

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL**

MARLA NEDEL SAUSEN

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO QUADRO DEPRESSIVO DE
ADULTOS**

Porto Alegre

2020

MARLA NEDEL SAUSEN

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO QUADRO DEPRESSIVO DE
ADULTOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Profa. Dr^a. Priscila Schmidt Lora

Porto Alegre

2020

S259t Sausen, Marla Nedel.
Terapia comunitária integrativa no quadro depressivo de adultos / por Marla Nedel Sausen. – Porto Alegre, 2020.

57 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2020.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Priscila Schmidt Lora, Escola de Saúde.

1.Enfermagem em saúde pública. 2.Cuidados primários de saúde. 3.Saúde mental. 4.Psicologia comunitária. 5.Interação social. 6.Depressão mental. 7.Psicoterapia de grupo. I.Lora, Priscila Schmidt. II.Título.

CDU 614.253.5
614.253.5:616.89
614.253.5:616.89-008.454

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

MARLA NEDEL SAUSEN

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO QUADRO DEPRESSIVO DE
ADULTOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovado em (dia) (mês) (ano)

BANCA EXAMINADORA

Ilana Andretta – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Rosália Figueiró Borges – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Priscila Schmidt Lora – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

RESUMO

O objetivo deste estudo foi implementar a Terapia Comunitária Integrativa em uma unidade básica de Saúde da Família, em adultos de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de depressão, em uso de fluoxetina, como tratamento complementar ao medicamentoso e avaliar a eficácia da intervenção. Trata-se de um estudo do tipo quali-quantitativo, cujo cenário de investigação foi à região metropolitana do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados a partir do questionário de coleta de dados, Escala de Hamilton (HAM-D21), e Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), avaliados antes e após a intervenção (n=20). O estudo incluiu mulheres com idade entre 40 e 59 anos, predomínio da raça branca (90%), 50% com ensino fundamental incompleto, 85% em tratamento a mais de 1 ano; 75% com histórico de depressão anterior. A intervenção foi organizada em 8 sessões com frequência variável, 2 delas sem participantes; A Temática predominante foi conflitos familiares; nenhum paciente participou de todas as sessões, 50% não compareceram a nenhuma, 25% participaram de 1 a 2 sessões. No grupo participante, 10% participaram de 5 a 6 sessões. Apesar da baixa adesão à intervenção, 100% das participantes recomendaria a TCI para outras pessoas, ainda que, 50% afirmem que a terapia contribuiu pouco para a melhora do seu quadro depressivo no período. O apoio emocional relatado durante a terapia foi considerado bom ou ótimo por 100% do grupo. A sintomatologia apresentou redução nos escores após a intervenção; A eficácia avaliada (HAM-D21) não foi atingida e não houve casos de remissão.

Palavras-chave: Depressão. Enfermagem. Atenção Primária em Saúde. Terapias Complementares.

ABSTRACT

The objective of this study was to implement the Integrative Community Therapy in a basic Family Health Unit, in adults between 18 and 59 years old, of both sexes, diagnosed with depression, using fluoxetine, as a complementary treatment to the medication and to evaluate the effectiveness of the intervention. This is qualitative and quantitative methods, whose investigation scenario was in the metropolitan region of Rio Grande do Sul. The data were collected from the data collection questionnaire, Hamilton Scale (HAM -D21), and Beck Depression Inventory (BDI-II), assessed before and after the intervention (n = 20). The study included women aged between 40 and 59 years, predominantly white (90%), 50% with incomplete elementary education, 85% in treatment for more than 1 year; 75% with a history of previous depression. The intervention was organized in 8 sessions with variable frequency, two of them without participants; the predominant theme was family conflicts; No patient participated in all sessions, 50% did not attend any, 25% participated in 1 to 2 sessions. In the participating group, In the participating group, 10% participated in 5 to 6 sessions. Despite the low adherence to the intervention, 100% of the participants would recommend TCI to other people, although 50% affirm that the therapy contributes little to the improvement of their depressive condition in the period. The emotional support reported during therapy was considered good or excellent by 100% of the group. The symptoms showed a reduction in the classification scores after the intervention; The evaluated efficacy (HAM-D21) was not achieved, and there were no cases of remission.

Key-words: Depression.Nursing. Primary Health Care. Complementary Therapies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de coleta e análise de dados ensaio quase-experimental....	22
Figura 2 - Fluxograma de coleta de dados prevista inicialmente.....	26
Figura 3 - Fluxograma de coleta de dado estudo quase experimental	27
Quadro 1 - Número de participantes (N) e temática escolhida durante as rodas de TCI.....	29
Tabela 1 - Assiduidade (número de sessões de TCI), por indivíduo, no período de 4 meses.	31
Tabela 2 - Distribuição populacional por idade nos pacientes incluídos na intervenção.....	32
Tabela 3 - Distribuição populacional por idade dos participantes ativos da TCI	32
Tabela 4 - Diagnóstico de depressão (meses).....	34
Tabela 5 - Escore atingido em (HAM D21) antes e após o estudo, por indivíduo.....	35
Tabela 6 - Escore atingido em Escala de Hamilton (HAM-D 21), resultado final e número de sessões , por indivíduo.....	36

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa CEP
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAM-D ₂₁	Escala de Hamilton
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Medicina Complementar e Alternativa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UNISINOS	Universidade do Vale dos Sinos
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 PROBLEMATIZAÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
2.3. Justificativa	11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 Depressão e Estado Atual da Prática	13
3.2 Utilizações de Escalas Paramétricas para Avaliação da Depressão	14
3.3 Terapia Comunitária Integrativa (TCI)	16
4 METODOLOGIA	19
4.1 Delineamento	19
4.2 Critérios de Elegibilidade	19
4.2.1 Critérios de Inclusão	19
4.2.2 Critérios de Exclusão	20
4.3 Local do Estudo	20
4.4 Tamanho e Características da Amostra	20
4.5 Coleta de Dados	21
4.6 Considerações Éticas	23
5 RESULTADOS	24
5.1 A Intervenção	24
5.1.1 Processo de Intervenção de TCI Implantado na UBS	24
5.1.2 Avaliação da Intervenção	25
5.1.3 Tratamento Conservador	33
5.2 Avaliação dos Resultados da Intervenção	34
6 DISCUSSÃO	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	50
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS	51

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA	53
APÊNDICE D – FLUXOGRAMA ENSAIO CLÍNICO.....	54
ANEXO A – HAM-D 21.....	55

1 PROBLEMATIZAÇÃO

A depressão vem aumentando em todo o mundo, sendo o transtorno que mais afeta a população mundial. Em 2015, a prevalência dos transtornos depressivos foi estimada em cerca de 4% da população global e 6% da população brasileira (OMS, 2017). A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 11ª Revisão (CID-11), afirma que transtornos depressivos são caracterizados por humor depressivo (por exemplo, triste, irritável, vazio) ou perda de prazer acompanhada por outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.

Estima-se que a depressão será a doença mais comum no mundo até 2030 (ABELHA,2014). Com base em amostra de 49.025 adultos (18 a 59 anos) da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, verificou-se que 9,7% dos adultos brasileiros apresentaram depressão, e 3,9%, depressão maior. Cerca de 21,0% relataram humor depressivo e em 34,9% deles esse sentimento esteve presente por mais de sete dias. (BARROS et al. ,2017). Em uma metanálise que incluiu 23 estudos com a população brasileira adulta (idade entre 18 e 65 anos), a estimativa de depressão maior e outros transtornos depressivos foi de 14%, com prevalência significativamente maior entre as mulheres do que nos homens. (SILVA et al., 2014).

Com o aumento da expectativa de vida na população brasileira, a fase de vida adulta ocupa cerca de 50% do total do percurso de vida de cada indivíduo, gerando a necessidade de estudar esse adulto, que encontra pela frente caminhos diversos a percorrer, vivendo constantemente o processo de saúde-doença em seu período mais produtivo (SOUZA, 2007).

Com o intuito de oferecer opções terapêuticas para atender à população, transformando o modelo de saúde atual, e incorporando os saberes culturais locais, o atendimento humanizado e integral, o Ministério da Saúde publicou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. (PNPIC-SUS,2006).

A PNPIC tem por objetivo estimular mecanismos de prevenção de agravos e recuperação da saúde, ampliando a oferta e as opções terapêuticas para um novo modelo de atenção à saúde e cuidado aos usuários do SUS. (PENNAFORT ,2012).

Entre as práticas integrativas já reconhecidas em portaria, podemos citar: Aпитerapia, Aromaterapia, Arterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética,

Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia; Hopnoterapia; Homeopatia, Imposição de mãos, Medicina Tradicional Chinesa- Acupuntura, Meditação, Musicoterapia; Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Plantas medicinais – fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de florais, Termalismo social/crenoterapia e Yoga. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma prática de efeito terapêutico, destinada à prevenção na área da saúde e ao atendimento de grupos heterogêneos através do contato face-a-face, promovendo a construção de vínculos solidários, onde a comunidade busca resolver os problemas de forma coletiva, oferecendo um espaço aberto para a troca de experiências fortalecendo a criação de vínculos e o resgate da autonomia dos indivíduos por facilitar a transformação de carências em competências. (BARRETO, 2008). Ainda, a TCI pretende ser um instrumento de construção de redes de apoio social ao passo em que as pessoas tendem a adoecer menos ao saberem que contam com suporte emocional contínuo, uma vez que se reúnem e socializam seus problemas, contando com a sensibilização do grupo. (GRANDESSO, 2007).

Os terapeutas comunitários são profissionais de diferentes áreas que passam por curso de capacitação para desenvolver atividades de prevenção e inserção social de indivíduos em sofrimento psíquico leve. (PNPIC-SUS, 2006). O profissional de enfermagem atuando na atenção primária tem possibilidade de utilizar diversas estratégias para qualificar o cuidado, ampliando assim seu campo de atuação. Como por exemplo, através da inserção de práticas integrativas e complementares. (PENNAFORT, 2012).

Nesse cenário, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como um de seus objetivos humanizar as práticas de saúde, busca a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimula esta ao reconhecimento da saúde como um direito do cidadão, oferecendo um espaço adequado para o desenvolvimento da saúde mental. (SOUZA et al, 2011). E, baseado nesse contexto, surge o objetivo e o interesse dessa pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implementar a TCI em uma unidade básica de Saúde da Família, em adultos de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de depressão, como tratamento complementar ao medicamentoso.

2.2 Objetivos Específicos

Avaliar os resultados da TCI como terapia complementar em pacientes com depressão em uso de fluoxetina.

2.3. Justificativa

Os transtornos mentais são responsáveis por aproximadamente 13% da carga global de doenças mundialmente. (MUNHOZ, 2012). A prevalência na população geral para transtornos depressivos tem alcançado números entre 4% e 10%, incidência maior em mulheres, sendo que uma a cada 20 pessoas é atingida por um episódio depressivo durante o curso da vida, e em cada 50 casos diagnosticados com a patologia, um necessita de internação. Ainda se estima que 15% dos deprimidos graves cometem suicídio (CUNHA, 2012).

No Rio Grande do Sul, a prevalência de depressão em 2009 foi de 16,1% havendo uma tendência de aumento da prevalência de depressão conforme o avanço da idade, com o risco mais elevado entre os adultos de 50 a 59 de idade, que apresentaram uma prevalência maior, quando comparados a adultos de 20 a 29 anos. Além disso, quanto maior o grau de escolaridade e nível econômico, menor a probabilidade de ocorrência de depressão (CUNHA, 2012).

