sua aplicação de forma equivalente ao proposto pelas abordagens terapêuticas originais.

Os especialistas ressaltaram que para manter a motivação de todos os envolvidos o protocolo deve ser breve, com o menor número de sessões o possível, evitando que os idosos abandonem o projeto antes da conclusão do mesmo. Uma série de fatores, relatadas na seção da pesquisa

documental podem estar associadas à recusa ou saída dos programas de prevenção. Dentre eles, demonstrar a relevância e o impacto das abordagens para a vida dos pacientes, realizar os encontros em lugares acessíveis podem ser estratégias que maximizam a adesão ao tratamento (DOZEMAN et al., 2011; REYNOLDS et al., 2014).

Outro aspecto importante a ser observado é garantir que as avaliações sejam rápidas e de fácil compreensão para os idosos, garantindo sua fidedignidade e evitando a evasão dos potenciais participantes.

*“Não extenso, mas eu acho que tem que ser um... porque é por aí que você vai começar com a motivação dos participantes.” (Psicóloga 1)*

Os especialistas consideram que as sessões não devem ultrapassar sessenta minutos para garantir que sejam capazes de compreender as técnicas propostas. Entretanto, um estudo de metanálise aponta que sessões de maior duração, de 60-90 minutos estão ligados à uma maior eficácia nos tratamentos de prevenção da depressão (JANÉ-LLOPIS et al., 2003).

A literatura corrobora a importância de avaliar e potencializar a motivação dos idosos antes e durante um processo terapêutico, como colocado pelos especialistas (SOROCCO; LAUDERDALE, 2011). É importante investigar o desejo para mudança em cada indivíduo, já que idosos podem nunca ter passado por um processo psicoterapêutico. O paciente deve compreender como o projeto pode ser útil para suas próprias questões. O terapeuta deve buscar conhecer as razões de cada idoso para ter buscado um tratamento, suas expectativas e crenças para a terapia, suas experiências prévias e possíveis obstáculos que podem dificultar sua participação. Também é necessário explicar a natureza breve, baseada na prática ativa das estratégias trabalhadas nas sessões do projeto dentro e fora dos grupos, uma vez que idosos frequentemente estão acostumados à um papel mais passivo como pacientes.

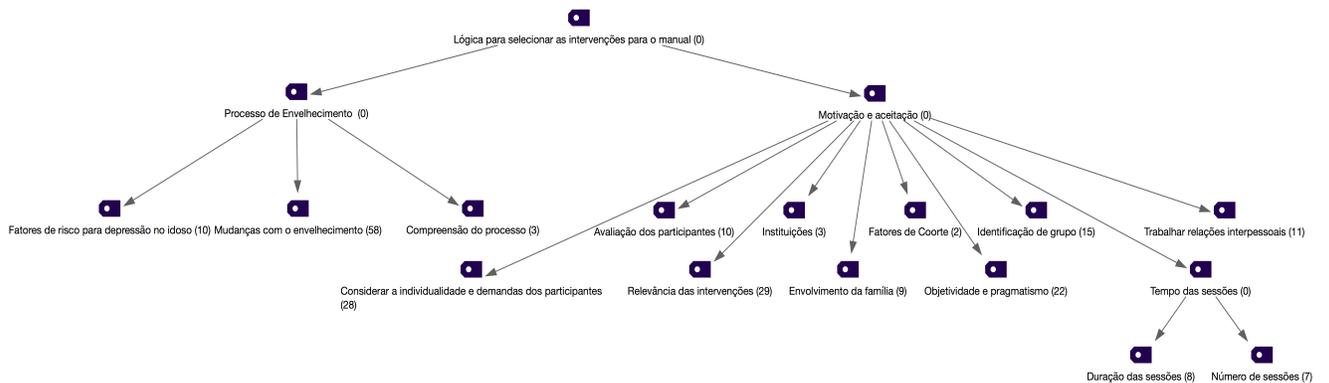


Figura 5: Representação em mapa do tema “Lógica para selecionar as intervenções para o manual”. Estão representadas as categorias “Processo do Envelhecimento” e “Motivação e Aceitação”, junto aos códigos ligados a elas. O número na frente de cada codificação corresponde à frequência que cada um deles foi citado na reunião.

#### 4.2.2.2 TEMA: Adaptações das intervenções para compor o manual

Na reunião com os especialistas foram levantadas possíveis barreiras que possam dificultar ou impedir a implementação do projeto. A fim de superá-las, os especialistas sugeriram adaptações às abordagens psicoterapêuticas selecionadas para compor o manual. Fatores como o estabelecimento de parcerias com atores relevantes na comunidade de idosos, métodos de avaliação simples e rápidos e a proximidade e facilidade de acesso ao local onde a intervenção será realizada, preferencialmente em lugares não-médicos favoreceram a retenção dos pacientes em um programa de prevenção indicada (Reynolds et al., 2014).

Os especialistas discutiram a necessidade de modificar as técnicas para que diferentes profissionais da saúde pudessem aplicá-las, preocupando-se, porém em manter seus elementos centrais, relacionados à melhora dos sintomas. Para isso, apontaram que é preciso considerar os aspectos contextuais e psicológicos dos idosos, sua funcionalidade e a capacidade de comunicação dos membros dos grupos ao implementar as intervenções. Elas devem se adequar ao nível cognitivo, ao nível de escolaridade e à realidade cultural dos potenciais participantes dos grupos. As técnicas propostas pelos especialistas para compor o manual foram:

- Trabalhar as mudanças nas habilidades cognitivas, nos papéis sociais, solidão, luto, aposentadoria, sexualidade e outras mudanças ocasionada pelo envelhecimento nas sessões;

- Realizar uma identificação das relações significativas e de possíveis conflitos a partir da TIP;
- Levantar as queixas dos participantes em conjunto, associando com os quatro temas da TIP;
- Pré-selecionar um tema, relevante para os idosos brasileiros, para ser trabalhado em cada sessão;
- Psicoeducação sobre o processo da terapia, a depressão, o envelhecimento, o sono, o impacto dos sintomas subsindrômicos, e a relevância da prevenção de TDM;
- Ensinar técnicas para melhorar a qualidade do sono (como higiene do sono);
- Colocar os assuntos discutidos em grupo em forma de cartilha para ser revisado em casa – de maneira simples e clara.
- Adaptar os sete passos propostos na TRP para três passos e utilizá-los para problemas vivenciados pelos idosos do grupo;
- Propor tarefas de casa, que devem ser simples e envolver pessoas importantes para os idosos;
- Ensinar técnicas de atenção com foco na respiração e visualização de imagens prazerosas para relaxamento, a ser implementadas em todas as sessões;
- Uso de música para relaxamento e ensino do mecanismo de funcionamento das estratégias terapêuticas;

Uma das especialistas apontou que as avaliações devem ser breves.

*“Na minha opinião a avaliação ela tem que ser concisa mas ela tem que atender aos objetivos que você quer chegar no grupo.” (Psicóloga 1).*

Contudo, é necessário que os instrumentos avaliativos sejam capazes de selecionar aqueles participantes que se beneficiariam mais de uma intervenção em grupo, enquanto encaminham idosos com declínio cognitivo grave, problemas de fala, visão e audição significativos e outros transtornos mentais e comportamentais agudos para buscar os atendimentos adequados.

Segundo os especialistas os termos usados nas sessões devem favorecer a aceitação e compreensão dos temas propostos. Deve-se ter o foco em reduzir estigmas, comuns num contexto

de saúde mental. As explicações teóricas devem ser simples e claras, considerando que a população alvo são pacientes com sintomas depressivos clinicamente significativos, limitando-se aos fundamentos essenciais para que os idosos compreendam os mecanismos de melhora dos sintomas.

*“É, eu acho que assim uma parte é você deixar a sessão muito clara, o objetivo e cada sessão. E assim, eu acho que quanto menos, quanto mais objetivo, maior o seu alcance, porque pode ficar mais claro os problemas de cada um.” (Psicogeriatra 1)*

Ainda assim, as técnicas selecionadas devem ser abrangentes, a ponto de preparar os profissionais de saúde de diferentes áreas do conhecimento para lidar com o sofrimento dos idosos. Foi sugerido o uso de dinâmicas para exemplificar as técnicas terapêuticas e ampliar a motivação dos participantes.

Os especialistas apontaram que os idosos brasileiros podem não ter o hábito de ler ou ter dificuldades na leitura. Foi sugerido gravar as sessões ou fornecer um material em áudio para maximizar a chance de aprendizagem das técnicas. Contudo, compartilhar a gravação do que foi conversado possibilita a quebra da confidencialidade do que foi discutido nos grupos e pode, ainda, inibir a exposição questões pessoais nos encontros. Os profissionais da saúde podem ter dificuldades para fornecer esse material em CD ou *pendrive* para todos os participantes do projeto por limitações nos recursos financeiros. Uma maneira de reduzir esse problema é a entrega do material impresso no formato de cartilha, mencionado acima, para ser lido com um familiar.

*“Eu acho que para cada um dos novos quadrinhos que você entra, você teria que ter uma forma de concretizar o que foi dito, uma espécie de cartilha interativa, que a pessoa coloque informações sobre a própria vida dela. (Psicóloga 2)”*

O material impresso deve ser adequado para uso de idosos, considerando possíveis limitações sensoriais – como problemas para ler ou de visão, com a inclusão de materiais gráficos. Dessa forma seria possível incluir também idosos analfabetos, aumentando a abrangência e validade do

projeto, considerando as características da população brasileira atendida nos centros de atenção primária.

*“Os idosos são analfabetos, grande parte. Leitura é importante, mas uma boa parte não vai ler. Então, tudo que for dito, ou áudio, ou visível eu acho que é mais adequado. Isso é do brasileiro. Se a gente for ver do americano tá escrito. Lá os idosos adoram ler...” (Psicogeriatra 1).*

Segundo os especialistas, o local onde os grupos serão realizados podem interferir na escolha e na aplicação das técnicas. Levando em conta que o projeto almeja atingir usuários do sistema público de saúde, as intervenções devem ser adaptadas para demandar o mínimo de recursos o possível, possibilitando que seja aplicado em diferentes *settings*. Os terapeutas devem considerar a disponibilidade de salas, profissionais e serviços. Foi proposto que o manual incentive os terapeutas a buscar redes de serviço externo que atendam às demandas específicas dos indivíduos que não estejam incluídas nos objetivos do projeto antes da implementação dos grupos, como neuropsicólogos, assistentes sociais, psicoterapeutas e médicos.

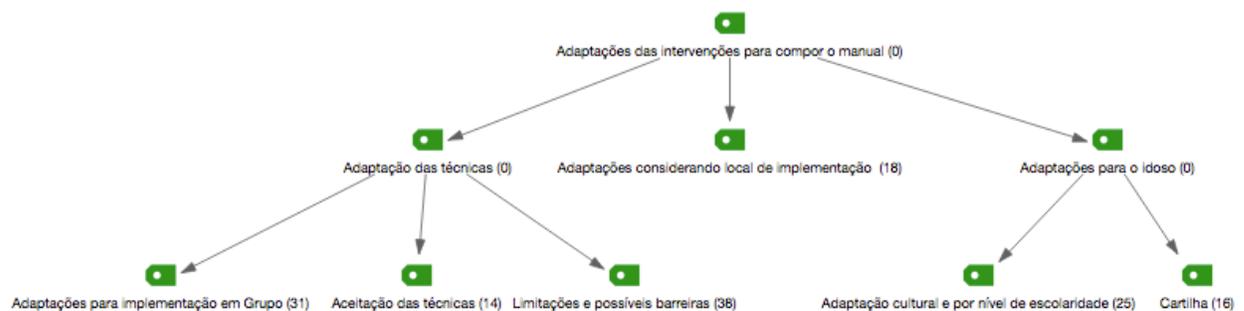


Figura 6: Representação em mapa do tema “Adaptações das intervenções para compor o manual”, das categorias “Adaptação das Técnicas”, “Adaptações considerando o local de implementação” e “Adaptações para o idoso”, e os códigos correspondentes.

#### 4.2.2.3 TEMA: Aspectos pragmáticos do projeto

Ao conversar a respeito das competências profissionais necessárias para se tornar um terapeuta, os especialistas consideram que os instrutores devem ter ao mínimo formação superior e atuar na área da saúde. Dessa forma aumenta a chance de garantir que sejam capazes de compreender e comunicar adequadamente o conteúdo do manual, além de ter habilidades para reconhecer e manejar situações delicadas que os pacientes possam apresentar. As intervenções encontrados na pesquisa documental fora realizadas por diferentes profissionais da saúde, como enfermeiras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos. Apenas um dos estudos reportou que a técnica terapêutica foi aplicada por funcionários de ILPI e voluntários, que tinham a função de auxiliar uma estratégia de biblioterapia de autoajuda (DOZEMAN et al., 2011). Entretanto, foi observada uma alta taxa de abandono do tratamento, associada a um baixo engajamento na atividade proposta.

Foi sugerido na reunião que o treinamento dos profissionais fosse realizado contendo uma parte teórica e vídeos com exemplos práticos de como aplicar as técnicas e como manejar situações que possam surgir nos grupos. Todos os terapeutas dos programas de prevenção encontrados na revisão da literatura receberam alguma forma de treinamento, que variou de meio turno associado à entrega de folhetos educativos, à supervisão de casos clínicos previamente à condução dos grupos. Outra possibilidade apontada na reunião de especialistas é descrever a aplicação das técnicas em casos clínicos ao longo do manual. A Psicóloga 1 ressaltou a necessidade de treinar os profissionais da saúde com estratégias para manter o foco no tema definido para cada sessão, uma vez que é comum que idosos fujam do assunto em questão ou se delonguem excessivamente no relato de casos. O Psicólogo 2 apontou a importância de explicitar no manual alguns aspectos relacionados às mudanças cognitivas presentes no envelhecimento, como a diferença entre relatos subjetivos de problemas de memória associados à depressão maior e à presença de déficits associados a um comprometimento cognitivo.

Os especialistas sugeriram que os idosos sejam convidados para participar do projeto a partir de propagandas em centros de convivência, Igrejas, e mediante encaminhamento de profissionais chave que atendam a essa população. Pessoas com problemas de mobilidade ou analfabetos podem participar dos grupos caso consigam ir a todas as sessões e recebam auxílio de um familiar para utilizar a cartilha.