A depressão, em alguns casos, resolve-se espontaneamente, embora boa parte das pessoas com transtornos mentais busque auxílio na atenção básica e apenas uma pequena proporção tem acesso a psicofármacos ou são encaminhados para serviços específicos de saúde mental. (MUNHOZ, 2012).

Atividades em grupos operativos na Atenção Primária, estimulam a prática coletiva de problematização e a organização desses grupos como modalidade de

atenção coletiva é cada vez mais frequente, principalmente como prática educativa e preventiva no Sistema de Saúde. (MENEZES, 2016).

A TCI atua como tecnologia leve de cuidado, promotora de qualidade de vida. (AZEVEDO, 2013). No contexto da Saúde da família, Jataí (2012), afirma que a TCI vem se consolidando como uma nova tecnologia de cuidado em saúde mental, constituindo-se em instrumento valioso de intervenção psicossocial na saúde pública. Através da TCI, estes profissionais e a comunidade envolvida podem compreender melhor a origem de seus problemas e desenvolver estratégias que permitem um direcionamento de ações para a promoção da saúde. (ROCHA,2013).

O uso de terapias complementares no Sistema Único de Saúde merece uma profunda reflexão, especialmente quando se investiga o sentido de sua adoção na política nacional de um país como o Brasil. (TELESI JUNIOR, 2016). Habitualmente uma intervenção é considerada adequado quando os benefícios esperados excedem as consequências negativas por uma margem suficientemente ampla que torne válida sua realização. (APOSTOLO,2016).

De acordo com Azevedo (2013), os estudos científicos publicados a respeito da TCI, que envolvem o cenário da Estratégia de Saúde da Família e comunidade correspondem 84% e apenas 4 % (número absoluto 02) são estudos quantitativos. Em 2015, em estudo na atenção básica nordestina, a prevalência de depressão foi estimada em 5% a 10% de todos os pacientes do município. (COSTA, 2015). Esse cenário justifica e sugere a necessidade de pesquisas de intervenção que avaliem o real impacto e eficácia das mesmas, especialmente a TCI que será alvo deste estudo, proporcionando evidências científicas para a elaboração e discussão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Diante do exposto, surge o seguinte problema de pesquisa: A implantação da Terapia Comunitária Integrativa, como terapia complementar a medicamentosa com Fluoxetina, pode influenciar a diminuição do sofrimento do adulto depressivo, em pacientes (18 aos 59 anos), de ambos os sexos, acompanhados em uma unidade básica de Saúde da Família?

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, apresentam-se os achados da pesquisa bibliográfica referente aos temas deste estudo.

3.1 Depressão e Estado Atual da Prática

A depressão é um problema de saúde pública significativo e crescente, sendo uma condição heterogênea com uma variedade de apresentações e uma ampla variedade de sintomas associados, e estima-se que 60% dos atendimentos em saúde mental ocorram no cenário da atenção primária e 79% das prescrições de antidepressivos são realizadas por médicos que não são especializados em saúde mental. (PARK LT et al, 2019). A Atenção Primária em Saúde (APS) é o cenário de tratamento mais comum para a depressão. (FRANK RG et al,2003).

Várias abordagens de tratamento podem ser usadas para gerenciar a depressão, como psicoterapia, medicina complementar e alternativa (MAC), exercícios e farmacoterapia. (QASEEM et al,2016). O tratamento pode ser caracterizado por 3 fases: aguda (6 a 12 semanas), continuação (4 a 9 meses) e manutenção (≥ 1 ano). (Kroenke ,2001). As intervenções psicológicas usadas para tratar a depressão incluem terapia de aceitação e compromisso, terapia cognitiva, terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia interpessoal e terapias psicodinâmicas. (QASEEM et al,2016).

Embora as diretrizes de melhores práticas apontem que depressão moderada a grave deve ser abordada com farmacoterapia juntamente com terapias complementares, estudos qualitativos de pessoas deprimidas com uma doença crônica indicaram que tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde preferem um tratamento psicossocial para a depressão em detrimento de um tratamento farmacológico. (APOSTOLO et al, 2016).

Vários modelos clínicos de atendimento a depressão evidenciaram melhoras no quadro depressivo na APS, mas não se mostraram sustentáveis ao longo do tempo, recomendando atenção não apenas para o desenho de intervenções clínicas, mas também para os sistemas de cuidado em que as intervenções serão implementadas. (FRANK RG et al, 2003).

Em uma revisão sistemática de estudos com delineamento experimental avaliou-se a eficácia de intervenções não farmacológicas para idosos com transtornos depressivos, incluindo 23 estudos e 520 participantes, sugerindo que todas essas intervenções reduzem os sintomas depressivo: terapia comportamental cognitiva, treinamento de memória competitiva, terapia de grupo de reminiscências, terapia de adaptação de problemas e terapia de resolução de problemas em atendimento domiciliar. (QASEEM et al,2016).

Em estudo semelhante em adultos, comparando os benefícios e malefícios dos antidepressivos de segunda geração e da medicina psicológica, complementar e alternativa (MAC) e de exercícios como intervenções de primeira e segunda etapa para pessoas com Transtorno Depressivo Maior - TDM, encontrou-se eficácia semelhante, sendo a TCC e os antidepressivos opções viáveis para o tratamento inicial do TDM. A TCC e antidepressivos apresentaram as seguintes taxas: risco relativo [RR], 0,90 [IC 95%, 0,76 a 1,07]) e taxas de remissão (RR, 0,98 [CI, 0,73 a 1,32]). Nos ensaios, os antidepressivos apresentaram maiores riscos de eventos adversos do que a maioria das outras opções de tratamento (GARTLEHNER et al., 2016).

As intervenções não farmacológicas, ou seja, terapias complementares, tem efeito positivo e podem ser úteis nas práticas (APOSTOLO et al, 2018; (GARTLEHNER et al., 2016), mas as evidências não são fortes o suficiente para produzir diretriz de melhores práticas em virtude do baixo número de estudos de intervenção.

Esforços destinados a melhorar o tratamento da depressão em ambientes de atenção primária devem levar em conta o contexto organizacional e econômico no qual as escolhas de tratamento são feitas, ainda que, esse tipo de atendimento represente uma pequena porção de todos os serviços prestados por médicos de atenção primária. (FRANK RG et al,2003).

3.2 Utilizações de Escalas Paramétricas para Avaliação da Depressão

No quesito depressão, não se dispõe até hoje de parâmetros biológicos, ou fisiológicos que avaliem suas manifestações clínicas de modo definitivo ou conclusivo, por isso escalas de depressão surgem como instrumentos úteis para avaliação e gravidade, servindo para traduzir quadros clínicos em informações

objetivas e quantitativas. (GALLUCCI NETO, 2007). Em relação a escolha de instrumentos (escalas) de depressão em crianças/adolescentes e adultos, (BAPTISTA, 2016) aponta como principais escalas utilizadas a HAM-D, a HADS e o BDI, tanto em bases brasileiras como estrangeiras.

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), criada por Max Hamilton et al. inicialmente era composta por 21 itens, mas o próprio autor sugeriu, que os quatro últimos itens (variação diurna, despersonalização/desrealização, sintomas paranoides e sintomas obsessivo-compulsivos) fossem retirados porque eram menos frequentes e contribuem para definir o tipo de depressão, e não sua intensidade. A versão da HAM-D mais utilizada atualmente é composta por 17 itens, pontuados em escala Likert que varia entre 0 a 2 ou 0 a 4, conforme a intensidade do sintoma e cujo tempo de aplicação varia em torno de 15 a 30 minutos. (FREIRE et al,2014)

As escalas de avaliação da gravidade da depressão podem ser divididas em escalas de: auto avaliação; heteroavaliação e mistas, que envolvem autoavaliação e heteroavaliação. A primeira escala de heteroavaliação (aplicada por um observador) foi a Escala de Hamilton (HAM-D), no final da década de 50. (GALLUCCI NETO, 2007).

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) é considerada ainda o padrão-ouro para medir desfechos em ensaios clínicos que avaliam eficácia de tratamentos para depressão, apesar de ser alvo de críticas relacionadas à baixa confiabilidade interavaliadores do instrumento, ao sistema de pontuação e à falta de entrevista estruturada. (ARAÚJO, 2011)

Preconiza-se a utilização da HAM-D para pacientes previamente diagnosticados como portadores de transtorno depressivo maior (TDM), sendo usada principalmente na graduação da intensidade dos sintomas depressivos e como parâmetro de comparação entre escalas de avaliação a depressão novas e ou modificações da própria. (GALLUCCI NETO, 2007).

A escala HAM-D é amplamente utilizada no Brasil, tanto em pesquisas quanto na prática clínica. Em estudo realizado, na região Sul do Brasil, o escore médio de pontos na HAM-D foi de 17 pontos (dp = 6,63) e não foram encontradas diferenças significativas relacionadas a sexo, nível socioeconômico e anos de escolaridade. Identificou-se o ponto de corte (9 pontos) para discriminar a presença ou não de

sintomas de depressão pela análise da curva ROC, resultando em uma sensibilidade e especificidade de 90 e 91%, respectivamente. (FREIRE, 2014).

Ainda segundo Freire (2014, na literatura, não há registro de pontos de corte determinados pelo autor da escala, aceitando-se, na prática clínica, escores acima de 25 pontos como característicos de pacientes gravemente deprimidos; escores entre 18 e 24 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; e escores entre 7 e 17 pontos, pacientes com depressão leve.

3.3 Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

A TCI iniciou na comunidade do Pirambú, uma das maiores favelas de Fortaleza-CE, Brasil. O seu modelo terapêutico foi desenvolvido pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará (UFC), sob a coordenação do Professor Dr. Adalberto de Paula Barreto. (BARRETO, 2008.)

Atualmente, está implantada em alguns países como França e Suíça, com alguma experiência no Uruguai e Argentina aonde vem sendo desenvolvida por enfermeiras, além de estar presente em todos os estados brasileiros. No Brasil, está implantada em dezessete estados. A partir das experiências nos vários cantos do Brasil, constata-se que o mais importante é transformar o unitário em comunitário, o individual em coletivo. (JATAI, 2012).

A TCI é uma prática de efeito terapêutico, destinada à prevenção na área da saúde e ao atendimento de grupos heterogêneos através do contato face-a-face, promovendo a construção de vínculos solidários, onde a comunidade busca resolver os problemas de forma coletiva. (BARRETO, 2008).

O espaço de escuta, reflexão e troca de experiências, cria uma teia de relação social entre os participantes, na busca de soluções para os conflitos pessoais e familiares. (BARRETO, 2008.) Pode ser utilizada pelos profissionais de saúde no enfrentamento de situações de sofrimento originárias do cotidiano. Através da terapia, estes profissionais e as pessoas da comunidade envolvida podem compreender melhor a origem de seus problemas e desenvolver estratégias que permitem um direcionamento de ações para a promoção da saúde (ROCHA,2013).

De acordo com a Portaria no- 849, de 27 de março de 2017, TCI é uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se

no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades.

Nesse sentido, a comunidade local tem recursos para lidar com as angústias do cotidiano; aos especialistas cabem as patologias, o que requer diagnóstico e intervenções específicas; e ao espaço da TCI cabe acolher o sofrimento, evitando sua medicalização. (AZEVEDO,2013).

A TCI tem sido utilizada com frequência na Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelos enfermeiros. (SOUZA, 2010). Atua como primeira instância de atenção básica, porque acolhe o sofrimento e possibilita direcionar melhor as demandas. Com isso, permite que só afluam para os níveis secundários de atendimento situações que exigem a intervenção complementar do especialista. (JATAI, 2012).