*“Acho, esses são os pacientes que estão no SUS.” (Psicogeriatra 2)*

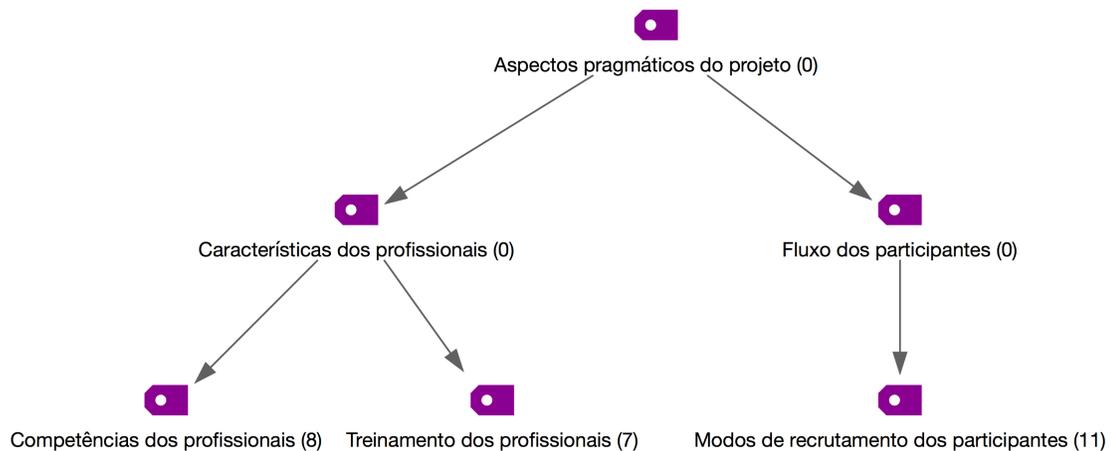


Figura 7: Representação em mapa do tema “Aspectos Pragmáticos do Projeto”, das categorias “Características dos profissionais” e “Fluxo dos Participantes” e dos códigos correspondentes.

#### 4.2.2.4 TEMA: Processo de construção do manual

Esse tema está relacionado às vivências pessoais dos profissionais externadas durante a reunião ao construir os modelos de protocolo para prevenção de depressão no idoso. Examinar essas falas permite trazer à tona também os “bastidores” de um processo de adaptação de intervenções votadas para idosos considerando a realidade brasileira.

Alguns especialistas ressaltaram a importância do projeto em meio às necessidades de saúde mental dos idosos brasileiros e sua viabilidade de implementação no sistema público de saúde.

*“É um tema que me interessa muito e é isso. A minha experiência não é tão grande, mas eu tenho muito interesse na área e acredito que esse projeto tem muito a contribuir.” (Psicóloga 1)*

*“Isso no Centro de Saúde é exequível. (Psicogeriatra 1)”*

Todos os participantes da reunião relataram sentir dificuldade no processo de elaboração do manual e adaptação das intervenções.

*“Isso é difícil Moderadora, eu não sabia que isso ia ser difícil assim não. (...) É...eu toda na hora que eu esqueço que vai ser adotado por vários profissionais, né? É difícil esse negócio né?” (Psicóloga 3)*

*“É, que já é difícil pra danar... ahm, levantar soluções, ponderar prós e contras, definir uma solução, executar e avaliar. Nossa eu falei o que? Cinco?” (Psicóloga 1)*

Foi pedido aos especialistas que mantivessem em mente que o objetivo do projeto é construir um protocolo breve, para ser aplicado por diferentes profissionais da saúde, primordialmente em centros de atenção primária. Contudo, a maioria dos especialistas construiu protocolos utilizando muitas ou todas as abordagens terapêuticas apresentadas, ao mesmo tempo em que afirmaram que o tratamento deve ser pragmático, simples e não poderia ultrapassar dez sessões. Um dos especialistas ressaltou as diversas possibilidades de construir o manual. Ao selecionar as técnicas para compor o manual os especialistas explicitaram que utilizaram como critério: sua afinidade pela intervenção, seus conhecimentos teóricos prévios e sua experiência na prática clínica com essa faixa etária. Apesar dessa diversidade, foi possível notar a existência de elementos considerados centrais para a estruturação do projeto na fala dos participantes.

*“É engraçado que as argumentações estão seguindo a mesma lógica, dá pra amarrar bem assim.” (Psicóloga 3)*

A maioria dos especialistas reiterou a importância de abordar conteúdos relacionados ao envelhecimento, de motivar os pacientes a aderir ao projeto e a necessidade de construir um protocolo simples e pragmático.

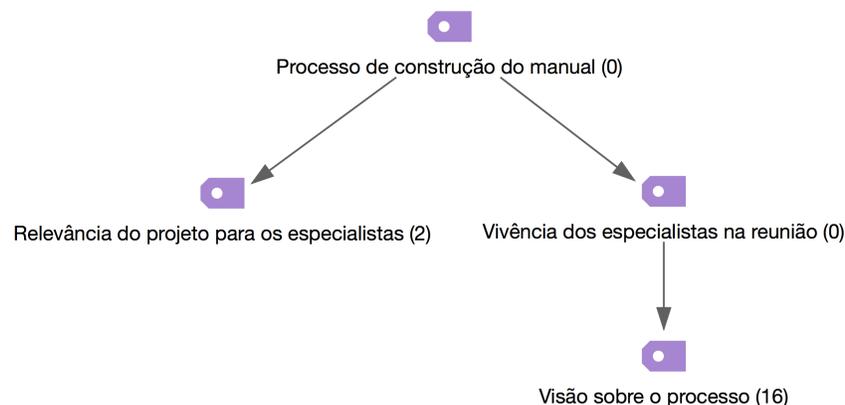


Figura 8: Representação em mapa do tema “Processo de Construção do Manual”, das categorias “Relevância do projeto para os especialistas” e “Vivência dos especialistas na reunião” e do código “visão sobre o processo”.

### 4.3 Reunião com Profissionais da Saúde

A reunião com Profissionais da Saúde teve como objetivo coletar informações relevantes para o desenvolvimento e refinamento do manual de intervenção a partir das experiências dos profissionais em diferentes instituições que atendem idosos em Belo Horizonte. Os temas foram definidos em uma abordagem integrativa a partir das perguntas de pesquisa levantadas para a reunião, relacionadas percepção desses atores sobre a viabilidade de implementação do projeto, a necessidade de realizar modificações no manual e realizar adaptações nas intervenções propostas. Dados prevalentes, que apareceram frequentemente ou são relevantes o presente trabalho também foram consideradas para composição dos temas. Após um processo de refinamento e agrupamento dos dados coletados a partir da análise de 1280 falas dos especialistas foram criados 25 códigos, 5 categorias e 3 temas (APÊNDICE E).

#### 4.3.1 *TEMA: Aspectos socioculturais*

Diferentes profissionais levantaram a importância de aspectos culturais na visão da sociedade sobre o que é ser idoso e sobre o processo de envelhecimento. Foram geradas as seguintes categorias: Estigmas, Visão do idoso, Papel social do idoso, Conflitos intergeracionais.

##### Visão do idoso

A definição de idoso e a categorização dessa faixa etária tem relação com aspectos culturais e socioeconômicos, como apontado por um dos profissionais. Segundo o relato dos profissionais os termos “Idoso” e “Velho” no Brasil estão associados à ideias pejorativas, que podem dificultar a vida social e a saúde psicológica desse grupo. A tentativa de amenizar essa imagem com o uso do termo “Melhor Idade” não funcionou.

*“Porque apesar de ser um tema muito recorrente hoje, a gente atende na clínica e tudo, acho que é meio que um tabu essa questão e esse medo de envelhecer... ou há um floreamento como se*

*fosse muito bom... a melhor idade... e no sentido também há uma visão simultânea talvez muito negativa". (Psiquiatra)*

Aspectos pessoais também podem influenciar a visão do que é ser idoso. Uma das profissionais da saúde relata a existência de usuários do sistema de saúde público, com idade próxima aos 50 anos, que já se identificam como idosos por sentirem dificuldades na execução de tarefas cotidianas. Observa-se, então, uma diferença entre a idade cronológica e a percepção da própria idade, que pode levar a uma multiplicidade de critérios para definir o que é ser idoso.

Segundo a percepção de alguns participantes da reunião a cultura brasileira não valoriza essa faixa etária, que tende a apreciar aspectos como novidade, juventude e beleza. O mesmo não ocorre em todos os países, havendo lugares onde os idosos podem ser bem sucedidos e ter uma posição de importância em seu grupo familiar e social.

Um estudo de metanálise que investigou dados de 26 países apresenta a existência duas formas principais de perceber o envelhecimento: enxergar essa etapa como uma fase onde há um aumento da sabedoria *versus* uma redução na capacidade de executar tarefas de vida diária (LÖCKENHOFF et al., 2009). É possível notar a existência de padrões na visão socialmente compartilhada sobre o envelhecimento que transpassam diversas culturas. Esses padrões estão principalmente associadas a mudanças biológicas e cognitivas. Foi observada uma leve diferença entre países asiáticos, que tendem a ver o envelhecimento de forma mais positiva e países ocidentais. Países com um maior nível de desenvolvimento econômico apresentaram percepções menos favoráveis sobre o envelhecimento. Adultos jovens apresentaram uma visão social menos favorável em países com um maior número de idosos. Contudo, países com uma população com maior nível de escolaridade percebem com maior frequência o aumento da sabedoria nessa faixa etária. Um maior contato individual com idosos também está associado à visões mais positivas, embora não tenha sido observado um aumento no contato intergeracional de maneira geral.

Para os profissionais da reunião cada etapa da vida está associada à dificuldades e benefícios, que dependem da vivência de cada indivíduo. Essa etapa pode estar ligada tanto à um aumento da resiliência e das habilidades para lidar com algumas dificuldades, quanto à desvalorização do corpo, da imagem e perda da independência. Dessa forma, a visão sobre o envelhecimento depende de diversos fatores idiossincráticos. Fatores biológicos, culturais, socioeconômicos, a

quantidade de idosos e o nível de escolaridade da população interferem na construção do que é ser idoso em cada sociedade.

Estudos feitos com idosos brasileiros mostram uma visão negativa a respeito do envelhecimento, vigente tanto no imaginário social, quanto no discurso dos próprios idosos. O processo do envelhecimento está associada a ideias de decadência, perdas e mudanças (MENEZES et al., 2016). Entretanto, ao refletir a respeito da própria vivência, os idosos relatam a presença de aspectos positivos associados à essa fase, que pode ter vários significados para os indivíduos.

### Estigmas

As assistentes sociais ressaltaram o papel da cultura na busca por tratamento. Em consonância com as diretrizes da Organização das Nações Unidas, o Ministério da Saúde compromete-se pelo Pacto pela Vida a ampliar a qualidade de vida da população idosa com programas de incentivo à qualificação de profissionais e gestores, à humanização do atendimento e o fomento de inovações no campo da ciência e educação (BRASIL, 2010). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria N° 2.528, de 19 de outubro de 2006) fundamenta-se em paradigmas voltados para a promoção de saúde dos idosos, baseados na proposta de Envelhecimento Ativo e Saudável, (BRASIL, 2010). Contudo, vários participantes das reuniões ressaltam que na realidade os atendimentos nas instituições de saúde pública são predominantemente dirigidos para o tratamento de doenças clínicas já instaladas, muitas vezes em estado grave.

*“É, tem que mudar a cultura né? As pessoas vão só quando ele tá doente.”(Assistente Social 2).*

A Assistente Social 2 aponta que tanto adultos, quanto idosos, podem apresentar uma série de crenças negativas sobre a área da saúde mental, o que pode inibir a exposição de sofrimento psicológico. Idosos podem apresentar resistência para participar de intervenções psicoterapêuticas, que muitas vezes são consideradas “*coisas de doido*”. A presença de um senso comum de que a depressão faz parte de um envelhecimento soma-se à noção de que haverá um julgamento social negativo para aquelas pessoas que buscam tratamento de saúde mental (SIREY et al., 2001).

*“Eu tive que fazer e eu tinha horror a psicologia né? De estar ali fazendo uma terapia. Eu falei mal. Mas assim a gente vai trabalhando a gente tem que conhecer tudo e mudar essa ideia pra até no futuro a gente não sabe né?” (Assistente Social 1)*

Os participantes da reunião relatam que é comum que os pacientes criem a expectativa de que o terapeuta é quem vai resolver todos seus problemas ou tenham dificuldade em abrir-se para intervenções realizadas por pessoas jovens.

*“Porque as pessoas não entendem o que que é, ficam com vergonha.” (Terapeuta Ocupacional)*

A presença de estigmas sobre a saúde mental pode também impedir que os familiares percebam a presença de sofrimento emocional e psicológico nos idosos, que tendem a buscar tratamento para tratar sintomas físicos e ter vergonha de compartilhar seu sofrimento emocional. A crença de que idosos desenvolvem depressão maior como consequência natural das dificuldades associadas à essa fase da vida é amplamente difundida na sociedade e mesmo entre profissionais da saúde. Entretanto, as taxas de prevalência mostram que não há uma relação de 1:1 entre envelhecer e ter depressão maior. Apesar de ser uma condição que atinge um grande número de idosos no mundo, 14% dos idosos tem sintomas clinicamente significativos de depressão, dentre os quais 2% tem depressão maior (BEEKMAN; COPELAND; PRINCE, 1999; KOK; REYNOLDS, 2017; LAIDLAW et al., 2003).

*“E como o idoso, eles apresentam esses sintomas de depressão de uma maneira diferente. Às vezes pra família que não trabalha na área de saúde, perceber é mais demorado. Então quando os familiares percebem, já está em um estado mais avançado da depressão.(...) Então, eu acho que talvez se as pessoas, se os familiares fossem mais orientados para perceber esses primeiros sinais, não seria tão grave depois né, quando os idosos chegam ao serviço do centro de saúde.” (Terapeuta Ocupacional 2)*

Desenvolver estratégias para educar profissionais da saúde, familiares e idosos a respeito desse tema pode favorecer a busca por tratamento adequado num tempo hábil, enquanto ainda surgem os primeiros sinais de uma condição psicopatológica. Por isso a psicoeducação foi considerada

uma estratégia essencial no protocolo de intervenção tanto pelos profissionais da saúde quanto pelos especialistas.

### Papel social do idoso

Aspectos culturais sobre gênero podem influenciar o delineamento do manual e a condução das sessões. Um profissional aponta que as atribuições e as expectativas dos papéis que os idosos devem cumprir na vida diária tem relação com a geração à qual pertencem. Considerando particularidades das coortes às quais os idosos atuais fazem parte, os profissionais discutiram a possibilidade de direcionar tópicos nas sessões para questões diretamente relacionadas ao homem ou a mulher. O objetivo seria favorecer a abertura e aumentar o interesse no projeto.

*“Com os homens é um pouco mais difícil entrar em alguns assuntos que eu acho que eles não vão ficar tão abertos pra falar.” (Psicogeriatra 1)*

Segundo essa proposta, as sessões teriam espaços para tratar problemas específicos dos homens, que podem ter maior dificuldade em se expor em um grupo terapêutico, ou das mulheres, que buscam tratamentos com maior frequência e apresentam maior prevalência de depressão. Entretanto os profissionais concordaram que essa divisão poderia prejudicar a condução dos grupos uma vez que poucos homens buscam por tratamento. A revisão da literatura mostra uma diferença clara na composição da amostra nas pesquisas. A maior parte dos estudos encontrados reportaram um maior número de participantes do sexo feminino, que variou de 65,7% a 77% da amostra nos grupos experimentais e de 67,4% a 83% nos grupos controle. Apenas um estudo apresentou uma maioria de homens nos grupos experimentais e controle (ROBINSON et al., 2008). Esses temas específicos ao gênero devem, então, ser abordados no momento de usar a técnica de resolução de problemas, caso sejam escolhidos pelo grupo. Foi sugerido que o manual forneça dicas para estimular a participação das pessoas durante as sessões, deixando claro que os terapeutas devem atentar-se para possíveis desconfortos ou dificuldades em falar para o grupo.

### Conflitos intergeracionais

Durante a reunião foi apontado que, independente da história e das habilidades do indivíduo, observa-se uma infantilização do idoso em diferentes situações, tanto por parte dos familiares, quanto dos profissionais. Essa postura dificulta a manutenção da autonomia e independência do paciente, ignora suas competências, dificulta a exposição de seus sofrimentos e ainda suscita o desenvolvimento de conflitos intergeracionais. Uma solução levantada pela Terapeuta Ocupacional 2 profissional é compreender cada caso de maneira individual, considerando suas singularidades. Durante a reunião foram propostas intervenções que consideravam a capacidade do idoso de se adaptar ao contexto, como incentivá-los a traçar estratégias para solucionar seus problemas ou a fazer uso de aplicativos de rede social para estimular a comunicação e o fortalecimento das relações entre os membros do grupo. Foi ressaltado que a escolha das técnicas para compor o manual deve ser cuidadosa, impedindo que o idoso seja tratado como uma criança por profissionais da saúde e por seus familiares. Os termos usados nas sessões, como “para-casa”, o formato e o conteúdo da cartilha devem ser adequados, respeitando as capacidades de cada indivíduo.

Segundo os profissionais os idosos podem assumir a responsabilidade por cuidar de crianças e adolescentes, seja pela presença de problemas familiares ou disponibilidade de tempo. Esse papel pode levar à presença de conflitos entre as diferentes gerações e preocupações excessivas devido à dificuldades de relacionamento pessoas mais jovens. Em países com um maior número de idosos, adultos mais jovens podem apresentar uma visão menos favorável dessa população devido à diferenças do funcionamento cognitivo, na velocidade de processamento de informações, e nas crenças relacionadas à cada coorte (LÖCKENHOFF et al., 2009). As divergências intergeracionais podem surgir durante a realização das atividades propostas na cartilha. Por essa razão, assim como os especialistas, os profissionais salientaram a necessidade de escolher um colaborador que auxilie o participante, querer controlar a realização das tarefas ou atribuir um caráter negativo aos sintomas e dificuldades do idoso.

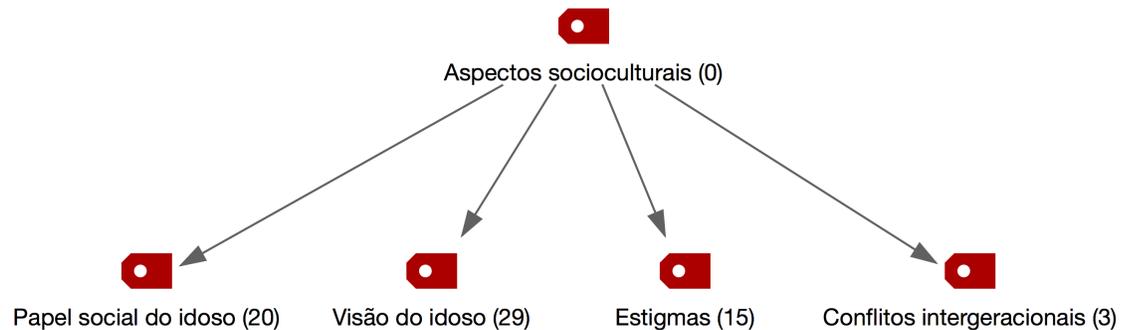


Figura 9: Representação em mapa do tema “Aspectos socioculturais” e dos códigos “Papel social do idoso”, “Visão do idoso”, “Estigmas”, “Conflitos intergeracionais” com o número de vezes que foram citados nas reuniões entre parêntesis.

#### 4.3.2 TEMA: Adaptações propostas

Os profissionais da saúde apontaram questões que podem interferir na dinâmica de grupo durante as sessões. Esse tema contempla aspectos levantados nas reuniões a respeito de adaptações necessárias para a implementação dos grupos em ambientes reais. É formado pelas categorias: Papel dos Terapeutas, Intervenções e Mudanças no texto do manual.

##### Papel dos Terapeutas

Segundo os profissionais da reunião, para motivar e estimular a coesão entre os participantes, mesmo em grupos heterogêneos é importante que o terapeuta compreenda que também é parte do grupo. Segundo os profissionais da reunião os terapeutas devem assumir uma postura colaborativa, compreender as vivências particulares de cada idoso quando expõem suas experiências, manter uma atitude positiva que visa solucionar os problemas e evitar criar polêmicas que não sejam construtivas. Os terapeutas devem ter cuidado com os termos usados, com seu tom de voz, com os comportamentos não-verbais e observar se os membros do grupo compreendem o que está sendo discutido. Devem ter cautela ao abordar temas sensíveis como sexualidade e limitações ocasionadas pelo envelhecimento, paciência com esquecimentos e quando os idosos apresentarem dificuldade para compreender as estratégias. A experiência dos profissionais mostrou que os terapeutas devem atentar-se para as demandas e realidades de cada

grupo, que são específicas. É necessário que os terapeutas sejam capazes de selecionar problemas que sejam relevantes para os participantes, que possam ser trabalhados com todo o grupo.

*“É, isso é um desafio. Que é fazer uma terapia que é direcionada ao coletivo, para discutir questões coletivas ou pra discutir questões individuais. Ainda mais porque quem vai dar o grupo não vai ser um psicólogo. Não necessariamente. Aí, talvez seja melhor o grupo, que isso vai ser diluído. Perde-se a eficácia de um indivíduo, aumenta-se do grupo.” (Psicogeriatra 1)*

Os profissionais ressaltaram a possibilidade de haver diferenças entre o que está proposto no manual e as demandas que surgem nos grupos. Alguns modelos de tratamento voltado para idosos o contexto social específico, as circunstâncias socioculturais dos pacientes, a maturidade e a coorte da qual faz parte podem ter uma maior influência na necessidade de realizar adaptações à psicoterapia que o processo de envelhecimento fisiológico (SATRE; KNIGHT; DAVID, 2006). Portanto, é necessário manter uma postura de flexibilidade para se adaptar às demandas dos indivíduos do grupo, sem perder o foco dos objetivos do manual.

Os terapeutas devem também buscar lugares para encaminhar demandas específicas que fogem ao escopo do projeto e sua qualificação profissional. Antes de iniciar os grupos eles devem selecionar profissionais da saúde, encaminhar a equipamentos da rede pública, como CRAS, centros de convivência e academias da cidade e recursos da comunidade para atender a essas questões. Segundo os participantes da reunião, toda a equipe de saúde das instituições pode contribuir com o projeto, encaminhando pacientes e discutindo os casos em conjunto.

Os profissionais relatam que idosos frequentemente adotam uma postura passiva, aceitando ou esperando que os profissionais sejam encarregados por todo o processo de melhora. Na relação profissional de saúde – paciente, acreditava-se que o primeiro era o único detentor dos conhecimentos necessários para o sucesso tratamento.

*“Eu acho que é um risco que a gente corre assim, como profissional da saúde eu acho que a gente corre o risco de querer dizer para eles o que que é.” (Psiquiatra)*

Entretanto, atualmente observa-se uma transferência e compartilhamento dessa responsabilidade. Os pacientes tornam-se atores ativos, que devem compreender os mecanismos de melhora dos

sintomas e implementar estratégias para alívio dos sintomas angustiantes e resolução de seus problemas em seu dia a dia (GITLIN; CZAJA, 2015). A experiência clínica de uma das profissionais com um grupo de idosos que existe há oito anos, descrita na reunião, deixa clara a possibilidade de realizar essa mudança de paradigma, onde os próprios idosos organizam-se na organização e planejamento de atividades simples e complexas voltadas para seu bem-estar.

### Intervenções

Familiares e profissionais podem ter dificuldade em compreender porque os idosos deprimidos não se engajam em atividades físicas ou atividades prazerosas a fim de melhorar seus sintomas depressivos, uma vez que podem ter uma disponibilidade maior de tempo para tal. Então, fazem críticas, cobranças ou tentam formas de incentivar os idosos a realizar atividades que consideram ser prazerosas.

*“E achei bem interessante agora o que você falou, sabe, porque acho que muitas vezes existe essa ideia de que o idoso não tem compromisso com o trabalho então não tem motivo pra ele estar chateado”. (Psiquiatra)*

Frequentemente essas estratégias costumam falhar em pacientes com sintomas depressivos. É importante considerar quais são os valores dos indivíduos ao planejar atividades para serem executadas em sua vida, o que pode ser feito desde o momento da avaliação. A literatura aponta que é importante que as pessoas se comprometam também com tarefas que lhes dão um senso de realização, ainda que elas não sejam diretamente prazerosas (LEJUEZ et al., 2011).

*“Uma atividade que ressignifique a vida e não simplesmente uma atividade prazerosa.” (Psiquiatra)*

A Ativação Comportamental foi considerada tanto pelos especialistas quanto pelos profissionais de saúde uma estratégia importante para a prevenção da depressão nos grupos terapêuticos por estimular a realização de atividades prazerosas e significativas.

Corroborando novamente o que foi levantando pelos especialistas na reunião de construção do manual, os profissionais consideraram fundamental trabalhar temas relacionados ao processo de envelhecimento.

*“Tem uma questão que eu acho importante com o idoso que é sobre a aposentadoria, as mudanças que trazem, assim... é uma mudança de papel né?” (Terapeuta Ocupacional 3).*

As intervenções devem contemplar as vivências dos idosos diante dos processos de mudança fisiológica, financeira, psicológica e social, como mudanças na rotina e no papel que o sujeito desempenha na sociedade após sua aposentadoria. O manual deve conter informações sobre como os terapeutas devem manejar os problemas mais proeminentes nessa fase da vida, referentes ao tema proposto para aquela sessão, fornecendo um arcabouço teórico para ajudá-los a lidar com as demandas que vão surgir espontaneamente nas sessões.

*“Delimitar o problema né, porque às vezes as pessoas tem várias questões que elas não conseguem delimitar cada questão e aí não conseguem também achar a solução. Como se fossem muitos problemas e todos insolúveis.”(Psiquiatra)*

Contudo, foi salientado que isso deve ser feito de maneira cautelosa, tomando cuidado para não direcionar as discussões, permitindo que os idosos levantem as questões que eles mesmos considerem pertinentes.

Diante de dificuldades múltiplas ou crônicas pode tornar-se difícil estabelecer estratégias eficazes para solucionar problemas. Os especialistas e os profissionais da saúde apontaram a relevância de ensinar os idosos a identificarem de maneira clara qual é o problema antes de engajar-se em comportamentos para resolvê-los. Para isso, a técnica de Resolução de Problemas, que já apresenta evidências de eficácia com a população idosa, pode ser uma alternativa importante para ensinar aos idosos essas estratégias de enfrentamento (REYNOLDS et al., 2014).

*“Acho que vão. Acho que ficou bom, assim, bem pragmático, esses três passos, porque os sete passos ficaria difícil, exaustivo, de memorizar os sete passos, eu acho que três passos é mais fácil.” (Psiquiatra)*

Um ponto discutido durante a reunião com especialistas foi a necessidade de incorporar intervenções que tem como foco a melhora da qualidade de sono do idoso, considerada essencial por uma das profissionais da saúde. Apesar de alguns especialistas considerarem que essa demanda é específica para pacientes com uma maior gravidade no quadro depressivo, os profissionais da saúde consideram que essa é uma queixa frequente nos idosos, que pode motivá-los à participar dos grupos.

*“Acho que tem que ser intervenções relativamente simples em relação ao sono. E com um grande impacto.” (Psiquiatra)*

O ensino de técnicas para melhorar a qualidade do sono de idosos pode favorecer a redução da reatividade emocional e o aumento da flexibilidade cognitiva para solucionar problemas, minimizando fatores aversivos associados ao desenvolvimento da depressão (HINDI et al., 2011). Uma das profissionais afirmou estar *“encantada”* com a inclusão de técnicas para melhorar a qualidade do sono em idosos no manual, por considerar que muitos profissionais da saúde podem não conhecer estratégias eficazes para auxiliar os idosos que apresentam essa demanda. Outra intervenção considerada importante é a realização de técnicas de relaxamento durante as sessões, para estabelecer uma atitude favorável à condução das sessões e à abordagem de temas ligados à depressão maior, potencialmente difíceis para os idosos. A sugestão de entregar um CD com gravação das técnicas de relaxamento guiadas permite que os idosos tenham uma experiência de maior imersão.

*“Aí era muito frequente eles me pedirem. Muito frequente. “Ah, eu posso fazer um pendrive, não sei um CD”. (Fonoaudióloga)*

Os profissionais levantaram diversas formas de fornecer o material impresso para os idosos e concluíram que a melhor solução seria fornecer uma cartilha, com conteúdo adaptado para idosos, entregue na forma de folhetos independentes de cada sessão e uma pasta para agrupar o material. O material deve ser visualmente agradável para motivar idosos e colaboradores, segundo os profissionais. Os terapeutas devem salientar a importância desse material para a

melhora dos sintomas e prevenção da depressão durante as sessões para evitar que os idosos percam ou estraguem esse material. Foi sugerido também colocar exemplos de casos no manual e nas cartilhas exemplificando como aplicar as técnicas trabalhadas em sessão.