A TCI é baseada em cinco pilares: pensamento sistêmico, teoria da comunicação, antropologia cultural, pedagogia de Paulo Freire e resiliência. Os indivíduos se posicionam em forma de roda, com atividades que duram uma hora e meia, seguindo cinco etapas: acolhimento, apresentação e escolha de tema que será compartilhado, contextualização, problematização, encerramento com rituais de agregação e conotação positiva (músicas, poesias e práticas positivas). O Terapeuta conduz a roda, atuando como facilitador da partilha do grupo, sem criar dependências.

Ao chegarem a roda, todos são acolhidos pelo terapeuta com palavras, atividades de boas-vindas e as regras da TCI: fazer silêncio, não dar conselhos, não julgar, falar de si, propor músicas, poemas, contos, histórias, fábulas, paródia que tenham relação com o tema em questão. Durante a etapa de partilha dos temas, qualquer participante pode falar brevemente qual é a sua angústia, sem contar segredos. Então o grupo escolhe por votação o tema a ser discutido. O Terapeuta lança um mote ligado aos sentimentos surgidos na contextualização, e abre a oportunidade para que pessoas discutam a temática, compartilhem suas experiências de superação. Na A etapa final um círculo de pessoas abraçadas é formado e os participantes lançam uma palavra ou frase que levam da roda. (BARRETO, 2008).

A inserção de recursos culturais como música, jogos e brincadeiras facilitam a comunicação e a interação grupal, possibilitando um clima de respeito, e liberdade, contribuindo de forma a enriquecer e harmonizar o andamento das rodas de TCI,

pois prepara o grupo para a fala de seus problemas e ajuda a interação interpessoal. (OLIVEIRA, 2011).

Salienta-se, que a TCI denota a possibilidade de aproximação dos profissionais de saúde e comunidade, com destaque para o profissional enfermeiro, sendo um instrumento que possibilita troca de experiências, trabalhando prevenção e promoção a saúde de forma significativa e principalmente, valorizando o saber popular. (JATAI,2012).

4 METODOLOGIA

Nesse item serão descritos os aspectos relacionados ao desenvolvimento metodológico deste estudo em duas etapas, estabelecer o processo de implantação da TCI em uma UBS e os resultados desta terapia.

4.1 Delineamento

Estudo do tipo descritivo qualitativo-quantitativo.

4.2 Critérios de Elegibilidade

Os sujeitos do estudo foram adultos, de ambos os sexos, entre 18 a 59 anos, com diagnóstico de depressão, em uso de Fluoxetina, acompanhados em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, de um município da região metropolitana do Rio Grande do Sul.

Utilizamos como conceito de fase adulta a pessoa na faixa etária de 18 a 59 anos, levando-se como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), que considera a adolescência até os 18 anos, e o Estatuto do Idoso (2003), que define a pessoa idosa aquela que tem 60 anos ou mais. (BRASIL,1990;BRASIL,2003).

4.2.1 Critérios de Inclusão

- Adultos de ambos os sexos, com diagnóstico de depressão na faixa etária de 18 a 59 anos, 11 meses e 29 dias;
- Escore de no mínimo 9 na escala de Hamilton (HAM-D);
- Fazer uso diário de antidepressivo Fluoxetina;
- Ser morador do município, e cadastrado na unidade básica de saúde alvo deste estudo;
- Ter participado de pelo menos uma sessão de TCI no período de 4 meses;
- Possuir Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado.

4.2.2 Critérios de Exclusão

- Portadores de doença mental com diagnóstico definido, exceto depressão;
- Mulheres em ciclo gravídico e puerperal até 24 meses após o parto.

4.3 Local do Estudo

O estudo foi conduzido em uma unidade básica de saúde habilitada como Estratégia de Saúde da Família, localizada na região metropolitana do Rio Grande do Sul. Incluímos na amostra 2 equipes de ESF, responsáveis pelo atendimento de 5033 pessoas (novembro de 2019). O local abriga 3 equipes completas, uma delas excluída do estudo, pois estava com quadro profissional incompleto, inviabilizando o atendimento equivalente.

O município possui população acima de 50 mil habitantes. O nome do município não será divulgado. A escolha do município deu-se pelo interesse em fortalecer e apoiar a promoção a saúde mental em atenção primária, e pela escassez de levantamentos epidemiológica desta região.

4.4 Tamanho e Características da Amostra

O município alvo deste estudo não possui estimativa sobre número de pacientes depressivos. Estudos recentes apontam que a depressão tem alcançado números entre 3,9% e 16% na população. (CUNHA, 2012; BARROS, 2017; SILVA, 2014). Esse cenário, bastante variado, dificulta a escolha de um padrão para cálculo amostral. Como trata-se de uma implantação de terapia complementar, com atividade em grupo, utilizamos como base referência a Portaria nº 761 (BRASIL, 2006), que recomenda a abordagem cognitivo-comportamental em sessões em grupo de apoio, entre 10 a 15 participantes. O processo de coleta de dados e seu fluxo são descritos no item coleta de dados.

Os usuários foram selecionados por disponibilidade. As etapas do estudo são executadas por profissionais distintos. A Escala de Hamilton (anexo A), preenchida pelo médico; A intervenção executada por uma das pesquisadoras e outras profissionais do município com mesmo nível de formação em TCI; A análise dos

dados oriundos dos formulários de coleta de dados executada pela pesquisadora em parceria com a orientadora PSL, após a finalização da intervenção.

4.5 Coleta de Dados

Os indivíduos selecionados pelas duas equipes da unidade, respeitando os critérios de elegibilidade, são acionados por telefone pela pesquisadora e informados sobre a existência da pesquisa, seus passos, riscos e benefícios. Convidados a comparecerem na UBS recebem as orientações, preenchem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de acordo com a disponibilidade dos usuários, recebem o agendamento de consulta médica, o Questionário de coleta de dados (apêndice B) para preenchimento em casa e devolução através do ACS.

As consultas de avaliação médica antes da intervenção ocorrem no decorrer de julho e agosto de 2019, sendo executadas pelo mesmo médico, para evitar viés de avaliação. Este profissional é o responsável pela aplicação da Escala de Hamilton (anexo A) e o acompanhamento ao longo do processo. O treinamento fornecido pela pesquisadora consiste na leitura do questionário e discussão do manual de instruções da Escala de Hamilton denominado GRID-HAMD e adaptado por Araújo (2011).

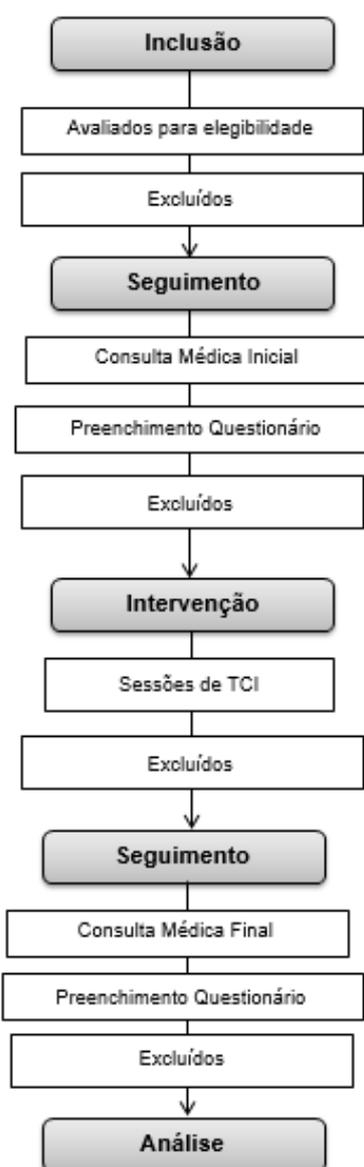
A escala de Hamilton é definida como padrão para avaliar os resultados da terapia. A resposta ao tratamento, e conseqüentemente sua eficácia, é definida como redução $\geq 50\%$ na gravidade medida na Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) e a remissão definida como escore da HAM-D ≤ 7 . (QASEEM et al, 2016). O acompanhamento médico durante o processo de intervenção não sofrerá mudanças, cabendo ao paciente agenda-lo conforme a sua necessidade e rotina da unidade.

Inicialmente tratava-se de um ensaio clínico randomizado, com grupo controle. Ao passo que a Intervenção demonstrou a necessidade de abandono do grupo controle, conforme fluxo descrito no Apêndice D e na análise da intervenção, optou-se pela troca de método, para estudo quase experimental, mantendo os mesmos questionários de coleta de dados.

A opinião dos usuários a respeito do atendimento médico e durante a terapia é avaliada através do apêndice B.

A avaliação final (pós intervenção), é disponibilizada apenas aos indivíduos com participação em pelo menos uma sessão de TCI. Estes receberam o questionário de coleta de dados (apêndice B) e o agendamento de sua consulta em casa, 10 dias após o término da intervenção. As consultas médicas podem ocorrer conforme a necessidade dos participantes até o dia 31/12/19. São considerados para avaliação dos resultados apenas os indivíduos com pelo menos 2 consultas médicas (pré e pós teste), 1 sessão de TCI ou mais, e questionários entregues. O processo de coleta e análise de dados segue o modelo Figura 1- Fluxograma de coleta e análise de dados ensaio quase-experimental.

Figura 1 - Fluxograma de coleta e análise de dados ensaio quase-experimental



4.6 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale Rio dos Sinos/UNISINOS, parecer 3.265.359/2019. Todos os princípios éticos serão respeitados em relação ao acesso e à análise dos dados, respeitando as normas de pesquisa em saúde mencionadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2012).

Assegurou-se o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos. O projeto não previu nenhuma forma de remuneração financeira para os participantes.

A intervenção apresentou risco mínimo, envolvendo aspectos emocionais, não fornecendo nenhum risco eminente em relação a fármacos, visto que os pacientes já estavam em acompanhamento e tratamento com a medicação Fluoxetina.

A terapia TCI já é realizada em alguns locais do município e até o momento não demonstrou nenhum evento adverso e é amplamente utilizada no país.

O paciente pôde deixar o estudo a qualquer momento, com total respeito a sua liberdade. A participação em todas as sessões não foi obrigatória, sendo possível faltar a TCI, sem considerarmos abandono, desde que houvesse justificativa. O abandono foi considerado quando referido pelo paciente.

Os benefícios esperados seriam a melhora do quadro depressivo dos pacientes, o atendimento próximo a residência, bem como a segurança dos profissionais quanto aos resultados da terapia complementar TCI e seu uso na Atenção Primária em Saúde.

Os dados deste estudo serão divulgados em meios científicos sem que seja possível a identificação individual dos participantes ou do município. Todos os participantes foram informados de forma clara sobre os objetivos e métodos da pesquisa e assinaram o TCLE (APÊNDICE A).

Os pacientes com sintomas relativos a algum transtorno mental na entrevista clínica do estudo principal são encaminhados para o serviço de saúde mental do município.

5 RESULTADOS

Tratando-se de um estudo constituído por duas etapas: Implantação do processo de TCI e avaliação dos resultados.

5.1 A Intervenção

O processo de intervenção será descrito nas seguintes etapas: processo de intervenção, avaliação da eficácia da intervenção, tratamento conservador.

5.1.1 Processo de Intervenção de TCI Implantado na UBS

A terapia foi instituída no local de estudo como ação complementar ao tratamento medicamentoso com Fluoxetina em pacientes adultos com depressão. A duração da intervenção é de quatro meses, utilizando como base e inspiração a Portaria nº 761 (BRASIL, 2066), que orienta o Grupo de Tabagismo do Ministério da Saúde, e recomenda a abordagem cognitivo-comportamental em sessões em grupo de apoio, entre 10 a 15 participantes.