*“Eu acho que no material impresso você pode colocar, por exemplo, um caso para exemplificar, um exemplo assim, tipo, um caso bem curtinho, uma história bem simples e curtinha e ter um exemplo de como a pessoa vê dentro desses passos. Até pra ajudar o terapeuta se ele tiver alguma dificuldade.” (Terapeuta Ocupacional 3)*

Uma das profissionais sinalizou a possibilidade de haver problemas para a produção dos materiais impressos e de áudio. As diferenças na disponibilidade de recursos financeiros em diferentes instituições podem dificultar a padronização da aplicação do manual. Entretanto, uma profissional afirmou que os próprios idosos e terapeutas são capazes de encontrar maneiras de solucionar essa questão. Os profissionais sugeriram criar uma parceria com instituições de saúde pública para captar recursos que financiem a produção desse material.

Uma das profissionais levantou a possibilidade de continuar os encontros após a conclusão das sessões propostas no manual. Contudo, isso pode impedir a realização de outros grupos e o acesso de outras pessoas ao projeto por ocupação de tempo e espaço. Foi sugerido que os terapeutas se responsabilizassem a auxiliar os idosos a se organizar para manter o contato entre eles. Os profissionais sugeriram a realização de sessões de manutenção um mês, três meses e seis meses após o fim das sessões. Dessa forma seria possível avaliar a capacidade de prevenção dos episódios de depressão maior, estimular a realização das estratégias terapêuticas e sustentar a melhora dos sintomas.

#### Mudanças do texto do manual

Os profissionais fizeram várias sugestões sobre o conteúdo do manual. Assim como na reunião de especialistas, os profissionais concordam que quanto mais simples, maior a chance de replicação do projeto em diversos *settings*. Portanto, é necessário construir um manual informativo, mas conciso, a fim de manter a motivação dos profissionais da saúde, dos gestores e dos idosos.

Segundo os participantes da reunião o manual deve conter informações sobre como ensinar para os idosos as técnicas para lidar com os temas propostos nas sessões e como manejar problemas prevalentes associados aos sintomas depressivos. É necessário deixar claro o foco na promoção da saúde, explicitar o que são os SDCS, seus riscos e a importância de prevenir a depressão no idoso. Também foi sugerido inserir uma parte no manual sobre como manejar crises, luto e situações delicadas que podem surgir. Mais uma vez foi apontada a necessidade de incluir exemplos de como “cortar” fala dos participantes para possibilitar que todo o conteúdo planejado seja trabalhado na sessão e como motivar todos a participar das discussões. É importante manter o foco em estratégias baseadas em evidências para prevenir a depressão, evitando fugir das intervenções previstas no manual para responder demandas específicas que podem ser levantadas nos grupos. O manual pode conter sugestões de locais onde os terapeutas podem buscar ajuda especializada para essas questões.

A partir das discussões sobre a representação social da imagem do idoso um dos profissionais apontou a importância de incluir no manual conteúdos sobre a diferença entre a idade cronológica e a idade que os idosos sentem que tem e fatores positivos relacionados à essa fase da vida.

O manual deve deixar claro quais são as especificações para selecionar os colaboradores, que, segundo os profissionais devem ser: estar motivado e ser alfabetizado. Portanto, as pessoas que vão ajudar a lidar com o material impresso podem ser familiares ou pessoas próximas aos idosos.

Os profissionais salientaram a importância de usar uma linguagem acessível, leve e adaptada à realidade cultural dos profissionais de saúde e idosos. Eles sugeriram mudar os termos Psicoeducação para Educação em Saúde e Educação sobre o sono, tratamento da depressão maior para promoção de saúde e qualidade de vida; psicoterapia para grupo terapêutico; coorte para geração; discussão sobre o envelhecimento por conversando sobre o envelhecimento.

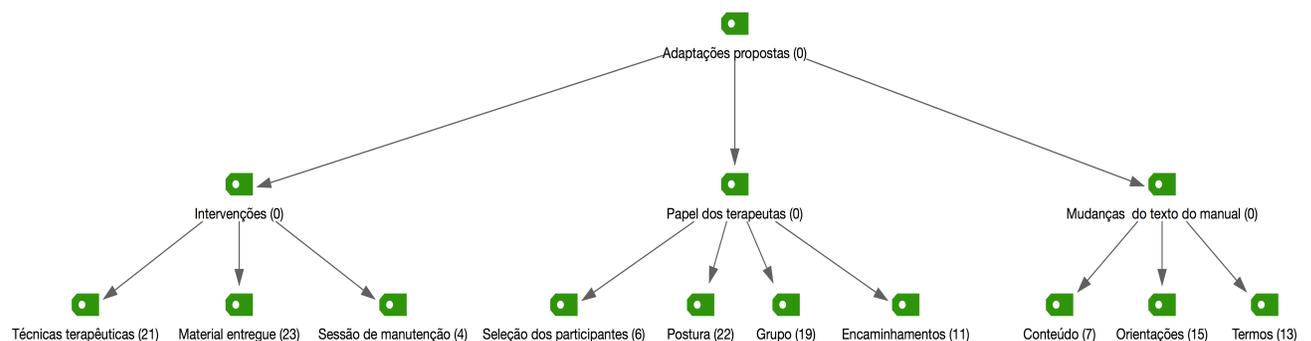


Figura 10: Representação do mapa do tema “Adaptações propostas”, das categorias “Intervenções”, “Papel dos terapeutas” e “Mudança do texto do manual” e dos códigos que compõem cada uma delas.

### 4.3.3 TEMA: Viabilidade

Um dos objetivos primordiais de realizar as reuniões com especialistas e profissionais da saúde era maximizar a viabilidade de implementação e posterior disseminação do projeto de prevenção da depressão em idosos nos centros de atenção à saúde do idoso. Esse tema abrange conteúdos trazidos pelos profissionais da saúde que estão associados a capacidade de implementação do manual proposto. Foram criadas as categorias: Demanda pelo projeto e Condições necessárias para implementação

#### Demandas pelo projeto

Uma profissional apontou que pode ser difícil conseguir pacientes com o perfil que atenda aos critérios de seleção do projeto. Contudo, outra afirmou que observa que um grande número de idosos que são usuários dos centros de atenção primária nos quais ela trabalha apresentam os sintomas subsindrômicos de depressão.

*“E o que você falou que a depressão subsindrômica ela ataca muito mais abrangente os usuários do que a própria depressão já localizada né? Esse grupo que eu coordeno lá tem muito mais né pacientes com a subsindrômica.” (Assistente Social 1)*

Esses sintomas estão associados à prejuízos sociais, emocionais, psicológicos e, como salienta essa profissional, financeiros para o sistema de saúde público(BEEKMAN et al., 1997).

*“Quando a pessoa está doente os gastos também são maiores também, entendeu? Financeiro... de toda a população doente é lógico que a organização, é lógico que o sistema vai ter muito mais gasto com a população doente que com aquele que ainda não adoeceu.” (Assistente Social 1)*

Diferentes profissionais afirmaram que o projeto é viável, interessa à população idosa e os profissionais de saúde. Algumas profissionais propuseram ser uma das divulgadoras do projeto nas instituições e junto à autoridades da saúde pública a fim de colocar o projeto em prática.

*“(...)E muitas vezes tem a vontade, tem a motivação, tem a liberação, né, porque está preconizado dentro das atividades dos profissionais fazer alguns grupos terapêuticos. Mas eles não tem isso aqui, que é o que a Moderadora tá propondo, a receita do bolo, o beabá, a base acadêmica, a teoria, né? Então assim, eu acho que esse trabalho pode, assim, casar muito bem com a secretaria, com a rede SUS. Combina não só com as equipes de NASF, mas também pensando nas práticas de promoção nas equipes de PROAMA também né? Você falou também do Liang Gong, mas tem também as práticas da medicina antroposófica, a acupuntura, a homeopatia na rede, de repente linkando com isso também. Então eu acho que a proposta é muito viável e precisa fazer essa aproximação, que eu acho que vai ser muito enriquecedor.”*  
(Fonoaudióloga)

Além da presença de estigmas sociais que podem dificultar a busca por tratamento, os profissionais relataram que há uma escassez de profissionais qualificados para atender às demandas de saúde mental de pessoas da terceira idade, tanto em instituições particulares quanto públicas (BRYANT; KODER, 2015). O mesmo é observado em outras partes do mundo, particularmente países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde a presença de estigmas sociais podem interferir na atenção à saúde mental dessa população (REYNOLDS et al., 2012).

*“Porque isso é um sintoma muito frequente e prevalente nessa população, e complicado de trabalhar. A gente não sabe muitas vezes como trabalhar. Pode surtir um efeito grande eu acho na questão psíquica do idoso.”*(Fonoaudióloga)

*“E que isso que permite futuramente que os profissionais com diferentes formações utilizem. Então acho que nesse sentido ela é bastante viável.”* (Psiquiatra)

Os profissionais apontaram que os idosos devem ser convidados após o término das sessões para avaliar os sintomas depressivos, a implementação das estratégias em sua vida cotidiana e suas impressões sobre o projeto. Eles aprovaram a inclusão de conteúdos no manual sobre a importância da prevenção de depressão, a inserção de estratégias para melhorar a qualidade do sono e estimular os idosos a realizarem atividades prazerosas em conjunto e que trazem um senso de realização, o uso de música nas sessões, a inclusão de uma parte resgatando o que foi

trabalhado na sessão anterior, a adaptação da Técnica de Resolução de Problemas de sete para três passos, a inserção de “gatilhos” para a depressão e estratégias práticas para lidar com eles, as estratégias de relaxamento e a inclusão de uma sessão final com os objetivos de revisar todo conteúdo dos grupos e fazer uma confraternização.

Uma das profissionais demonstrou interesse e realizou uma das práticas de relaxamento a partir da leitura das orientações contidas no manual.

*“E tava sozinha lá no lugar aí eu falei assim: eu vou fazer porque... Mas eu acho assim que foi válido. Foi válido sim.” (Assistente Social 2)*

Ela relatou que foi capaz de compreender e perceber em si mesma os efeitos da execução das técnicas, indicando que essa pode ser uma estratégia eficaz para ser realizada com os pacientes.

#### Condições necessárias para implementação

Com o objetivo de avaliar a capacidade de compreensão dos profissionais da saúde do conteúdo do manual foi perguntado à eles durante a reunião aspectos específicos sobre seus componentes. Eles afirmaram que foram capazes de compreender o que são os SDCS e ressaltaram a importância de criar intervenções para tratá-la.

*“É, que estão a um passo, que pode acontecer a depressão se o permitir.” (Assistente Social 1)*

Consideraram ainda que os idosos serão capazes de entender e implementar as intervenções propostas no manual. Contudo, apontaram a necessidade de clarificar a definição de SDCS e o foco do projeto na prevenção de depressão maior. Também sugeriram a inclusão de mais informações sobre a competência necessária para se tornar um terapeuta do projeto, como será seu treinamento, a gravação das técnicas de relaxamento e as regras para implementar o projeto. Assim como os especialistas, consideraram importante a realização de dinâmicas nas sessões para facilitar a compreensão dos mecanismos de melhora dos sintomas.

*“Eu acho que essa questão das técnicas, e acho que estão bem explicadas. Não são técnicas complexas. Eu também fiz algumas delas e eu tive essa sensação de ao ler eu pensar: “Nossa, tô precisando fazer isso aqui”. Então eu acho que de uma maneira geral estão muito bem estruturadas as sessões e até a sequência com essa sessão especial no meio das sessões, entre a primeira e a última. Eu acho que desse ponto de vista o manual tá bastante interessante.”*  
(Psiquiatra)

Os participantes da reunião consideram que quaisquer profissionais de saúde poderão receber treinamento para conduzir os grupos terapêuticos, caso tenham formação em curso superior, disponibilidade de tempo e interesse no projeto. Programas de prevenção realizados por profissionais da saúde apresentam melhores resultados que intervenções conduzidas por profissionais não especializados (JANÉ-LLOPIS et al., 2003). Isso salienta a importância do envolvimento da equipe de saúde no projeto. É preciso garantir que os terapeutas compreendam e se lembrem do conteúdo do manual. Eles também devem saber aplicar estratégias para controlar o tempo e ensinar as técnicas frente à necessidade dos idosos de compartilharem histórias e seu ponto de vista nas sessões.

*“Esse tempo e a estrutura que tem que ser organizado com calma na verdade. Mas que existe a demanda, existe a carência que eu acho que existe o interesse dos profissionais.”* (Psicóloga)

Foi sugerido que o treinamento seja feito parcialmente a distância, com conteúdos online como vídeos e textos, a fim de favorecer a acessibilidade e o interesse dos profissionais em participar do projeto. Segundo uma das profissionais, a supervisão dos grupos em progresso deveria ser mensal ou quinzenal, de maneira descentralizada, para manutenção da qualidade da abordagem terapêutica e fidelidade ao manual. O tempo, o formato e o conteúdo da supervisão e das sessões do manual devem ser testados em grupos piloto.

*“Pode ser, se forem oito horas né, poderia ser um material disponível de seis horas online e o presencial de duas horas. Porque eu acho que oito horas presencial, é um complicador, não acho tão fácil. Não é tão simples.”* (Psiquiatra)

Os profissionais chegaram a cogitar a possibilidade de realizar um curso de capacitação para formar profissionais para conduzir as supervisões dos grupos em diversos *settings*, o que deveria ser considerado na estruturação do protocolo de treinamento. Contudo, isso foge dos objetivos propostos no Estágio Ia, em desenvolvimento no presente trabalho.

Foi sugerido a possibilidade de gravar as sessões para aproveitar melhor o conteúdo levantado. Entretanto, a maioria dos profissionais considera que seria difícil que os terapeutas pudessem aproveitar todo o conteúdo gerado nas sessões. Ademais, a gravação poderia inibir os participantes dos grupos e poderia quebrar o acordo de confidencialidade. Um dos profissionais salientou que o acordo de confidencialidade deve ser lembrado todas as sessões para evitar que os participantes comentem aspectos particulares fora do grupo.