A execução se dá pela coordenação de três profissionais de saúde de nível superior, com mesmo tempo de formação em TCI, intercalando-se em duplas durante o período, sendo um deles a pesquisadora. O esquema segue 4 sessões semanais, seguidas de 2 sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de 2 mensais, totalizando 4 meses (8 sessões). As sessões de terapia ocorrem na UBS, com duração média de 75 minutos, variando conforme a necessidade do grupo. Cada integrante do grupo recebe as datas das sessões, e posteriormente é lembrado da mesma pelo ACS.

As sessões ou rodas de terapia seguem o modelo recomendado por Barreto (2008), percorrendo as seguintes fases: Acolhimento; Escolha do tema; Contextualização; Problematização e Encerramento. No Acolhimento procura-se ambientar o grupo, em círculo, utilizando músicas, dinâmicas e celebrações de fatos positivos. As regras da Terapia também são acordadas nesse primeiro momento. Na escolha do tema, os problemas ou situações vivenciadas pelo grupo são expostos, havendo uma votação do tema a ser abordado. Na fase de Contextualização o tema escolhido é relatado pelo envolvido. Na problematização, os demais membros do

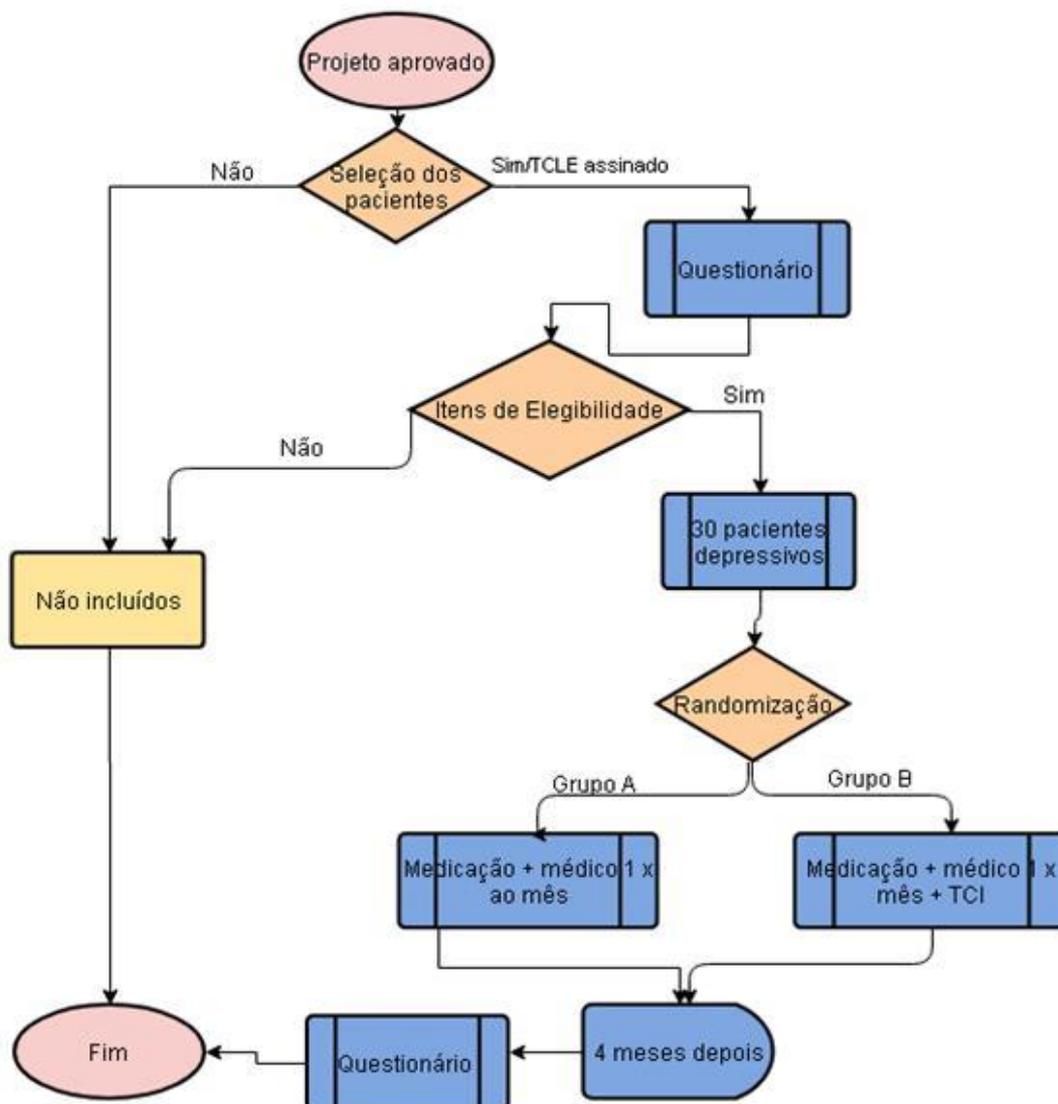
grupo possuem a liberdade de questionar a situação, tentando levar o envolvido a reflexão da origem do problema. O terapeuta conduz o processo de forma organizada, sem maiores interferências ou julgamentos. No Encerramento, é proporcionado um ambiente de reflexão interna, onde o terapeuta procura fazer conotações positivas a todos que se expuseram ou apresentaram seus sofrimentos, em uma ação de apoio comunitário. A roda é encerrada com todos em círculo, abraçados, estimulando que todos expressem em palavras as transformações que aquele encontro proporcionou.

As dinâmicas e músicas escolhidas para a intervenção são pensadas para estimular a fala dos problemas vivenciados, a interação social, a demonstração de sentimentos e a confiança. Não seguem um modelo já testado e são oriundas da vivência pessoal da pesquisadora e os demais terapeutas.

5.1.2 Avaliação da Intervenção

Inicialmente o processo de seguimento desta pesquisa foi projetado e aprovado pelo CEP como um ensaio clínico randomizado, com o objetivo de implantar a TCI em uma unidade básica de Saúde da Família, em adultos de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de depressão, como tratamento complementar ao medicamentoso após a intervenção complementar, em relação a outro grupo não exposto a terapia, ambos em uso de Fluoxetina. O processo de coleta de dados seguiria o caminho metodológico descrito na Figura 2 - Fluxograma de coleta de dados prevista inicialmente:

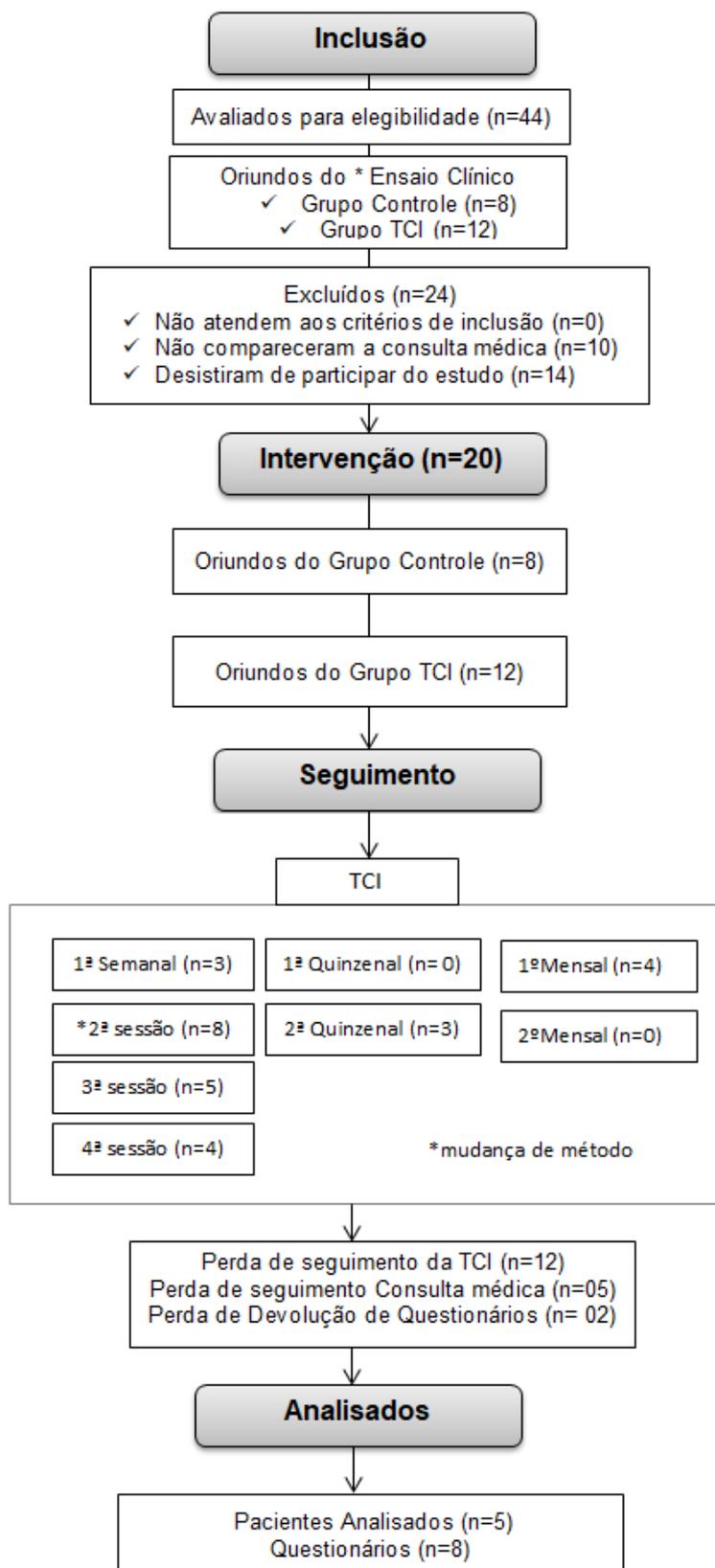
Figura 2 - Fluxograma de coleta de dados prevista inicialmente.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

O processo de desenvolvimento e execução da pesquisa demonstrou-se incompatível com a realidade local, ocasionando mudanças, descritas como parte integrante do processo de implementação e demonstradas na Figura - 3 Fluxograma de coleta de dado estudo quase experimental:

Figura 3 - Fluxograma de coleta de dado estudo quase experimental



As equipes da unidade de saúde selecionaram 44 indivíduos depressivos em uso de fluoxetina, 2 homens e 42 mulheres, todos preenchendo os critérios de inclusão e exclusão. A coordenadora da unidade sorteou, através de software, os pacientes em dois grupos de 15 indivíduos cada, entrando em contato com eles por telefone. Alguns pacientes (2), por comodidade e interesse pessoal, resolveram trocar de grupo, informando a coordenadora. Tal fato inviabilizou a confiabilidade na randomização, optando-se assim por alocá-los por disponibilidade. Os contatos foram refeitos e as primeiras 15 pessoas interessadas foram direcionadas ao grupo da TCI, as demais ficaram no grupo controle (15), o restante como reserva. Nenhum homem manifestou interesse pela TCI.

As consultas médicas, de ambos os grupos foram agendadas com o mesmo médico. A avaliação inicial contou com desistências, 07 no controle e 3 na TCI. Estes preencheram a Escala e o questionário inicial (Apêndice B). O grupo controle foi orientado a manter sua rotina de consulta habitual; o grupo da TCI, a manter consultas de rotina e comparecer nas sessões de TCI, recebendo as datas das mesmas. Na véspera das sessões o ACS visitou a residência dos participantes e confirmou a presença dos mesmos.

As sessões (intervenção) ocorreram nas quartas-feiras, às 18 horas, nas dependências da UBS, com duração média de 1h15min. No primeiro mês foram semanais (04), em seguida quinzenais (02) e posteriormente mensais (02). A intervenção iniciou na primeira semana de agosto de 2019 e finalizou na última de novembro de 2019. O período escolhido tentou excluir as férias escolares e o inverno rigoroso.

As sessões ou rodas de TCI, seguiram o modelo recomendado por Barreto (2008) adaptado, visto que o idealizador não estipula número específico de participantes para as rodas e recomenda população variada. As sessões foram executadas pela pesquisadora MNS, com a colaboração de outros terapeutas municipais também capacitados na área, em dupla. Os terapeutas possuem mesmo nível e tempo de formação da pesquisadora.

A primeira sessão de TCI contou com a participação de 03 pacientes, quietas e sofridas, com vivências ricas e semelhantes. Em virtude da baixa frequência do grupo de TCI na 1ª sessão, a equipe de pesquisadores optou por chamar o grupo reserva, abandonar o grupo controle, convidando-os para a TCI. Optou-se também pela mudança de método, para estudo quase experimental. A segunda sessão teve

08 participantes (3 oriundos do grupo controle), a terceira 05; a quarta 04. Na etapa 5ª sessão (quinzenal) não houve participantes; na Sexta sessão 03. A Etapa mensal (7ª sessão) 04 presentes e a 8ª nenhum.

As sessões foram realizadas sempre em dupla, com o apoio de 3 terapeutas. No Quadro 1 - Número de participantes (N) e temática escolhida durante as rodas de TCI, podemos verificar o tema escolhido pelo grupo durante as sessões.

Quadro 1- Número de participantes (N) e temática escolhida durante as rodas de TCI.			
Sessão	N	Dinâmica	Tema da Roda
Sessão 1	3	Deixando-se levar	Desequilíbrio entre dar e receber.
Sessão 2	8	Espelho	Alcoolismo
Sessão 3	5	Herança transgeracional	Conflitos familiares
Sessão 4	4	Desafiar sonhos	Ansiedade, conflitos familiares
Sessão 5	0	não ocorreu	não ocorreu
Sessão 6	3	O que eu quero deixar	Conflitos com parceiro
Sessão 7	4	Trenzinho carinhoso	Auto imagem
Sessão 8	0	não ocorreu	não ocorreu

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

A primeira sessão teve duração além do previsto, de aproximadamente 90 minutos, e contou com a presença dos 3 terapeutas, e 3 pacientes. As cadeiras do ambiente foram posicionadas em círculo. Houve a acolhida dos mesmos, a explicação do funcionamento da intervenção, e a roda seguindo o modelo proposto. No acolhimento utilizou-se a dinâmica “Deixando-se levar”. Esta dinâmica envolve o exercício de deixar-se guiar pelo colega de olhos fechados pelo ambiente, e posteriormente troca-se de papel. Celebraram-se as conquistas e fatos importantes no mês havendo dificuldade na percepção de sua importância. O tema escolhido para problematização foi o equilíbrio entre dar e receber, com relatos marcantes em relação à sobrecarga de tarefas centrada na mulher, oriunda de filhos, pais e cônjuge. Neste encontro houve certa dificuldade do grupo em seguir o

modelo proposto por Barreto (2008), principalmente em relação a escolha de apenas uma temática principal para contextualização, havendo uma necessidade constante em dar conselhos umas às outras, interrompendo o fluxo da roda. A demonstração de sentimentos, através de música, abraços e apoio emocional foi tímida.

A segunda sessão ocorreu com mais naturalidade, contando com a participação de 8 pacientes, incluindo novatos. Destes, alguns desejando somente ouvir. A dinâmica do “Espelho” oportunizou que cada um relatasse o que via de positivo e negativo em sua aparência física e emocional. O tema escolhido foi o Alcoolismo, presente na vivência de 7 participantes. Como houve uma grande identificação com o tema, os relatos foram repletos de sentimento e apoio entre os participantes, com um encerramento dentro do tempo previsto (75min), rico em troca de experiências.

A terceira sessão previa uma dinâmica para estimular a troca de abraços, mas foi substituída. Logo que os pacientes chegaram (5), sentiram a necessidade de continuar com a temática anterior (alcoolismo). Seguimos a roda, e como acolhimento executamos a dinâmica “Herança Transgeracional”, na qual os participantes contam o que trazem de positivo e negativo de seus pais, e o que estão repetindo. Duas participantes são casadas com alcoolistas, assim como eram suas mães. O tema escolhido foi conflitos familiares entre pais e filhos, com relatos sobre discordância e aceitação de escolhas, dificuldades financeiras e de convívio.

A quarta sessão contou com 4 participantes, com o tema inicial ansiedade com as questões do dia a dia, mas terminou retomando o tema dos conflitos familiares. A dinâmica “Desafiar Sonhos” proporcionou falar sobre os planos de vida de cada um. O encerramento após a roda contou com uma demonstração de exercício de meditação guiada.

A quinta sessão, primeira quinzenal, não teve participantes, o dia estava frio e chuvoso. Esta foi encerrada após 20 minutos de espera.

A sexta sessão contou com três participantes, sendo uma novata. O tema escolhido foi o conflito com o parceiro, e teve ligação clara com a dinâmica proposta, “O que eu quero deixar”, fazendo com que os participantes falassem sobre os hábitos negativos que necessitavam abandonar. Os relatos foram extremamente sofridos, inclusive com queixa de violência doméstica física e emocional, necessitando de um encerramento com prática de respiração. O apoio emocional no

grupo foi intenso e resultou em encaminhamento ao serviço de assistência social e atendimento psicológico.

A sétima sessão ocorreu sem episódios de choro, comum às demais. O acolhimento contou com uma dinâmica “Trenzinho carinhoso” na qual os participantes ficam em círculo, cantam e fazem massagem uns nos outros. O tema escolhido para a roda foi autoimagem, com predomínio das queixas relacionadas a sobrepeso.

Na oitava e última sessão, assim como a quinta não houve participantes. A temperatura estava agradável. Assim novamente foi encerrada após 30 minutos de espera.

Após o término dessa etapa, procedeu-se à análise dos resultados da intervenção. Os conflitos familiares e ou com o parceiro estiveram presentes em 50% dos encontros (3), e se considerarmos o alcoolismo como integrante dessa problemática, teremos 66,6% das temáticas de roda.

O grupo selecionado para TCI (20) apresentou alta taxa de desistência (50%) entre a fase inicial e a última sessão de intervenção. Somente 10 pacientes compareceram em pelo menos 1 sessão. A participação na TCI foi estimulada através de encaminhamento médico, não sendo obrigatória a participação em todas as sessões, mas de certa forma influenciada.

Nenhum paciente participou de todas as sessões, 50% não compareceram a nenhuma, 25% participaram de 1 a 2 sessões. No grupo participante (10) 10% participaram de 5 a 6 sessões. O aumento de pacientes na segunda sessão deve-se a troca de método.

Tabela 1 - Assiduidade (número de sessões de TCI), por indivíduo, no período de 4 meses.

Número de Sessões	N	%
0 sessões	10	50,00%
1 a 2 sessões	5	25,00%
3 a 4 sessões	3	15,00%
5 a 6 sessões	2	10,00%
7 a 8 sessões	0	0,00%
Total	20	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

No grupo incluído para intervenção (n=20), 85% dos indivíduos possuem idade entre 40 e 59 anos, com predomínio na faixa etária dos 50 a 59 anos (45%) e apenas 5% abaixo de 30 anos.

Tabela 2 - Distribuição populacional por idade nos pacientes incluídos na intervenção.

Idade	N	%
18 a 29 anos	1	5,00%
30 a 39 anos	3	15,00%
40 a 49 anos	08	40,00%
50 a 59 anos	09	45,00%
Total	20	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Se analisarmos o grupo novamente, com a exclusão dos desistentes (0 sessões), teremos um perfil de participantes (n=10) com 80% acima de 40 anos, 10% abaixo de 30 anos, com maior desistência na faixa etária dos 50 a 59 anos.

Tabela 3 - Distribuição populacional por idade dos participantes ativos da TCI

Idade	N	%
18 a 29 anos	1	10,00%
30 a 39 anos	1	10,00%
40 a 49 anos	4	40,00%
50 a 59 anos	4	40,00%
Total	10	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Em relação à cor da pele, 18 mulheres definiram-se como brancas (90%) e 2 como pretas, totalizando 10%. A escolaridade predominantemente é ensino fundamental, sendo 50% fundamental incompleto, ensino médio completo (15%), ensino médio incompleto (10%) e ensino superior (5%).

O tabagismo ou uso de álcool regularmente foi negado por 95% do grupo, mas o tema alcoolismo esteve presente em pelo menos uma roda de terapia como tema principal, e relacionado em pelo menos duas.

A jornada de trabalho e a interferência ou não no quadro depressivo também foram avaliados, 55% pessoas (11) não trabalham; 5% (1) tem jornada de trabalho variada; e 30% (6) trabalham 40 horas semanais. Os pacientes que trabalham não identificam o trabalho ou a ausência dele como tendo uma interferência significativamente no seu quadro depressivo.

Analisando especificamente o grupo que não trabalha, 50% não respondeu o questionamento; 25% afirmaram que o trabalho ou a ausência dele interfere no quadro depressivo e 15% não interfere. Tais dados nos despertam o questionamento sobre a possibilidade de o preconceito social com o desemprego interferir na percepção e ou negação da relação causal entre depressão e trabalho. O salário ou a renda financeira não apresentaram associação com o quadro depressivo, 50% afirma que interfere, e outros 50% negam tal associação.

5.1.3 Tratamento Conservador

A rotina de atendimento médico durante a intervenção não foi alterada, ficando a critério clínico e do paciente. Inicialmente prevista como mensal, foi extremamente variada (critério clínico), impossibilitando uma padronização estatística, e necessitando um estudo isolado.

Como rotina na ubS, receitas de antidepressivo são renovadas a cada 2 meses, queixas clínicas pontuais são avaliadas em acolhimento. As consultas de retorno são avaliadas individualmente pelo médico. atendimentos com psicólogo e psiquiatra são oferecidos no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e necessitam de encaminhamento clínico, não havendo histórico de atividades em grupo voltadas para depressão no local, ou estatísticas anteriores ao estudo.

A ESF possibilita maior aproximação entre usuário, profissional e a comunidade. Essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando frequentes, e ainda pouco tratados (PEREIRA et al., 2007).

Um dos questionamentos avaliados na Tabela 4 - Diagnóstico de depressão (meses), foi "Há quanto tempo você sabe que tem depressão?", 85% da amostra (17), responderam a mais de 1 ano, 5% a mais de 6 meses (1) e 10% (2), não responderam, mesmo estando em uso de medicação e em acompanhamento regular.

Tabela 4 - Diagnóstico de depressão (meses).

Tempo	N	%
Não respondeu	2	10,00%
Menos de 1 mês	0	0,00%
Mais de 3 meses	0	0,00%
Mais de 6 meses	1	5,00%
Mais de 12 meses.	17	85,00%
Total	20	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

O tempo de uso de fluoxetina é distribuído em 65% (13) usam a medicação a mais de 1 ano, 10% a 6 meses e 25% a 3 meses, sendo que 75% das mulheres já apresentou depressão anteriormente e 65% já teve algum familiar com o mesmo quadro depressivo.