Segundo os participantes da reunião, a presença de pacientes com depressão maior grave, com dificuldades cognitivas, ou com dificuldade para disponibilizar tempo para as sessões pode trazer obstáculos à condução das intervenções. É preciso deixar claro nas unidades de atendimento primário quais os objetivos e o alcance do projeto. Não deve ser permitido que crianças fiquem na sala durante a realização dos grupos terapêuticos, uma vez que podem inibir os participantes a compartilhar questões particulares e prejudicar a confidencialidade do que foi conversado. Os potenciais participantes devem ter disponibilidade, interesse e meios para comparecer às sessões. Portanto, os critérios de seleção propostos para o projeto devem ser seguidos cuidadosamente pelos terapeutas.

Ao conversar a respeito do papel do colaborador os profissionais concluíram que todos os participantes devem ter uma pessoa para auxiliá-lo, mesmo que seja independente, alfabetizado e tenha capacidade de compreender o conteúdo das cartilhas. Essa pessoa teria a função de conversar sobre as estratégias para a prevenção de depressão, auxiliar e incentivar o paciente a implementá-las na vida diária e agir como um suporte social importante para lidar com as dificuldades. Segundo os participantes da reunião, o colaborador pode ser um familiar ou alguma outra pessoa importante para o idoso que esteja motivado e tenha disponibilidade de tempo para acompanhar todas as tarefas. Os pacientes que não tem pessoas próximas que poderiam adotar essa responsabilidade poderiam ser acompanhados por um membro da equipe de saúde que se disponibilizasse para tal, como um Agente Comunitário da Saúde por exemplo.

Os profissionais cogitaram a possibilidade de realizar uma sessão paralela com os colaboradores para dar instruções pertinente, tirar dúvidas e realizar a psicoeducação sobre a depressão.

Contudo, isso foi considerado inviável dado às limitações de disponibilidade, diminuindo a adesão ao projeto. Foi sugerido que os terapeutas realizassem uma reunião individual com cada colaborador estabelecendo seu papel no acompanhamento das intervenções pelo material impresso, previamente ao início dos grupos. Deve ser entregue um material impresso com informações sobre qual o papel o colaborador deve exercer e o que deve evitar, mantendo a autonomia do idoso.

Diante da quantidade de intervenções inseridas nas sessões os profissionais vislumbraram uma possível dificuldade para trabalhar todas as atividades propostas em cada sessão. Uma das participantes da reunião levantou a possibilidade de construir duas estruturas de protocolos: uma mais longa, contendo as técnicas de manejo da ansiedade, a revisão da sessão anterior e o tema a ser trabalhado em todas as sessões, e outra estrutura apenas com a revisão da tarefa de casa e o tema planejado para aquela sessão. A escolha de qual estrutura implementar seria baseada na faixa etária, nível de escolaridade e capacidade de compreensão de informações dos membros do grupo, e da disponibilidade de tempo e espaço dos terapeutas. Segundo os profissionais, caso seja oferecido um intervalo de dez minutos para lanche, os idosos permaneceriam durante a sessão mais longa. Entretanto, essa estrutura flexível deveria ser testada em grupos piloto em um momento posterior da pesquisa de desenvolvimento do manual de intervenção. Outra possibilidade é realizar um treinamento de terapeutas minucioso, para garantir que eles consigam organizar bem o andamento das sessões.

*“Eu acho um tempo bem adequado. Porque eu acho que o tempo de um mês eu acho muito corrido, acho que nem consolida muito bem as relações das pessoas. Mas estender também mais que isso, particularmente pensando até que isso é promoção, prevenção de saúde, eu acho que não é interessante sabe?” (Psiquiatra)*

Os profissionais sinalizaram a possibilidade de envolver as equipes do NASF e outros profissionais das unidades de atenção primárias à saúde, realizando uma discussão integrativa de cada participante dos grupos.

*“Então eu acho que o ganho é esse, facilita essa implementação pensando nos outros profissionais que não o médicos e o enfermeiros que de fato tem hoje uma agenda mais sobrecarregada com essa dificuldade de atividade de promoção.” (Fonoaudióloga)*

Eles devem compreender os objetivos e o funcionamento do projeto, encaminhando pacientes que atendem aos critérios de seleção. Alguns dos estudos encontrados na revisão da literatura fizeram uso da equipe de saúde para implementar os programas, seja para conduzir as intervenções, receber pacientes que apresentaram manutenção ou piora dos sintomas, ou para discutir casos em conjunto (DE JONGE et al., 2009; DOZEMAN et al., 2012; REYNOLDS et al., 2014; VAN’T VEER-TAZELAAR et al., 2009). Essa estratégia permite uma maior disseminação da proposta de intervenção, atingindo um número maior de pacientes (CHATTERJEE et al., 2008; REYNOLDS et al., 2014).

Assim como os especialistas na reunião anterior, os profissionais salientaram a importância de envolver as prefeituras no projeto, para autorizar e incentivar a realização dos grupos em diferentes regionais da cidade e obter recursos para produção dos materiais a serem entregues.

*“E aí é por isso que, só falando novamente, vai ter que ter um momento que vai ter que ter um contato com a instituição alvo. Ou seja, a instituição alvo é a Prefeitura, ou as Prefeituras né? Que é onde de fato que tem os profissionais, que tem que existir os idosos.” (Psicogeriatra 1)*

No entanto, uma das profissionais ressaltou que é importante buscar recursos financeiros próprios, uma vez que as instituições públicas podem não oferecer subsídios para a confecção dos materiais. A ampliação de intervenções que tem como foco a promoção da saúde depende também do envolvimento de atores da saúde pública, uma vez que o que é observado nos atendimentos das UBS é o atendimento de urgências e casos agudos em sua grande maioria.

*“Mas eu vejo nos dois últimos anos uma prevalência do atendimento às urgências, a o que eles chamam da demanda espontânea e no atendimento da demanda e alguns já com o Manchester. Então. eu tô lá, eu recebo, e eu vejo essa queixa, principalmente dos médicos, é que eles não fazem mais o PSF, que eles só estão atendendo o agudo, o atendimento da demanda. E realmente isso está acontecendo, você não vê mais espaço pra visita mesmo, na agenda mesmo né. (...)*

*Estou falando que se você mexe com a agenda deles você vê que a promoção da saúde tem tido menos espaço dentro das unidades. Não era pra ser. A realidade do dia a dia está sendo essa.”*  
(Psicóloga)

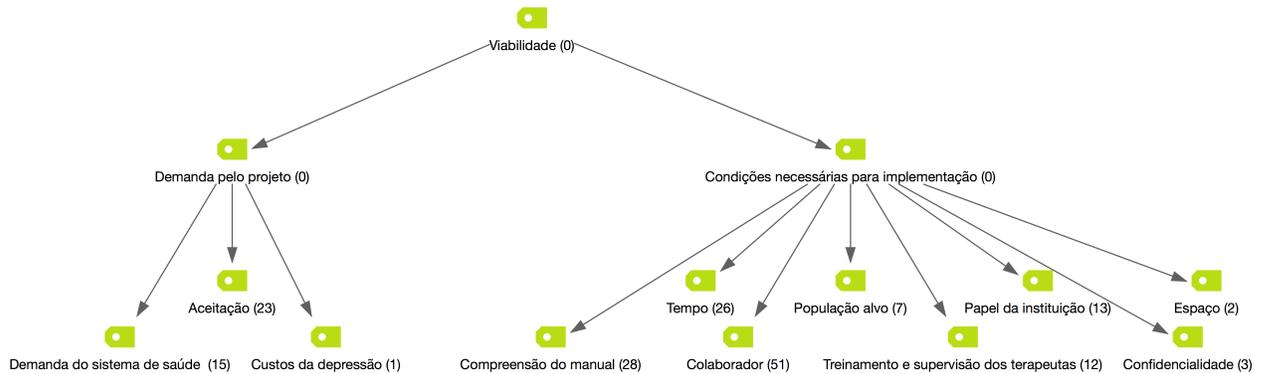


Figura 10: Representação do mapa temático sobre a “Viabilidade” e das categorias “Demanda pelo projeto”, “Condições necessárias para implementação” e dos códigos criados.

#### 4.4 Construção do manual

A partir dos dados obtidos nas Análises Temáticas das reuniões e na experiência prática clínica da equipe de pesquisa foi criado um manual de intervenção para prevenção de depressão em idosos brasileiros. A fim de integrar as estratégias apontadas pelos participantes das reuniões e pela literatura sobre os mecanismos relacionados à melhora dos sintomas depressivos, e ainda considerando o formato de terapia em grupo, voltado para a população idosa, foi construído um protocolo com dez sessões, com noventa minutos de duração cada. A partir da segunda sessão, todas elas são iniciadas por uma revisão do que foi discutido nas sessões anteriores, a fim de consolidar as estratégias apresentadas. Uma metanálise sobre preditores de eficácia em programas de prevenção do TDM mostra que aqueles com um número de sessões superior a oito e tempo de duração de 60 a 90 minutos apresentaram melhores resultados. Esses resultados poderiam estar associados à capacidade dos participantes de aprender e internalizar os métodos e processos oferecidos pelas intervenções (JANÉ-LLOPIS et al., 2003).

Foi desenvolvido um Manual para Terapeutas com o nome de “PROJETO PENSE BEM - Projeto Envelhecer com Saúde E Bem estar”. O manual é composto pelas seguintes partes:

## **0. Proposta do Manual**

Essa seção contém uma breve apresentação da proposta do manual, ressaltando a importância de reconhecer e tratar os sintomas depressivos em idosos e desenvolver estratégias para prevenir a depressão maior em idosos. Ela contém as subseções “Objetivos do manual” e “Sintomas depressivos clinicamente significativos” que retratam os objetivos do manual, os mecanismos de melhora propostos para a prevenção do TDM, uma breve explicação sobre os prejuízos associados aos SDCS e a importância de realizar estratégias de prevenção indicada.

### **I. Entendendo a depressão**

#### **a. O que é a depressão?**

Definição do Transtorno de Depressão Maior, segundo os critérios do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Foram descritas as diferenças desse quadro para o luto complicado, uma vez que podem ser confundidos pelos familiares e profissionais.

#### **b. Como é o diagnóstico da depressão no idoso?**

São apresentadas algumas particularidades do TDM em idosos que devem ser conhecidas pelos profissionais que desejam trabalhar com essa população. É salientada a importância de investigar pensamentos de morte e desesperança e ficar atentos à comportamentos que podem indicar um quadro de TDM.

### **II. Bases teóricas da prevenção de depressão em idosos**

#### **a. Vale a pena prevenir a depressão em idosos?**

Descrição dos prejuízos associados ao TDM e a oportunidade de diminuir sua prevalência e efeitos deletérios mediante a realização de intervenções de prevenção.

#### **b. O que uma equipe de saúde pode fazer para prevenir a depressão em idosos?**

O papel do terapeuta e da equipe de saúde são discutidos nessa seção. São pospostos: a realização de reuniões de discussão de casos junto à profissionais da equipe de saúde dos centros de atenção à saúde do idoso e o estabelecimento de parcerias e redes de encaminhamento para demandas específicas. Também é função da equipe de saúde ajudar os participantes a definir quem será o colaborador de cada um deles e qual será seu papel no projeto.

c. Como uma terapia em grupo pode ajudar?

São apresentados fatores relacionado à intervenções em grupo como: a ampliação do suporte social, a capacidade de flexibilizar comportamentos, interpretações e atitudes frente à problemas, a oportunidade de mitigar estigmas sobre saúde mental e ainda atender à um número maior de pessoas da população alvo.

d. Como trabalhar com grupo de idosos?

A postura que o terapeuta deve ter frente aos idosos é delineada nessa seção. São descritas adaptações necessárias para o atendimento adequado de pessoas nessa faixa etária.

e. Notas sobre o envelhecimento. O que é ser idoso?

A presença de estigmas sociais e pessoais sobre ser idoso é retratada nessa parte do manual. O terapeuta deve observar suas expectativas sobre as pessoas nessa faixa etária e atentar-se para as capacidade e habilidades de cada indivíduo. Deve compreender quais são os problemas são mais frequentes nessa fase da vida, observando se podem precipitar ou perpetuar os sintomas depressivos. É recomendado coletar informações específicas sobre cada indivíduo ainda no período de avaliação para a condução dos grupos. Também são abordadas formas de lidar com resistências à mudança.

f. Como selecionar pessoas para participar dos grupos?

São estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão do projeto. Pacientes que demandam um atendimento específico deverão ser encaminhados para os profissionais especializados. É recomendado que todos os pacientes passem por uma avaliação médica antes de participar dos grupos para excluir causas biológicas para seus sintomas.

g. Um exemplo de caso

É incluído um exemplo de caso clínico fictício, formado à partir de casos reais, para ser utilizado durante o processo de treinamento dos profissionais com exemplos sobre como conduzir as sessões.

h. Antes de iniciar...

Nessa parte é ressaltada a importância de se atentar para comportamentos verbais e não-verbais dos pacientes, da relação terapêutica, de motivar os pacientes a aceitar e promover mudanças reais. O terapeuta deve ser capaz de transmitir confiança e competência, resguardar a autonomia e incentivar os próprios idosos à solucionarem as questões levantadas nas sessões. São dadas informações sobre como manejar crises e como ajudar os idosos à manterem o contato após a conclusão dos grupos terapêuticos.

### **III. Iniciando os grupos terapêuticos**

a. Sessão 1 – Educação em saúde.

Na primeira sessão o terapeuta explica os objetivos do projeto e como será o processo terapêutico. Posteriormente será realizada uma dinâmica onde os participantes devem se apresentar. O terapeuta realiza a psicoeducação conversando com os pacientes sobre o TDM, aos SDCS, seu impacto e como o grupo terapêutico pode ajudar. A importância da prevenção da depressão é ressaltada, deixando claro o papel dos idosos nesse processo. São trabalhados alguns estigmas que podem estar presentes no imaginário dos participantes. O terapeuta, então, apresenta as regras e diretrizes do grupo terapêutico e conversa sobre como o que é e como lidar com a cartilha que será entregue. Ao final de todas as sessões o terapeuta deve resumir o que foi discutido, verificar a existência de dúvidas e combinar com os idosos a próxima sessão.

b. Sessão 2 – Lidando com as emoções.