5.2 Avaliação dos Resultados da Intervenção

Neste estudo avaliamos a redução sintomatológica e a melhora ou não no quadro de depressão através da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), contida no formulário de coleta de dados (anexo A) aplicada antes e após a intervenção. Utilizamos HAM –D 21. A opinião dos usuários sobre a intervenção é apontada pelo questionário de coleta de dados pós intervenção. Lembramos que o número reduzido de pacientes (5), que concluíram todas as etapas, não permite uma significância estatística, mas pode apontar caminhos futuras pesquisas.

A taxa de desistência da intervenção total (incluindo consultas médicas e TCI) foi de 75% entre a fase inicial e final, somente 5 dos 20 pacientes concluíram todas as etapas, fortemente influenciada pelo não comparecimento em consulta médica. A primeira consulta médica que previa inicialmente a avaliação de 30 pacientes, contou com apenas 20 usuários, com taxa de comparecimento de 66,6%. Ao longo do estudo e do processo de acompanhamento médico, a desistência entre avaliação inicial e final foi de 75%.

As sessões de TCI apresentaram desistência antes da 1ª sessão de 50%, mantendo o mesmo índice ao longo do processo, 25% de participação em 1 a 2

sessões, e 10% acima de 5 rodas. Em relação às faltas e ou abandono da terapia, 50% das pacientes atribuem ao fato de não gostarem de expor seus sentimentos em grupo, seguido pela falta de tempo (25%), horário das sessões incompatível (12,5%), não vejo necessidade, estou bem (12,5%).

Apesar da baixa adesão à intervenção, 100 % das participantes recomendaria a terapia (TCI) para outras pessoas, ainda que, 50% afirmem que a terapia contribuiu pouco para a melhora do seu quadro depressivo. No que diz respeito à frequência das sessões, houve uma paridade, 37,5% prefere semanal e outros 37,5% quinzenal.

O apoio recebido pela família, não especificando cônjuge ou filhos era considerado bom por 60% e posteriormente passou a 50%. O apoio emocional fornecido pela equipe de terapeutas durante a TCI foi apontado como bom pela totalidade (100%) dos indivíduos, havendo inclusive uma melhora nos índices de apoio emocional em atendimento individual durante as consultas médicas, que passou de 75% para 100% após a intervenção.

A sintomatologia dos pacientes, e conseqüentemente a evolução dos escores de sintomas depressivos atingidos em HAM D21, foram classificados de acordo com Moreno (1998) em depressão mínima, 7-17; moderados, 18-24; e graves (25 ou mais), possibilitando avaliar uma melhora ou não no quadro geral dos pacientes após a intervenção.

Tabela 5 - Escore atingido em (HAM D21) antes e após o estudo, por indivíduo.

Paciente	Escore inicial	Classificação Inicial	Escore final	Classificação Final
1	26	Depressão Grave	10	Depressão Mínima
2	12	Depressão Mínima	13	Depressão Mínima
3	33	Depressão Grave	16	Depressão Mínima
4	12	Depressão mínima	10	Depressão Mínima
5	25	Depressão Grave	16	Depressão Mínima

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

A Tabela 5 - Escore atingido em (HAM D21) antes e após o estudo, aponta uma redução sintomatológica importante. Inicialmente 40% dos pacientes apresentavam quadro depressivo mínimo e 60% grave. Após a intervenção 100% apresentou classificação depressão mínima.

Os escores iniciais do grupo apresentam índices elevados em HAM-D 21, variando entre 12 e 26, com mediana 25. Na fase final os valores variaram de 10 a 16 com mediana 13. Essa diferença entre os dois momentos, mesmo não sendo estatisticamente significativa apresenta uma tendência à diferença (Related – Samples Wilcoxon Signed-Rank test $P=0,08$).

O escore (HAM-D 21) monitorado antes e após a intervenção pode ser observado na Tabela 6 - Escore atingido em Escala de Hamilton (HAM-D 21), resultado final e número de sessões, por indivíduo.

Tabela 6 - Escore atingido em Escala de Hamilton (HAM-D 21), resultado final e número de sessões , por indivíduo.

Paciente	HAM-D inicial	HAM-D final	Resultado Final (%)	Nº sessões
1	26	10	-61,54%	1
2	12	13	3,85%	3
3	33	16	-65,38%	1
4	12	10	-7,69%	5
5	25	16	-34,62%	5

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Levando em consideração os parâmetros de redução apontados por QASEEM et all (2016), a eficácia é de 30,57%. Apenas 2 pacientes atingiram redução $\geq 50\%$ na gravidade medida na Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), não havendo nenhuma remissão. Os pacientes com redução (1 e 3), só participaram de 1 sessão de TCI, fato esse, que impossibilita considerar a TCI como fator significativo para o desfecho.

6 DISCUSSÃO

O efeito de uma intervenção psicoterápica pode ocorrer pela interação de variáveis relacionadas ao paciente, ao terapeuta e à relação estabelecida entre eles, seu plano de tratamento deve incluir os aspectos individuais do paciente, as características do quadro psicopatológico apresentado por ele e a utilização de técnicas efetivas avaliando sua efetividade e eficácia, podendo compreender, como se dá a mudança no decorrer do tratamento e identificar os mecanismos de ação terapêutica. (PEUKER et al.,2009)

A experiência da TCI em uma cidade no nordeste brasileiro, com grupos não específicos e de todas as idades, demonstrou boa adesão pela comunidade local e pelos profissionais de saúde, consolidando-se numa estratégia na atenção básica de saúde, com destaque para o enfermeiro, representando uma ferramenta de integração e consolidação na formação de vínculos e da coletividade social, fomentando ações capazes de transformar a realidade local. (JATAÍ, 2012)

Nesse sentido a intervenção possibilita uma estratégia inovadora de atendimento complementar ao paciente depressivo mais próximo de sua residência, em horário diferenciado, já que se trata de uma população adulta em fase produtiva. O idealizador da TCI, Barreto (2008) estimula rodas de terapia com populações de todas as idades e saberes. A utilização da TCI em pacientes depressivos trata-se de uma iniciativa na busca da diminuição do sofrimento mental em atenção primária utilizando recursos existentes, testando uma prática já recomendada pelo Ministério da Saúde, mas ainda sem estudos específicos.

A falta de clareza a respeito de como uma intervenção desse tipo deveria ser implementada, visto que não possui estudo semelhante, reforça o que foi apontado por Burns,(1997), que destaca a importância e a necessidade da realização de estudos de intervenção na Enfermagem em diferentes cenários da prática clínica.

A implantação da TCI como estratégia de saúde terapia complementar na atenção primária ocorreu como previsto, o esquema de 4 sessões semanais, seguidas de 2 sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de 2 mensais, totalizando 4 meses (8 sessões) foi executado, contudo 2 sessões foram canceladas por falta de participantes.

As rodas seguiram o modelo Recomendado por Barreto (2008), com dificuldade de execução apenas na primeira sessão. As sessões de terapia

ocorreram na ubs, com duração média de 75 minutos, e tempo máximo de 1h30min. A Temática predominante foi conflitos familiares e se considerarmos o alcoolismo como integrante dessa problemática, teremos 66,6%. A ansiedade foi tema de uma roda.

O processo de implantação da TCI no nordeste (Jataí, 2012), envolvendo população saudável apresentou inicialmente uma pequena quantidade de pessoas presentes nas rodas, posteriormente chegando a 25 participantes, entre adultos, idosos e crianças. No grupo depressivo (TCI), houve alta taxa de desistência (50%) antes da 1ª sessão (0 sessões), 25% participaram de 1 a 2 sessões e 10% participaram de 5 a 6 sessões.

A intervenção contou com a participação apenas do sexo feminino, não havendo interesse masculino na TCI, fato este, que necessita maiores estudos. A distribuição populacional correspondeu a 85% na faixa etária entre 40 e 59 anos, com predomínio entre 50 a 59 anos (45%) e apenas 5% abaixo de 30 anos. A cor da pele apresentou predomínio de mulheres brancas (90%) e minoria preta (10%). Esse dado é semelhante ao encontrado na zona da mata mineira, onde mulheres com cor da pele branca apresentaram maior prevalência de depressão em comparação às mulheres com cor da pele preta. (GONÇALVES et al, 2018).

Para Gonçalves et al. (2018), quanto menor a escolaridade, maior a probabilidade de ocorrência de depressão. No grupo avaliado, a maioria (70%), apresenta ensino fundamental, sendo 50% fundamental incompleto, ensino médio completo (15%), ensino médio incompleto (10%) e ensino superior (5%).

O tabagismo ou uso de álcool regularmente foi negado por 95% do grupo. Embora exista esse cenário, este estudo, assim como o de Gonçalves et al. (2018), não encontraram a confirmação dessa associação. Para Rondina (2007), os fumantes deprimidos podem fumar para aliviar seus sentimentos negativos, havendo forte evidência de co-morbidade entre tabagismo e transtornos depressivos.

A jornada de trabalho e a interferência ou não no quadro depressivo também foram avaliados, 55% não trabalham; 5% tem jornada de trabalho variada; e 30% atuam 40 horas semanais. 100% dos pacientes que trabalham, consideram que o trabalho ou a ausência dele não interfere significativamente no seu quadro depressivo. Esse resultado contraria o estudo (GONÇALVES, 2018) que observou que estar trabalhando contribui para a depressão.

Em relação ao tratamento da depressão, 85% responderam que tratam a doença a mais de 1 ano, 5% a mais de 6 meses e 10%, não responderam, mesmo estando em uso de medicação e em acompanhamento regular. Costa (2015), em seu estudo sobre ambulatorios de atenção primária percebeu que apenas um em cem pacientes, cita como motivo da consulta a depressão, sendo que em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais. Gonçalves et al (2018), detectou que 53% das mulheres pesquisadas não relataram ter apresentado ou ter sido diagnosticadas com depressão quando questionadas. O mesmo autor ainda levanta a possibilidade do preconceito do paciente em relação ao diagnóstico de depressão e descrença quanto ao tratamento.

De acordo com Arantes (2007), os clínicos gerais atuantes na ESF falham na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos, e provêm tratamento para apenas um terço deles, sendo que antidepressivos são prescritos frequentemente por períodos curtos de tempo, observando-se uma pior evolução. Nesse contexto, o tempo de uso de fluoxetina na amostra analisada foi de 65% de uso a mais de 1 ano, 10% a 6 meses e 25% a 3 meses.

O enfermeiro geralmente é o primeiro profissional a atender o paciente depressivo, ocupando papel singular no acolhimento do caso novo e da recidiva. Nesse sentido, SILVA et al., (2003) em sua pesquisa com enfermeiros atuantes na ESF, identificou que entre 20 a 50% das pessoas atendidas por eles têm depressão. Entretanto, apenas 17,8% dos enfermeiros entrevistados encaminharam 10% dos casos.

Em estudo de coorte prospectivo realizado pelo Departamento Nacional de Estatísticas do Canadá, 585 pacientes com 16 anos ou mais, que tinham depressão, (55,3%) experimentaram episódios de repetição no período até 2006 e 2007. Os fatores preditores independentes dessa recorrência foram o cigarro (odds ratio [OR] = 2,7; intervalo de confiança, IC de 95%: 1,5-4,7), a sensação de pouco ou nenhum controle sobre as circunstâncias da vida (OR = 1,1; IC de 95%: 1,03-1,2), e histórico de depressão (OR 3,5; IC95% 1,95-6,27) foram preditores significativos ($p < 0,05$) de episódios repetidos de depressão. (COLMAN et al.,2011).