O conteúdo da sessão anterior, como foi o uso da cartilha e a experiência de lidar com o colaborador são abordados no princípio da sessão. Em seguida o terapeuta estimula uma conversa sobre a relação dos sentimentos com os sintomas depressivos, dando um foco maior na ansiedade e preocupação. São ensinadas algumas práticas de relaxamento para diminuir os sintomas físicos e psíquicos da

ansiedade. A sessão é revisada e a cartilha da sessão é apresentada para os participantes, que devem praticar essas técnicas ao longo da semana. Será entregue um áudio com gravação das orientações das práticas de relaxamento para cada participante. Todas as técnicas ensinadas para os idosos serão implementadas no princípio das sessões subsequentes para consolidar sua aprendizagem e estimular os idosos a praticá-las.

c. Sessão 3 - O sono e a depressão.

Inicialmente é realizado o escaneamento corporal e em seguida o terapeuta conversa com os idosos sobre a prática das técnicas de relaxamento durante a semana. Nessa sessão é realizada uma educação sobre a relação de problemas de sono e os sintomas depressivos, fundamentada na TCBI. São trabalhados alguns mitos compartilhados socialmente sobre o sono e os transtornos do sono mais comuns em idosos. São ensinadas algumas técnicas para avaliar e melhorar a qualidade do sono, baseadas no TCBI.

d. Sessão 4 – Agindo para ser feliz!

Nessa sessão será realizado o relaxamento muscular progressivo no início da sessão, que é seguido pela avaliação do monitoramento da qualidade de sono dos idosos e realização das técnicas para melhorá-lo. O tema central dessa sessão é a relação entre realizar atividades prazerosas e significativas e o humor, baseado na Ativação Comportamental. O terapeuta inicia uma conversa sobre as atividades que os idosos tem executado em sua vida diária, a maneira como se sentem enquanto as realizam e ao final do dia, quais atividades que já fizeram que os fazia sentir bem, e quais atividades poderiam realizar. Os idosos em conjunto devem então planejar o que farão durante a semana e como será a próxima sessão. Na parte final da sessão a cartilha é apresentada e o grupo conversa sobre como foi essa sessão.

e. Sessão 5 – Sessão Especial.

A fim de incentivar os idosos a realizarem atividades prazerosas e significativas, essa sessão terá um caráter diferente. Ela poderá ser realizada em outro local, durante um evento específico, ou ter elementos especiais para os idosos. Os idosos devem organizar alguma atividade e se responsabilizarem por sua realização.

Após sua conclusão será realizado um momento de reflexão sobre como se sentiram. Os idosos devem conversar sobre outras atividades que podem realizar durante a semana seguinte. Em seguida será realizada uma revisão da execução das tarefas propostas até ali, como as técnicas para melhorar a qualidade do sono, e as atividades que foram planejadas na semana anterior, obstáculos e soluções. A cartilha dessa sessão é apresentada e o terapeuta faz uma breve revisão da sessão.

f. Sessão 6 – Conversando sobre o envelhecimento.

A sessão será iniciada pela realização da técnica de visualização e pela revisão das atividades propostas nas semanas anteriores. Em seguida o terapeuta deve moderar uma conversa sobre o processo de envelhecimento, abordando seu significado para cada participante, a presença de estigmas, as estratégias usadas para adaptar-se às mudanças e as dificuldades vivenciadas e a visão social sobre esse tema. Para estimular a flexibilidade ao significar esse processo serão usadas algumas músicas populares na juventude dos participantes para explicar a relação entre pensamentos, sentimentos, reações corporais e comportamentos. Essa dinâmica, baseada nos conceitos de TCC e nos propósitos da TR, terá também o objetivo de incentivar os idosos à compartilhar lembranças e emoções. Em seguida, será apresentada a cartilha da semana, contendo alguns mitos e verdades sobre essa fase da vida. A sessão será revisada e concluída.

g. Sessão 7 – Resolvendo problemas.

Essa sessão será iniciada pela técnica de escaneamento corporal, seguida pela revisão da cartilha da semana anterior e da execução das técnicas das semanas prévias. Será então criada uma lista de problemas a partir das dificuldades vivenciadas pelos participantes em sua vida diária. Aqueles mais proeminentes serão selecionados em conjunto. Em seguida o terapeuta deve ensinar a seguinte estratégia de resolução de problemas de três passos: (1) Defina o problema; (2) Tempestade de ideias (*brainstorming* considerando todas as possíveis soluções); (3) Escolha uma solução e trace um plano de ação. Essa técnica, baseada na TRP será usada para solucionar um ou mais problemas durante a sessão de maneira colaborativa com os participantes do grupo terapêutico. Em seguida será apresentada a cartilha da semana, contendo uma descrição dessa estratégia com

exemplos sobre como proceder. É proposto que os idosos apliquem essa técnica em outros problemas durante a semana. Os pontos mais importantes da sessão são revisados.

h. Sessão 8 – Estratégias para lidar com dificuldades.

Será realizada a técnica de relaxamento muscular progressivo, seguido pela revisão da tarefa de casa. Os idosos devem relatar sua experiência e possíveis obstáculos para implementar a técnica de resolução de problemas de três passos durante a semana. O grupo deve conversar sobre maneiras de superar esses obstáculos. Em seguida a lista de problemas da semana anterior é reproduzida, associando os problemas à quatro áreas que frequentemente podem ter prejuízos em pessoas com TDM: Luto e perda, transição de papéis, disputas interpessoais e déficits interpessoais. O terapeuta deve estimular uma conversa sobre os problemas presentes nessas áreas, ensinando estratégias para lidar com eles, baseadas na TIP, junto à técnica de resolução de problemas de 3 passos. Um resumo com os pontos principais dessas estratégias será fornecido na cartilha. No final da sessão o terapeuta responde às possíveis dúvidas e revisa o que foi abordado.

i. Sessão 9 – Gatilhos da depressão e estratégias eficazes

A sessão é iniciada pela técnica de visualização, seguida por uma conversa sobre as estratégias usadas ao longo da semana, abrangendo todas as técnicas já abordadas. O terapeuta inicia uma conversa sobre os quais são os “gatilhos” de sintomas depressivos mais comuns e estratégias para “combatê-los”, construindo colaborativamente com o grupo aquelas que devem ser usadas ao longo da semana. É ressaltada a importância da prevenção da depressão maior e manutenção das técnicas para perpetuar a melhora dos sintomas. O terapeuta, então, explica como será o uso da cartilha e revisa os principais elementos da sessão.

j. Sessão 10 – É apenas o começo...

Nessa sessão os idosos devem escolher qual estratégia de relaxamento desejam fazer para iniciar o encontro. Essa sessão tem o objetivo de revisar todo o processo terapêutico, as vivências dos idosos durante esse período e como foi aprender e

usar as técnicas apresentadas. Eles terão um tempo para planejar formas de manter os ganhos com o grupo terapêutico e o contato entre eles, caso desejem. A cartilha final contém esquemas dos mecanismos de ação das intervenções propostas, salientando a relevância de cada uma delas para a prevenção do TDM. Ao final do processo terapêutico os idosos terão um tempo para falar suas considerações finais e despedir-se.

Propõe-se executar posteriormente sessões de manutenção com o objetivo de salientar as principais estratégias para prevenir a depressão em idosos, avaliar quais delas estão sendo utilizadas pelos participantes, responder à dúvidas e ainda manter os ganhos alcançados pelo programa. Essas sessões deverão ser realizadas 3, 6 e 12 meses após a conclusão da intervenção. O manual contém ainda anexo uma ficha para monitorar a realização das tarefas de casa por cada participante. A análise de variáveis da história, da saúde, do meio social de cada participante pretende viabilizar a intervenção da maneira mais adaptada o possível, ainda que implementada no formato de grupo.

A estrutura proposta para as sessões é similar à intervenções encontradas na literatura, visando maximizar a aprendizagem e desenvolvimento de habilidades (KONNERT; DOBSON; STELMACH, 2009; LEJUEZ et al., 2011). Como descrito acima, o manual é composto inicialmente por estratégias psicoeducativas, que tem como objetivo ensinar os idosos a reconhecer os sintomas depressivos e o impacto que eles tem em sua vida. Além disso, essa estratégia visa que os participantes compreendam a importância da prevenção da depressão, como será o processo terapêutico, seu papel em sua melhora e como o grupo pode ajudá-los. Assim, é possível adereçar estigmas e expectativas, nivelar o conhecimento dos participantes, iniciar a construção de um senso de identificação entre eles e ainda motivá-los a participar do projeto, como apontado nas reuniões com profissionais da saúde e especialistas. A percepção de estigmas sobre a presença de transtornos mentais é um preditor para abandono de tratamento em idosos (Cole, 2005)

Em seguida foram inseridas técnicas pragmáticas que visam reduzir fatores de risco para a depressão maior e proporcionar a melhora dos sintomas. Isso será realizado pela melhora da qualidade do sono, desenvolvimento de habilidades para lidar com emoções desconfortáveis como a ansiedade e pelo engajamento ativo em atividades prazerosas e que aumentam a

autoeficácia dos participantes. O uso inicial de estratégias de natureza prática visa estimular a formação de vínculo entre os membros do grupo antes de trabalhar conteúdos psicológicos e emocionais mais sensíveis, estratégia sugerida por alguns especialistas na reunião.

A segunda parte do programa de prevenção tem como objetivo adereçar dificuldades que podem estar associados ao envelhecimento. A exposição das experiências pessoais, dos sentimentos relacionados às mudanças, o ensino de técnicas para lidar com problemas, para melhorar as relações interpessoais e flexibilizar os padrões de interpretação das vivências são intervenções que podem levar a uma ressignificação desse processo, minimizando experiências aversivas. Dessa forma, também é possível recuperar estratégias usadas ao longo da vida para lidar com situações difíceis e adaptá-las para as situações presentes. Em idosos, programas de prevenção da depressão que envolviam o desenvolvimento de competências e a ampliação do suporte social estavam associados à melhores resultados (JANÉ-LLOPIS et al., 2003). Evocar lembranças e expor dificuldades pode também favorecer o senso de identificação entre os membros do grupo, por reconhecerem experiências que podem ter sido compartilhadas pela mesma coorte. O uso de técnicas para evocar recordações com idosos é atrativo por combinar bem com o que é considerada por alguns pesquisadores como uma tendência natural nessa fase da vida que é pensar em eventos passados. Segundo essa teoria, lembrar-se de eventos significativos é uma forma de expressão de um processo mental universal, que reflete a necessidade de lidar bem com eventos passados na última fase da vida (BUTLER, 1963). Contudo, os especialistas que participaram da reunião ressaltaram que é importante considerar a heterogeneidade do grupo idosos, que pode levar a conflitos e desconforto durante as sessões. É fundamental que os terapeutas sejam profissionais da saúde, capacitados para lidar com tais situações de maneira hábil.

A adaptação da técnica de resolução de problemas para três passos visa facilitar seu uso em problemas cotidianos. Contudo, são mantidos os elementos importantes de serem estimulados para a resolução eficaz de situações problemáticas: a diminuição da impulsividade, pela proposição de uma reflexão antes de agir (passo 1), a flexibilidade cognitiva ao considera diferentes soluções (passo 2), as habilidades de planejamento, organização, monitoramento do próprio comportamento e execução para alcançar um objetivo (passo 3). Todos esses passos estão associados ao domínio cognitivo das funções executivas, que podem apresentar um declínio em pacientes idosos com sintomas depressivos (DE PAULA et al., 2016).

As estratégias para melhorar as interações interpessoais tem como objetivo ampliar a rede de suporte social dos idosos, visando aumentar o número de interações e situações positivas. Assim, é possível reduzir alguns fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento da depressão tardia (COLE, 2005). Ao final do processo terapêutico todas as estratégias são revisadas e colocadas em esquemas de mecanismos de melhora dos sintomas. O objetivo é facilitar a compreensão sobre o papel de cada técnica na melhora dos sintomas e consolidar a aprendizagem de cada uma delas. Essa estratégia está em consonância com outros programas desenvolvidos para a prevenção de depressão, que apresentaram maior efetividade na redução dos sintomas pelo uso de diferentes componentes terapêuticos (JANÉ-LLOPIS et al., 2003).

As perspectivas futuras desse trabalho incluem a criação de um repositório *online* contendo os materiais necessários para a avaliação, as cartilhas de todas as sessões, os inventários comportamentais, os áudios com orientações das práticas de relaxamento, indicações de referência bibliográficas relevantes e o material para treinamento dos profissionais (como vídeo-aulas e apresentações). Dessa forma será possível facilitar o acesso e a disseminação do programa. Serão desenvolvidas as cartilhas das sessões para serem entregues para os idosos e colaboradores, já em processo de construção. Um aspecto fundamental desse material é garantir que ele seja compreensível, acessível, e prático, ao mesmo tempo em que estimula a motivação dos participantes por seu conteúdo. Para isso, estão sendo criadas cartilhas com figuras e linguagem apropriada para essa população.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho teve como objetivo desenvolver uma ferramenta terapêutica para prevenção TDM em idosos brasileiros com SDCS para ser aplicado por profissionais que atuam em centros de atenção à saúde do idoso. Ao final do trabalho foi desenvolvido um manual de terapia em grupo considerando as estratégias já utilizadas mundialmente para reduzir o risco de incidência do TDM, assim como os dados extraídos da percepção dos especialistas de quais intervenções

devem compor o manual de intervenção para idosos brasileiros e a partir da percepção dos profissionais que atendem a essa população em diferentes *settings*.

Para a construção de uma ferramenta para a prevenção seletiva e indicada de TDM é necessário utilizar uma metodologia para o desenvolvimento de intervenções do comportamento que deverá ser posteriormente testado em estudos de eficácia. Portanto, foi utilizado o modelo de estágio do NIH. No presente estudo foram realizados os Estágios 0 e Ia.

Em relação a revisão da literatura, não foram encontrados estudos destinados a idosos brasileiros. Foram observadas intervenções destinadas à prevenção de TDM na literatura internacional, cujas principais características foram: intervenções breves, com programas que tinham 4 a 12 sessões, com duração média de uma hora; baseadas no ensino de habilidades ou na evocação de recordações passadas; que tinham como objetivo aumentar o senso de autoeficácia, de controle sobre a própria situação e alterar a relação dos participantes com as atividades de sua rotina diária.

Através da análise dos dados levantados a partir da percepção dos especialistas, as intervenções que deveriam compor o manual deveriam considerar como objetivos: promover resultados rápidos com o intuito de motivar os pacientes à continuarem no projeto; manter a coesão do grupo e abordar problemas associados ao envelhecimento. As adaptações propostas pelos especialistas consideram fatores como: adaptações para estimular aceitação das técnicas por parte dos idosos e dos terapeutas, o grau de escolaridade dos participantes e o local onde serão realizados os grupos. Foi proposta a construção de uma cartilha para ampliar a efetividade das intervenções e envolver os familiares nesse processo. Os especialistas discutiram estratégias para recrutar os pacientes; os critérios do projeto de inclusão e exclusão de pacientes que consideram pertinentes e as características necessárias para se tornar um terapeuta. A fim de maximizar a viabilidade de implementação do manual todos apontaram a necessidade de construir um protocolo breve, porém eficaz na prevenção dos sintomas e no cuidado com as demandas dos indivíduos.

Após esta reunião um primeiro modelo de manual foi produzido para ser avaliado pelos profissionais, que são os principais agentes para sua aplicação. Os temas criados a partir da análise das reuniões com profissionais da saúde foram: aspectos socioculturais, adaptações de propostas e viabilidade. Em relação ao tema aspectos socioculturais, a visão do idoso, os

estigmas, o papel social desempenhado pelo idoso e a presença de conflitos intergeracionais foram considerados pontos importantes a serem abordados nas sessões.

Em relação a adaptações propostas, os profissionais trouxeram informações que possibilitaram a criação de três categorias: o papel dos terapeutas, quais intervenções foram consideradas essenciais na composição do manual e a necessidade de realizar mudanças do texto do manual. Estes pontos foram essenciais para entender os desafios para implementação do projeto de maneira efetiva no contexto dos centros de atenção à saúde do idoso.

Em relação ao tema viabilidade, duas categorias foram criadas: as demandas individuais e institucionais pelo projeto; e as condições consideradas necessárias para a execução do projeto. Os profissionais da saúde ressaltaram que os SDCS são prevalentes e que a melhor forma de se abordá-lo em centros de atenção aos idosos seria através de grupos terapêuticos para atingir um maior número de pessoas. Para isso, é importante atentar-se para a estrutura proposta para cada sessão. Os profissionais ressaltaram a necessidade de maior incentivo das entidades que estão envolvidas no processo dando o necessário apoio institucional.

Após a análise dos dados, diversas alterações foram feitas no manual, visando melhorar sua adaptação para idosos brasileiros. Entretanto, antes de avaliar a eficácia do programa será necessário realizar outras etapas do processo do modelo de estágios do NIH. Algumas perguntas surgem ao se perceber os diversos fatores que podem interferir na condução do programa: quais estratégias os idosos usam para solucionar seus problemas, para lidar com sua ansiedade, para se resolver conflitos interpessoais, para dormir melhor e para lidar com pensamentos negativos? Será que é necessário usar todas as intervenções propostas pelos especialistas? Será que os idosos se motivarão para participar e permanecer na terapia? Será que o envolvimento dos familiares seriam um apoio ou um empecilho para a autonomia dos participantes? Será que eles serão capazes de compreender as técnicas propostas e conseguirão aplicá-las em sua rotina diária? Será que o que foi previsto pelos especialistas e pelos profissionais será corroborado pelas percepções dos idosos? Será que a visão do envelhecimento apontada nas reuniões será a mesma para o idosos? Para tanto, será necessário realizar um grupo focal com idosos para captar suas percepções e novamente adaptar o manual, considerando as informações trazidas por eles. Apenas após este passo será possível realizar o estudo piloto que poderá avaliar os efeitos preliminares e a viabilidade de sua implementação.

Para o estágio Ib, que pretende testar se a intervenção é viável, é preciso questionar: será que as percepções dos especialistas e dos profissionais quanto a necessidade de adaptações serão suficientes? Será que outros fatores que não foram levantados nas reuniões poderão dificultar a implementação do projeto nos centros de atenção à saúde do idoso? Será que as instituições de saúde terão interesse em usar esse programa para prevenir a depressão no idoso, frente à sua rotina atual? Será que os terapeutas serão capazes de aprender e aplicar as intervenções conforme proposto no manual? Será que as adaptações propostas serão capazes de promover mudanças efetivas nos sintomas depressivos dos idosos?

Portanto, ainda que se tenha desenvolvido um manual de intervenção que se pretende ser adaptado para idosos brasileiros é importante ressaltar que este trabalho é apenas o primeiro passo para a construção de um protocolo efetivo para a prevenção do TDM nessa população. É necessário realizar um processo de refinamento contínuo, testando diferentes aspectos desse modelo nas etapas seguintes do modelo para desenvolvimento de intervenções complexas do comportamento.

Algumas limitações desse trabalho estão ligadas aos sujeitos de pesquisa selecionados para as reuniões. Todos os participantes que participaram da Reunião de Especialistas tiveram ou tinham no momento da reunião algum vínculo e formação com a Universidade Federal de Minas Gerais, o que pode enviesar as opiniões expostas durante as discussões.

Na Reunião de Profissionais houve a participação de apenas um homem, enquanto haviam sete mulheres, o que ocorreu devido ao método de coleta dos participantes, por meio de indicações sucessivas. Por dificuldade de encontrar uma data que atendesse à maioria dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa as reuniões foram realizadas com um mês de diferença entre elas, o que pode ter influência na percepção dos atores sobre o manual apresentado. Também por essa razão foi necessário convidar novos profissionais que não participaram da primeira reunião para compor o grupo focal, a fim de atingir um número adequado de participantes. A participação de algumas pessoas diferentes entre as duas reuniões pode também interferir na avaliação do projeto. Contudo, isso também possibilitou uma maior amplitude de visões sobre o projeto, que se baseavam na experiência de cada um deles. Os motivos para não participar da segunda reunião foram: problemas médicos, viagem e a presença de problemas pessoais.

Algumas perspectivas futuras para a área de prevenção da depressão no idoso incluem investigar as evidências e a possibilidade de trabalhar conceitos e estratégias da Psicologia Positiva,

Terapias baseadas em Mindfulness e Resiliência para prevenir a depressão nesse grupo. Esses campos de pesquisa tem despertado o interesse de pesquisadores e profissionais da saúde em todo o mundo e tem sido utilizado em programas de prevenção de recaída, tratamento de diversos transtornos mentais e aumento da qualidade de vida (MACKENZIE; KOCOVSKI, 2016; MATHUR; SHARMA; BHARATH, 2016; SIN; LYUBOMIRSKY, 2009). Essas podem ser estratégias adequadas de serem implementadas em pacientes sem transtornos mentais, mas com sintomas clinicamente significativos. Dessa forma, há uma maior aproximação do paradigma voltado para a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida. É importante também explorar melhor o envolvimento de familiares no processo terapêutico.

O desenvolvimento de um manual de terapia em grupo para prevenção do TDM em idosos adaptado para a população brasileira se constitui como uma possível estratégia para minimizar o impacto desse transtorno de maneira efetiva. Porém, é necessário continuar o processo de desenvolvimento da intervenção, passando por todas as etapas do modelo de estágios, reconstruindo o manual segundo os resultados de cada uma delas. Também é importante realizar outros estudos em diferentes regiões do país, considerando as especificidades culturais de cada uma delas, a fim de ampliar a adaptação dessa proposta para o contexto sociocultural da população atendida.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXOPOULOS, G. S. et al. The course of geriatric depression with “reversible dementia”: a controlled study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 11, p. 1693–1699, nov. 1993.
- ALEXOPOULOS, G. S. et al. “Vascular depression” hypothesis. **Archives of General Psychiatry**, v. 54, n. 10, p. 915–922, out. 1997.
- ALMEIDA, O. P. Approaches to decrease the prevalence of depression in later life. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 25, n. 6, p. 451–456, nov. 2012.
- ASSOCIATION, A. P. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. [s.l.] Artmed Editora, 2014.
- BARCELOS-FERREIRA, R. et al. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **International psychogeriatrics / IPA**, v. 22, n. 5, p. 712–726, ago. 2010.
- BARG, F. K. et al. A Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in Older Adults. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 61, n. 6, p. S329–S339, 1 nov. 2006.
- BEEKMAN, A. T. et al. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. **Psychological Medicine**, v. 27, n. 6, p. 1397–1409, nov. 1997.
- BEEKMAN, A. T.; COPELAND, J. R.; PRINCE, M. J. Review of community prevalence of depression in later life. **The British Journal of Psychiatry**, v. 174, n. 4, p. 307–311, 1 abr. 1999.
- BEEKMAN, A. T. F. et al. Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Community of Risk Factors. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 1, p. 89–95, 1 jan. 2000.
- BEYER, J. L. Managing depression in geriatric populations. **Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists**, v. 19, n. 4, p. 221–238, dez. 2007.
- BOTTINO, C. M. C.; BARCELOS-FERREIRA, R.; RIBEIZ, S. R. I. Treatment of depression in older adults. **Current Psychiatry Reports**, v. 14, n. 4, p. 289–297, ago. 2012.
- BOYER, L. et al. Emotional intelligence and coping strategies as determinants of quality of life in depressed patient-caregiver dyads: An actor-partner interdependence analysis. **Comprehensive Psychiatry**, v. 74, p. 70–79, abr. 2017.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 1 jan. 2006.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Thematic analysis. In: COOPER, H. et al. (Eds.). . **APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological**. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2012. p. 57–71.

- BRICKI, N.; GREEN, J. A guide to using qualitative research methodology. 2007.
- BRYANT, C.; KODER, D. Why psychologists do not want to work with older adults - and why they should. . **International psychogeriatrics / IPA**, v. 27, n. 3, p. 351–354, mar. 2015.
- BURNS, A. et al. Treatment and Prevention of Depression After Surgery for Hip Fracture in Older People: Randomized, Controlled Trials. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 1, p. 75–80, 1 jan. 2007.
- BUTLER, R. N. The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. **Psychiatry**, v. 26, n. 1, p. 65–76, 1 fev. 1963.
- BUYSSE, D. J. et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 10, p. 887–895, 23 maio 2011.
- CARROLL, K. M.; NURO, K. F. One Size Cannot Fit All: A Stage Model for Psychotherapy Manual Development. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 9, n. 4, p. 396–406, 1 dez. 2002.
- CASTRO-COSTA, É. et al. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 2, p. 104–109, jun. 2008.
- CASTRO-DE-ARAÚJO, L. F. S. et al. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 2, p. 201–207, jun. 2013.
- CHATTERJEE, S. et al. Integrating evidence-based treatments for common mental disorders in routine primary care: feasibility and acceptability of the MANAS intervention in Goa, India. **World Psychiatry**, v. 7, n. 1, p. 39–46, 1 fev. 2008.
- COLE, M. G. Evidence-based review of risk factors for geriatric depression and brief preventive interventions. **The Psychiatric Clinics of North America**, v. 28, n. 4, p. 785–803, vii, dez. 2005.
- CONWELL, Y.; VAN ORDEN, K.; CAINE, E. D. Suicide in Older Adults. **The Psychiatric clinics of North America**, v. 34, n. 2, p. 451–468, jun. 2011.
- COSTA, E. et al. Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision Common Mental Disorders in the Elderly in a Brazilian Community: The Bambuí Health Ageing Study. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 17–27, jan. 2007.
- CUIJPERS, P. et al. Differential mortality rates in major and subthreshold depression: meta-analysis of studies that measured both. **The British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 1, p. 22–27, 2013.
- CUIJPERS, P. et al. Managing depression in older age: psychological interventions. **Maturitas**, v. 79, n. 2, p. 160–169, out. 2014a.
- CUIJPERS, P. et al. Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 205, n. 4, p. 268–274, out. 2014b.
- CUIJPERS, P. et al. Prevention of depressive disorders in older adults: An overview. **PsyCh Journal**, v. 4, n. 1, p. 3–10, 1 mar. 2015.

- CUIJPERS, P.; SMIT, F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 109, n. 5, p. 325–331, maio 2004.
- CUIJPERS, P.; VAN STRATEN, A.; SMIT, F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 21, n. 12, p. 1139–1149, 1 dez. 2006.
- DE JONGE, P. et al. Prevention of major depression in complex medically ill patients: preliminary results from a randomized, controlled trial. **Psychosomatics**, v. 50, n. 3, p. 227–233, jun. 2009.
- DE PAULA, J. J. et al. A Reanalysis of Cognitive-Functional Performance in Older Adults: Investigating the Interaction Between Normal Aging, Mild Cognitive Impairment, Mild Alzheimer's Disease Dementia, and Depression. **Frontiers in Psychology**, v. 6, 26 jan. 2016.
- DINIZ, B. S. et al. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 202, n. 5, p. 329–335, maio 2013.
- DISORDERS, I. OF M. (US) C. ON P. OF M.; MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. **Committee on Prevention of Mental Disorders**. [s.l.] National Academies Press (US), 1994.
- DOTSON, V. M. et al. Depressive symptoms and brain volumes in older adults: a longitudinal magnetic resonance imaging study. **Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN**, v. 34, n. 5, p. 367–375, set. 2009.
- DOZEMAN, E. et al. Feasibility and effectiveness of activity-scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. **International Psychogeriatrics**, v. 23, n. 6, p. 969–978, ago. 2011.
- DOZEMAN, E. et al. Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. **International psychogeriatrics / IPA**, v. 24, n. 8, p. 1242–1251, ago. 2012.
- D'ZURILLA, T. J.; MAYDEU-OLIVARES, A.; KANT, G. L. Age and gender differences in social problem-solving ability. **Personality and Individual Differences**, v. 25, n. 2, p. 241–252, 1 ago. 1998.
- D'ZURILLA, T. J.; NEZU, A. M. Problem-solving therapy. **Handbook of cognitive-behavioral therapies**, v. 3, p. 197–225, 2010.
- ELLIS, A. Rational psychotherapy. **The Journal of General Psychology**, v. 59, n. 1, p. 35–49, 1958.
- FISKE, A.; WETHERELL, J. L.; GATZ, M. Depression in Older Adults. **Annual review of clinical psychology**, v. 5, p. 363–389, 2009.
- FRANZEN, P. L.; BUYSSE, D. J. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 10, n. 4, p. 473–481, 2008.

GILL, P. et al. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. **British Dental Journal**, v. 204, n. 6, p. 291–295, 22 mar. 2008.

GITLIN, L.; CZAJA, S. **Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing**. [s.l.] Springer Publishing Company, 2015.

GOLDSTEIN, N. E. S. et al. Guidelines for Adapting Manualized Interventions for New Target Populations: A Step-Wise Approach Using Anger Management as a Model. **Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association**, v. 19, n. 4, p. 385–401, 1 dez. 2012.

HAIGHT, B. K. The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. **Journal of Gerontology**, v. 43, n. 2, p. P40-44, mar. 1988.

HINDI, F. et al. Preventing depression in later life: state of the art and science circa 2011. **The Psychiatric Clinics of North America**, v. 34, n. 1, p. 67–78, mar. 2011.

HOLLON, S. D.; THASE, M. E.; MARKOWITZ, J. C. Treatment and Prevention of Depression. **Psychological Science in the Public Interest**, v. 3, n. 2, p. 39–77, 1 nov. 2002.

JANÉ-LLOPIS, E. et al. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 183, p. 384–397, nov. 2003.

KANTER, J. W. et al. What is behavioral activation? A review of the empirical literature. **Clinical Psychology Review**, v. 30, n. 6, p. 608–620, ago. 2010.

KOK, R. M.; REYNOLDS, C. F. Management of Depression in Older Adults: A Review. **JAMA**, v. 317, n. 20, p. 2114–2122, 23 maio 2017.

KONNERT, C.; DOBSON, K.; STELMACH, L. The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. **Aging & Mental Health**, v. 13, n. 2, p. 288–299, mar. 2009.

KRISHNAN, K. R. et al. Clinical and phenomenological comparisons of late-onset and early-onset depression. **The American Journal of Psychiatry**, v. 152, n. 5, p. 785–788, maio 1995.

LAIDLAW, K. et al. **Cognitive behaviour therapy with older people**. [s.l.] John Wiley & Sons, 2003.

LARSON, K.; GRUDENS-SCHUCK, N.; LUNDY-ALLEN, B. Can You Call It a Focus Group? Ames, Iowa: Iowa State University Extension. Recuperado el 14 de noviembre de 2006 de <http://www.extension.iastate.edu/Publications.PM1969A.pdf>, 2004.

LEE, S. Y. et al. Non-pharmacological prevention of major depression among community-dwelling older adults: a systematic review of the efficacy of psychotherapy interventions. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 3, p. 522–529, dez. 2012.

LEJUEZ, C. W. et al. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. **Behavior Modification**, v. 35, n. 2, p. 111–161, mar. 2011.

- LEWINSOHN, P. M.; SULLIVAN, J. M.; GROSSCUP, S. J. Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 17, n. 3, p. 322, 1980.
- LÖCKENHOFF, C. E. et al. Perceptions of Aging across 26 Cultures and their Culture-Level Associates. **Psychology and aging**, v. 24, n. 4, p. 941–954, dez. 2009.
- MACKENZIE, M. B.; KOCOVSKI, N. L. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 9, p. 125–132, 19 maio 2016.
- MATHUR, S.; SHARMA, M. P.; BHARATH, S. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with late-life depression: A case series. **International Journal of Yoga**, v. 9, n. 2, p. 168–172, 2016.
- MEEKS, T. W. et al. A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. **Journal of Affective Disorders**, v. 129, n. 1–3, p. 126–142, mar. 2011.
- MENEZES, J. N. R. et al. A AUTOPERCEPÇÃO DE IDOSAS SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 21, n. 1, [s.d.].
- MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. [s.l.] SAGE Publications, 1996.
- ONKEN, L. S. et al. Reenvisioning Clinical Science: Unifying the Discipline to Improve the Public Health. **Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science**, v. 2, n. 1, p. 22–34, 1 jan. 2014.
- PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 24, p. 713–717, 2008.
- POT, A. M. et al. The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial. **International Psychogeriatrics**, v. 22, n. 4, p. 572–581, jun. 2010.
- POTTER, M.; GORDON, S.; HAMER, P. The Nominal Group Technique: A useful consensus methodology in physiotherapy research. **New Zealand Journal of Physiotherapy**, v. 32, n. 3, 2004.
- REYNOLDS, C. F. et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. **JAMA**, v. 281, n. 1, p. 39–45, 6 jan. 1999.
- REYNOLDS, C. F. et al. Early Intervention to Reduce the Global Health and Economic Burden of Major Depression in Older Adults. **Annual Review of Public Health**, v. 33, p. 123–135, abr. 2012.
- REYNOLDS, C. F. et al. Early intervention to preempt major depression among older black and white adults. **Psychiatric Services (Washington, D.C.)**, v. 65, n. 6, p. 765–773, 1 jun. 2014.
- ROBINSON, R. G. et al. Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 299, n. 20, p. 2391–2400, 28 maio 2008.

- ROUNSAVILLE, B. J.; CARROLL, K. M.; ONKEN, L. S. A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage I. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 8, n. 2, p. 133–142, 2001.
- ROVNER, B. W. et al. Low vision depression prevention trial in age-related macular degeneration: a randomized clinical trial. **Ophthalmology**, v. 121, n. 11, p. 2204–2211, nov. 2014.
- ROVNER, B. W.; CASTEN, R. J. Preventing Late-life Depression in Age-Related Macular Degeneration. **The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry**, v. 16, n. 6, p. 454–459, jun. 2008.
- SALDAÑA, J. **The coding manual for qualitative researchers**. [s.l.] Los Angeles, CA: Sage Publications, 2009.
- SATRE, D. D.; KNIGHT, B. G.; DAVID, S. Cognitive-behavioral interventions with older adults: Integrating clinical and gerontological research. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 37, n. 5, p. 489, 2006.
- SCHOEDL, A. **Psicoterapia interpessoal: teoria e prática**. São Paulo: Médica Paulista, 2009.
- SCHOEVERS, R. A. et al. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? **The American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 9, p. 1611–1621, set. 2006.
- SIN, N. L.; LYUBOMIRSKY, S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. **Journal of Clinical Psychology**, v. 65, n. 5, p. 467–487, 1 maio 2009.
- SIREY, J. A. et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. **The American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 3, p. 479–481, mar. 2001.
- SOARES, P. P. B. **Técnica de solução de problemas: intervenção em idosos com indicativo de depressão**. 2013.
- SOROCCO, K. H.; LAUDERDALE, S. **Cognitive behavior therapy with older adults: innovations across care settings**. [s.l.] Springer Publishing Company, 2011.
- TEIXEIRA, A. L. et al. Biomarkers in Mood Disorders Among the Elderly: Can They Contribute to Diagnosis and Prognosis? **Current Translational Geriatrics and Experimental Gerontology Reports**, v. 1, n. 2, p. 111–120, jun. 2012.
- TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, dez. 2007.
- VAN SCHAİK, D. J. F. et al. Preventing depression in homes for older adults: are effects sustained over 2 years? **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 29, n. 2, p. 191–197, 1 fev. 2014.

VAN ZOONEN, K. et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 318–329, abr. 2014.

VAN'T VEER-TAZELAAR, P. et al. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 196, n. 4, p. 319–325, abr. 2010.

VAN'T VEER-TAZELAAR, P. J. et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. **Archives of General Psychiatry**, v. 66, n. 3, p. 297–304, mar. 2009.

VAN'T VEER-TAZELAAR, P. J. et al. Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. **The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 230–239, mar. 2011.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **ResearchGate**, v. 28, n. 10, p. 1834–1840, 1 jan. 2012.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, n. 44, 2016.

WELLER, S. C.; ROMNEY, A. K. **Systematic Data Collection**. [s.l.] SAGE, 1988.

## 7. APÊNDICES

## 7.1 APÊNDICE A: Aprovação do projeto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 561.730

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 19 de Março de 2014

---

**Assinador por:**  
**Maria Teresa Marques Amaral**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.479.861

Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Termo_de_consentimento.docx	26/03/2016 09:37:32	Breno Satler de Oliveira Diniz	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**Telma Campos Medeiros Lorentz**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**7.2 APÊNDICE B - Roteiro para o desenvolvimento do Grupo Focal na Reunião com Especialistas**

1. Quais as intervenções e técnicas vocês acham que devem ser incluídas no manual de intervenção para a prevenção de depressão em idosos?
2. Qual a melhor estrutura para construir o manual? Por quê?
3. Quais as adaptações devem ser realizadas para atender às especificidades dos idosos brasileiros?
4. Como ampliar a viabilidade de implementação do projeto? Quais barreiras podem surgir e como superá-las?
5. Quais as competências necessárias para ser um instrutor dos grupos? Como devem ser feitos os treinamentos?

### 7.3 APÊNDICE C - *Estrutura de códigos da Reunião de Especialistas*

1. Lógica para seleção das intervenções e estruturação do manual
  - a. Processo de envelhecimento
    - i. Mudanças com o envelhecimento
    - ii. Compreensão do processo de envelhecimento
    - iii. Fatores de risco para a depressão no idoso
  - b. Motivação e aceitação
    - i. Envolvimento da família
    - ii. Identificação com o grupo
    - iii. Relevância das intervenções
    - iv. Considerar aspectos individuais e demandas dos participantes
    - v. Objetividade e pragmatismo
    - vi. Trabalhar relações interpessoais
    - vii. Fatores de coorte
    - viii. Instituições
    - ix. Tempo das sessões
    - x. Métodos de avaliação dos participantes
2. Adaptações das intervenções para compor o manual
  - a. Adaptações considerando local de implementação
  - b. Adaptações para o idoso
    - i. Adaptação cultural e pela escolaridade
    - ii. Cartilha
  - c. Adaptação das técnicas
    - i. Limitações e possíveis barreiras
    - ii. Aceitação das técnicas
    - iii. Adaptações para implementação em grupo
3. Aspectos pragmáticos do projeto
  - a. Características dos profissionais
    - i. Competências necessárias para ser um instrutor
    - ii. Treinamento dos profissionais
  - b. Fluxo dos participantes
    - i. Modos de recrutamento dos participante
4. Processo de Construção do manual
  - a. Relevância do projeto para os especialistas
  - b. Vivência dos especialistas na reunião
    - i. Visão sobre o processo

#### **7.4 APÊNDICE D - Mapas temáticos formados a partir da Reunião com Especialistas**

**7.5 APÊNDICE E - Roteiro para o desenvolvimento do Grupo Focal na Reunião com Profissionais**

1. Qual a sua opinião a respeito das sessões e estratégias propostas no manual?
2. Você propõe alguma mudança nas técnicas e intervenções propostas?
3. Como viabilizar a implementação do manual nos centros de atenção primária?
4. Quais dificuldades podemos encontrar para implementar o manual nos centros de atenção primária da saúde e como superá-las?
5. Como ampliar a aceitação e o interesse pelo projeto nos profissionais e pacientes?
6. Qual a melhor forma de realizar o treinamento, a supervisão dos grupos e certificação dos terapeutas

## 7.6 APÊNDICE F - *Estrutura de códigos da Reunião de Profissionais*

1. Aspectos socioculturais
  - a. Visão do idoso
  - b. Estigmas
  - c. Conflitos intergeracionais
  - d. Papel social do idoso
  
2. Adaptações propostas
  - a. Intervenções
    - i. Material entregue
    - ii. Sessão de manutenção
    - iii. Técnicas terapêuticas
  - b. Papel dos terapeutas
    - i. Postura
    - ii. Encaminhamentos
    - iii. Grupo
    - iv. Seleção dos participantes
  - c. Mudanças no texto do manual
    - i. Orientações
    - ii. Termos
    - iii. Conteúdo
  
3. Viabilidade de implementação
  - a. Demandas do projeto
    - i. Demanda do sistema de saúde
    - ii. Aceitação
    - iii. Custos da depressão
  - b. Condições necessárias para a implementação
    - i. Compreensão do manual
    - ii. Tempo
    - iii. Colaborador
    - iv. População alvo
    - v. Treinamento e supervisão dos terapeutas
    - vi. Papel da instituição
    - vii. Confidencialidade

## 7.7 APÊNDICE G: Autorização de gravação das reuniões

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Abordagem Psicoterápica para Redução de Sintomas Depressivos em Idosos

**As informações de todas as pessoas que serão analisadas neste estudo serão mantidas em completo sigilo , como manda a lei.** Para isto, os pesquisadores tomarão todas as medidas necessárias para proteger, de quaisquer outras pessoas, suas informações. Seu nome será substituído por um código em todos os materiais. Seu nome e as informações que possam lhe identificar não aparecerão em nenhuma apresentação ou publicação deste trabalho. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, que também tem a finalidade de preservar os indivíduos que participam das pesquisas, pode também ser contatado na Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, sala 2005 – CEP: 31.270-901, telefax: (31) 3409-4592.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis, para esclarecimento das dúvidas que aparecerem. Os telefones para contato com os pesquisadores são:

- Breno Satler de Oliveira Diniz, (31) 3409-9785 (Fac. Medicina UFMG)
- Bernardo de Mattos Viana (31) 3409-9458 e 3409-9785 (Fac. Medicina UFMG)
- Júlia Costa Dias, (31) 99338-3535 (Fac. Medicina UFMG)

Autorizo a gravação de minha fala na Reunião de Consenso dos Profissionais em Psicogeriatría, realizada no dia 28 de abril de 2016, sob coordenação da psicóloga Júlia Costa Dias (CPF 105.086.806-46), como parte do projeto Abordagem Psicoterápica para Redução de Sintomas Depressivos em Idosos.

Nome por extenso :

---

Assinatura:

---



---

Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /201\_\_ .

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Projeto Envelhecer com Saúde E Bem-estar**

**As informações de todas as pessoas que serão analisadas neste estudo serão mantidas em completo sigilo , como manda a lei.** Para isto, os pesquisadores tomarão todas as medidas necessárias para proteger, de quaisquer outras pessoas, suas informações. Seu nome será substituído por um código em todos os materiais. Seu nome e as informações que possam lhe identificar não aparecerão em nenhuma apresentação ou publicação deste trabalho. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, que também tem a finalidade de preservar os indivíduos que participam das pesquisas, pode também ser contatado na Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, sala 2005 – CEP: 31.270-901, telefax: (31) 3409-4592.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis, para esclarecimento das dúvidas que aparecerem. Os telefones para contato com os pesquisadores são:

- Breno Satler de Oliveira Diniz, (31) 3409-9785 (Fac. Medicina UFMG)
- Bernardo de Mattos Viana (31) 3409-9458 e 3409-9785 (Fac. Medicina UFMG)
- Júlia Costa Dias, (31) 99338-3535 (Fac. Medicina UFMG)

Autorizo a gravação de minha fala na Reunião dos Profissionais realizada nos dias 26 de novembro de 2016 e 21 de janeiro de 2017, sob coordenação da psicóloga Júlia Costa Dias (CRP 04/40079), como parte do projeto Desenvolvimento de Manual de Intervenção para Prevenção de Depressão em Idosos

Nome por extenso :

---

Assinatura:

---

Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /201\_\_ .