A depressão é vista como uma doença mental crônica e recorrente que carrega um alto fardo, cuja realidade para a maioria das pessoas com depressão é o acesso a cuidados especiais problemático e escassas opções de tratamento além da psicofarmacologia. (KURDYAK, 2011)

No grupo alvo da TCI, 75% das mulheres já apresentou depressão anteriormente e 65% já teve algum familiar com o mesmo quadro. Em pesquisa mais recente com a população Alemã, os dados de recorrência de depressão persistem, quase metade (48,4%) dos participantes deprimidos no início do estudo também relataram sintomas depressivos elevados, cinco anos depois, com uma tendência maior, embora não significativa, entre as mulheres. (TIBUBUS, 2019).

Pessoas com depressão grave e recorrente precisam de acesso a estratégias abrangentes para ajudar a gerenciar o risco real de má qualidade da saúde, carga de doenças relacionadas à vida e à depressão. (KURDYAK, 2011). Nesse sentido, a avaliação da efetividade e eficácia da TCI é de suma importância, contudo, o número reduzido de pacientes (5) avaliados e que concluíram todas as etapas da pesquisa não possibilitou uma amostra significativa, o que enfraquece o poder do desenho e ameaça sua validade.

As sessões de TCI apresentaram desistência antes da 1 sessão de 50% e somente 10% participou de mais de 5 rodas. A primeira consulta médica que previa inicialmente a avaliação de 30 pacientes, contou com apenas 20 usuários, com taxa de comparecimento de 66,6%. Ao longo do estudo e do processo de acompanhamento médico, a desistência entre avaliação inicial e final foi de 75%. Em relação às faltas e ou abandono da terapia, 50% das pacientes atribuem ao fato de não gostarem de expor seus sentimentos em grupo, seguido pela falta de tempo (25%), horário das sessões incompatível (12,5%), não vejo necessidade, estou bem (12,5%). No nordeste brasileiro (Jataí, 2012), as justificativas para não participação foram falta de tempo, estavam dormindo ou desinteresse. Uma das hipóteses que podemos levantar é que pacientes depressivos podem ter uma dificuldade maior de expressar seus sentimentos em relação a uma população saudável.

No que diz respeito à frequência das sessões, houve uma paridade, 37,5% prefere semanal e outros 37,5% quinzenal, contudo a assiduidade foi maior na semanal.

O apoio social é um conceito multidimensional que se refere amplamente à assistência emocional, instrumental ou informativa recebida de outras pessoas (HOUSE, 1988). Nesse contexto, apesar da baixa adesão à intervenção, 100% recomendaria a terapia (TCI) para outras pessoas, ainda que 50% afirmem que a terapia contribuiu pouco para a melhora do seu quadro depressivo no período.

Em uma revisão sistemática mais abrangente envolvendo 100 artigos, a fonte de apoio social mais consistentemente associada à proteção contra a depressão em adultos foi o apoio conjugal, seguido pelo apoio da família, amigos e crianças. (GARIEPY, 2016).

O apoio recebido pela família, não especificando cônjuge ou filhos era considerado bom por 60% e posteriormente passou a 50%. A diminuição pode estar associada ao processo de reflexão vivenciado durante as rodas, que abordou inclusive heranças transgeracionais. O apoio emocional fornecido pela equipe de terapeutas durante a TCI foi apontado como bom pela totalidade (100%) dos indivíduos, havendo inclusive uma melhora nos índices de apoio emocional em atendimento individual durante as consultas médicas, que passou de 75% para 100% após a intervenção.

A sintomatologia, avaliada pelo escore de classificação de sintomas depressivos em HAM D21, apresentou redução. Inicialmente 40% dos pacientes apresentavam quadro depressivo mínimo e 60% grave. Após a intervenção 100% apresentou depressão mínima.

A resposta ao tratamento e sua eficácia, definida por Qaseem et al. (2016), definida como redução $\geq 50\%$ na gravidade medida na Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) não foi atingida, apresentando índice de 30,77% de redução, não havendo caso de remissão, definida como escore da HAM-D ≤ 7 , pelo mesmo autor.

A melhora no quadro depressivo é um fator importante e desejado, demonstrado pela diminuição no escore de Hamilton, contudo pode estar relacionada ao uso de fluoxetina, a vivência pessoal de cada paciente, ao acompanhamento e maior vínculo com a equipe durante a intervenção, bem como fatores externos não avaliados e que necessitam maiores estudos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado à saúde mental em atenção primária é um caminho em construção, negligenciado em alguns momentos, mas repleto de importância. Seu fracasso repercute diretamente na inviabilidade da atenção integral à saúde e no bem-estar do indivíduo. O contexto e a diversidade cultural de cada região, as particularidades de seus moradores, suas mazelas e seus sofrimentos interferem diretamente na qualidade de vida e na maneira que o cuidado deve ser prestado.

Equipes de atenção primária em saúde devem buscar o aprimoramento constante de suas práticas, readaptando a rotina de atendimento conforme a avaliação da eficácia e significância das mesmas, incentivando a investigação de agravos como a depressão. A Enfermagem, com seu conhecimento de gestão e gerenciamento de serviços pode contribuir para transformar a saúde mental, valorizando e introduzindo práticas complementares ao tratamento médico, baseadas em evidência. Grupos de saúde que permitam atender maior número de pessoas, com bons resultados, parece ser um caminho promissor.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um exemplo de terapia complementar em processo de crescimento no país, e como percebemos nesse estudo, pode contribuir para o aumento do vínculo entre equipe e paciente. Sua indicação em larga escala como tratamento complementar ao medicamentoso não foi comprovada e necessita maiores estudos de eficácia, mas certamente contribui para o cuidado integral que vai além da queixa-conduta, contribuindo para a diminuição da sintomatologia presente na depressão e aumento no vínculo entre equipe e paciente.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a discussão de novas práticas de tratamento complementar a depressão na atenção primária e, desse modo, fornecer evidências para a formulação de políticas públicas que contemplem a saúde mental e estimulem o vínculo equipe paciente, contribuindo com seu bem-estar.

REFERÊNCIAS

ABELHA, L.. Depression, a matter os public health. Cadernos de Saúde Coletiva, v.22,n3,p.223-223,2014.

APOSTOLO J, BOBROWICZ-CAMPOS E, RODRIGUES M, Castro I, CARDOSO D (2016) The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: a systematic review. Int J Nurs Stud 58:59–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.006>

ARANTES, D.V. Depressão na atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Medicina. 2007;2(8):261-270.

ARAÚJO RHS. Adaptação transcultural da GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRIDHAMD) para o português brasileiro e avaliação do impacto de um treinamento sobre a confiabilidade interavaliadores [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/9417> Acesso em 08/01//2019

ARGIMON, Irani Iracema de Lima et al . Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: uma revisão sistemática. Aval. psicol., Itatiba , v. 15, n. spe, p. 11-17, ago. 2016 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000300003&lng=pt&nrm=iso. acessos em 10 dez. 2019.

ARGIMON ILL, Terroso LB, Barbosa AS, Lopes RMF. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). Acad Paul Psicol. 2013 Dez;33(85):354-72.

AZEVEDO EB, Cordeiro RC, Costa LFP, Guerra CS, Ferreira Filha MO, Dias MD. Pes-quisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. Rev Bras Pesq Saúde. 2013; 15(3):114-20. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/6333/4667>. Acesso em 09 jan 2019.

BAHLS, Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 78, n. 5, p. 359-366, Oct. 2002 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000500004&lng=en&nrm=iso. access on 09 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000500004>.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BORGES, Lisandra. Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. Aval. psicol., Itatiba , v. 15, n. spe, p. 19-32, ago. 2016 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000300004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 21 jun. 2018.

BARRETO AP. Terapia comunitária: passo a passo. Fortaleza: LCR; 2008.

BARROS, MBA, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 1:8s.

BECK, A. T., STEER, R. A., & BROWN, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Ministério da Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília; 2006b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Portaria nº 702 (21 de março de 2018). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 21 maio 2018.

BRASIL. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrati- Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpics>>. Acesso em 09/07/2018.

BRASIL. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrati- Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpics>>. Acesso em 09 jul 2018.

BRASIL. Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006. Aprova Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpics>.

BRASIL. PORTARIA Nº 761, DE 21 DE JUNHO DE 2016. Tratamento do tabagismo, dependência à nicotina. Disponível em: ≤ <https://www.inca.gov.br/search/conteudo/Portaria%20n%C2%BA%20761>>. Acesso em 04/01/2019

BURNS N, GROVE, SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 1997.

CARVALHO MAP, Ferreira Filha MO, Miranda FAN, Dias MD. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. Cad Saúde Pública. 2013 [citado 2015 jan 10];29(10):2028-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a19v29n10.pdf>. Classificação de Doenças em Português; 1995.

CUNHA, J. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-354, Jun 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jan. 2019.

COLMAN, I, Naicker K, Zeng Y, Ataullahjan A, Senthilselvan A, Patten SB. Predictors of long-term prognosis of depression. CMAJ 183, 1969–1976, <https://doi.org/10.1503/cmaj.110676> (2011). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22025655>. Acesso em: 07 mar 2019.

COSTA TS. Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015. Disponível em: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/wp-content/uploads/dissertacoes-e-teses/ciencias-da-saude/doutorado/2015/2015-Tarciana-Sampaio-Costa-DO.pdf>. Acesso em: 19 fev 2020.

FRANK RG, Huskamp HA, Pincus HA. Aligning incentives in the treatment of depression in primary care with evidence-based practice. Psychiatr Serv 2003;54:682-687. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.54.5.682>. Acesso em: 07 mar 2019.

FREIRE, Manoela Ávila et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. J. bras. psiquiatr. Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 281-289, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400281&lng=en&nrm=iso Acesso em: 08 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000036>.

GALHARDO Vac, Mariosa MAS, Takata JPL. Depressão e perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. VER. Med. Minas Gerais. 2010;20(1);16-21.

GALLUCCI NETO, José; CAMPOS JÚNIOR, Miguel Siqueira; HÜBNER, Carlos von Krakauer. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 10-14, maio 2007. ISSN 1984-4840. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/259>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

GARIEPY, G., Honkaniemi, H. e Quesnel-Vallee, A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry* 209 , 284–293, Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094> (2016). Acesso em 26 dez 2019.

GORESTEIN, C., PANG, W. Y., ARGIMON, I. L., & WERLANG, B. S. G. (2011). *Inventário Beck de Depressão-II. Manual*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

GARTLEHNER G, GaynesBN, AmickHR, AsherGN, MorganLC, Coker-SchwimmerE. et al. Comparative benefits and harms of antidepressant, psychological, complementary, and exercise treatments for major depression: an evidence report for a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*.2016. Disponível em: <http://annals.org/aim/article-abstract/2490525/comparative-benefits-harms-antidepressant-psychological-complementary-exercise-treatments-major-depression?doi=10.7326%2fM15-1813> Acesso em: 08 jan 2019

GRANDESSO M. Terapia comunitária: uma prática pós-moderna crítica: considerações teórico-metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

GROLLI, Verônica; WAGNER, Marcia Fortes; DALBOSCO, Simone Nenê Portela. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo*, v. 9, n. 1, p. 87-103, nov. 2017. ISSN 2175-5027. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/2123>. Acesso em: 21 jun. 2018.

GUERRA, Thaís de Rezende Bessa et al . Methods of Screening for Depression in Outpatients with Heart Failure. *Int. J. Cardiovasc. Sci.*, Rio de Janeiro , v. 31, n. 4, p. 414-421, Aug. 2018 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472018000400414&lng=en&nrm=iso. access on 10 Dec. 2019. Epub July 02, 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20180037>.

HOUSE, JS, Umberson, D, Landis, KR. Structures and processes of social support. *Annu Rev Sociol* 1988; 14: 293–318. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.14.080188.001453> Acesso em: 26 dez 2019.

IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua 2012_2017(PNAD) 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads> . Acesso em: 21 maio 2018.

JATAI, José Martins; SILVA, Lucilane Maria Sales da. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 65, n. 4, p. 691-695, Aug. 2012 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Jun 2018.

KANTORSKI LP, Coimbra VCC, Demarco DA, Eslabão AD, Nunes CK, Guedes AC. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. *Journal of Nursing Health* 2011; 1:4-13.

KELLER MB. Remissão versus resposta: o novo padrão ouro de tratamento antidepressivo. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 (Supl 4): 53-9. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20447651/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20447651) Acesso em: 13 fev 2019

KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep. 6(9):606-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556941> acesso em 08 jan 2019

KURDYAK P, CAIRNEY J. Predicting recurrence of depression. *CMAJ* November 22, 2011 183 (17) 1955-1956; Disponível <https://doi.org/10.1503/cmaj.111664>. Acesso em 26 dez 2019.

LEITE de Souza, Gleci Mery, de Castro Silva, Priscilla Maria, Braga de Azevedo, Elisângela, de Oliveira Ferreira Filha, Maria, Leite da Silva, Vagna Cristina, Limeira Espinola, Lawrencita, A Contribuição Da Terapia Comunitária No Processo Saúde – Doença. *Cogitare Enfermagem [en linea]* 2011, Disponível em [:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648969013](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648969013). Acesso em: 21 maio 2018.

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras de; AVELINO, Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, Mar. 2016. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100124&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Jun 2018.

MORENO RA, MORENO DH. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25:262-72.

MUNHOZ, Tiago Neuenfeld. Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012. Disponível em: <http://guaiaca.ufpel.edu.br:8080/handle/123456789/1944> Acesso em: 10jan 2019

OLIVEIRA, Danielle Samara Tavares de; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira. Contribuição dos recursos culturais para a terapia comunitária integrativa na visão do terapeuta. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 524-530, Sept. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300013>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 11ª revisão. Disponível em: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1563440232> .Acessado em: 13 de fevereiro de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. Derpession. Genebra: OMS, 2017.
Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>. Acessado em: 21 de junho de 2018.

PARANHOS, Mariana Esteves; ARGIMON, Irani Iracema de Lima; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. Aval. psicol., Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 383-392, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 dez. 2019.

PARK, LT; ZARACATE, CA Jr. Depression in Primary Care Setting. New England Journal os Medicine, 2019. ; 380:559-568 Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1712493>. Acesso em: 07 de março de 2019.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas et al . Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 567-572, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400005>.

PENNAFORTV, Freitas C, Bessa M. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. REME - Rev Min Enferm. 2012; 2(16):289-95.

PEUKER, Ana Carolina et al . Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. Psicol. estud., Maringá, v. 14, n. 3, p. 439-445, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Mar. 2020.

QASEEM A, BARRY MJ, KANSAGARA D, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. ;164:350–359. 2016 Mar 01. doi: 10.7326/M15-2570 Disponível em: <http://annals.org/aim/fullarticle/2490527/nonpharmacologic-versus-pharmacologic-treatment-adult-patients-major-depressive-disorder-clinical> Acesso em 08 jan 2019.

REPPOLD, C. Tozzi; HUTZ, Claudio Simon. Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. Aval. psicol., Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 175-184, dez. 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 jun. 2018

ROCHA, Ianine Alves da et al . Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 155-162, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Jun 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300020>.

RONDINA, Regina de Cássia; GORAYEB, Ricardo; BOTELHO, Clóvis. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 592-601, Oct. 2007. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000500016&lng=en&nrm=iso. access on 23 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000500016>.

Sá, A., Rocha, I., Moraes, M., Braga, L., Ferreira Filha, M., & Dias, M. (2012). Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 14(4), 786-93. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i4.15695>

SALLE, E., Rocha, N. S., Rocga, T. S., Nunes C. & Chaves, M. L. F. (2012). Escalas psicométricas como instrumentos de rastreamento para depressão em estudantes do ensino médio. *Revista Psiquiatria Clínica*, 29(1), 24-27

SHARPE VA, Faden AI. Appropriateness in patient care: a new conceptual framework. *The Milbank Quarterly* 1996;74(1):115-138.

SILVA, Marli Appel da; WENDT, Guilherme Welter; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Inventário de depressão de beck II: análises pela teoria do traço latente. *Aval. psicol.*, Itatiba, v. 17, n. 3, p. 339-350, 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712018000300008&lng=pt&nrm=iso. acessos em 20 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14651.07>.

SILVA, MT; GALVAO, TF; MARTINS, SS; PEREIRA, MG. Prevalence os depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Prisquiatr.* 2014;36(3):262-70.

SOUZA GML, Silva PMC, Azevedo EB, Ferreira FilhaMO, Silva VCL, Espínola LL. A contribuição da terapia comunitária no processo Saúde-doença. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(4):682-8.

TELESI JUNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.*, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso. access on 04 Jan. 2019.

TIBUBUS, A.N., BRAHLER, E, ERNST, M. *et al.* Course of depressive symptoms in men and women: differential effects of social, psychological, behavioral and somatic predictors. *Sci Rep* 9, 18929 (2019). Disponível em: [10.1038/s41598-019-55342-0](https://doi.org/10.1038/s41598-019-55342-0) Acesso em: 26 dez 2019.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, Apr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=en&nrm=iso. acesso em 10 Jan. 2019.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu Marla Nedel Sausen aluna do mestrado profissional de enfermagem da UNISINOS estou desenvolvendo o projeto de pesquisa "Terapia Comunitária Integrativa no Quadro Depressivo de adultos" sob orientação da Profª Drª Priscila Schmidt Lora. Esse projeto tem por objetivo Implementar a Terapia Comunitária Integrativa em uma unidade básica de Saúde da Família no município, voltado para adultos depressivos de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, como tratamento complementar ao medicamentoso e avaliar a sua eficácia como tecnologia de saúde. Os benefícios esperados a longo prazo são a melhora no quadro de depressão dos pacientes. Além de ser um tratamento complementar, você estará em constante acompanhamento com o seu médico e a sua equipe de saúde, mantendo o uso da sua medicação de rotina.

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa. Você responderá a um questionário sobre a sua saúde e seu tratamento. Esse formulário será respondido durante um atendimento na unidade de saúde.

Esta pesquisa oferece riscos mínimos ligados algum desconforto emocional em responder às perguntas ou participar das sessões da terapia comunitária integrativa. Sua participação é livre e você poderá se retirar das sessões a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora Marla Nedel Sausen que irá garantir o anonimato das suas informações. Esse documento será assinado em duas vias ficando uma em suas mãos e a outra com a pesquisadora.

Caso surjam perguntas sobre este estudo, você poderá chamar os pesquisadores Integrantes da equipe de pesquisa pelo telefone (51) 3598 9221, com Marla Nedel Sausen

Data ___/___/___

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

PRIMEIRA AVALIAÇÃO (PRÉ TESTE):

As perguntas abaixo serão executadas na primeira avaliação do paciente, reforçando ao paciente que haverá novo questionário após o estudo.

Data:

Dados do Paciente:

Iniciais do nome:

Idade: Sexo: ()Feminino, ()Masculino.

Cor da pele: ()Branca, ()Preta, ()Parda.

Escolaridade: ()ensino fundamenta incompleto, ()ensino fundamenta completo, ()ensino médio incompleto, ()ensino médio completo, ()ensino superior

Informações sobre diagnóstico e tratamento:

“A quanto tempo você sabe que tem depressão? ” ()menos de 1 mês, ()mais de 3 meses, ()mais de 6 meses, ()a mais de 1 ano.

“A quanto tempo você usa a fluoxetina?” ()menos de 1 mês, ()mais de 3 meses, ()mais de 6 meses, ()a mais de 1 ano.

Abaixo, as perguntas serão com respostas utilizando-se a escala Likert e posteriormente dicotomizado em não/ruim/regular/pouco e sim/ bom/ótimo/muito;

Informações Psicossociais:

O S.r. (a). Já teve depressão anteriormente? ()Sim, ()Não

Alguém na sua família já teve depressão? ()Sim, ()Não

Situação financeira:

“Você considera que o seu salário ou sua renda financeira interferem no seu quadro depressivo?”

()Não/Pouco/Regular ()Sim/Bom/Muito/Ótimo.

Informações comportamentais:

O S.r. (a). Fuma, bebe, ou usa drogas regularmente? ()Sim, ()Não.

Suporte social familiar:

“Em relação ao seu quadro depressivo, você se sente apoiada pela sua família?”

()Não/Pouco/Regular ()Sim/Bom/Muito/Ótimo.

Suporte social profissional em atendimento individual, antes do estudo:

“Como você avalia o apoio emocional, fornecido durante as consultas médicas até agora, antes de participar do estudo?”

A seguir aplicaremos a Escala de Avaliação da Depressão – Escala de Hamilton (HAM-D 21 itens), contida no Anexo A.

SEGUNTA ETAPA (PÓS TESTE):

Data:

As perguntas abaixo serão executadas somente após o término da intervenção.

Dados do Paciente:

Iniciais do nome:

Idade:

Informações sobre diagnóstico e tratamento:

A quanto tempo você usa a fluoxetina? () Não uso mais () menos de 1 mês, () mais de 3 meses, () mais de 6 meses, () a mais de 1 ano.

Informações comportamentais:

O S.r. (a). Fuma, bebe, ou usa drogas regularmente? () Sim, () Não.

Suporte social familiar:

Em relação ao seu quadro depressivo, você se sente apoiada pela sua família?
() Não/Pouco/Regular () Sim/Bom/Muito/Ótimo.

Suporte social profissional em atendimento individual após o estudo:

Como você avalia o apoio emocional, fornecido durante as consultas médicas que recebeu durante o estudo?

() Ruim/Pouco/Regular () Bom/Muito/Ótimo.

Suporte social profissional em atendimento em terapia:

Como você avalia o apoio emocional, fornecido durante a terapia complementar?

() Ruim/Pouco/Regular () Bom/Muito/Ótimo.

Você considera que a terapia contribuiu com a melhora do seu quadro depressivo?

() Ruim/Pouco/Regular () Bom/Muito/Ótimo.

Você recomendaria a terapia para outros pacientes?

() Sim, () Não.

Como você prefere a frequência das sessões de terapia?

() Semanal, () Quinzenal, () Mensal

Faltas e Abandono nas sessões de Terapia Comunitária

Caso você tenha faltado a algumas sessões de terapia ou a abandonado, o que levou a isso?

() Não gosto de expor meus sentimentos em grupo,

() Falta de tempo ou esquecimento,

() Horário das sessões incompatível,

() não vejo necessidade, estou bem.

Comentários e ou sugestões para novos grupos de terapia:

A seguir aplicaremos a Escala de Avaliação da Depressão – Escala de Hamilton (HAM-D 21 itens), contida no Anexo A.

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA

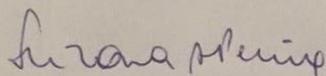
29

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA**TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE
SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Referente ao Projeto de pesquisa intitulado: **Terapia Comunitária Integrativa no Quadro Depressivo de adultos.**

Eu, Suzana Ambros Pereira, Secretária Municipal de Saúde de Campo Bom, tenho ciência do protocolo/Projeto de Pesquisa supracitado, desenvolvido pela Enfermeira Marla Nedel Sausen e orientado pela Profª Drª Priscila Schmidt Lora, vinculadas ao Mestrado Profissional em Enfermagem – UNISINOS, conhecendo seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo de atendimento normal do serviço.

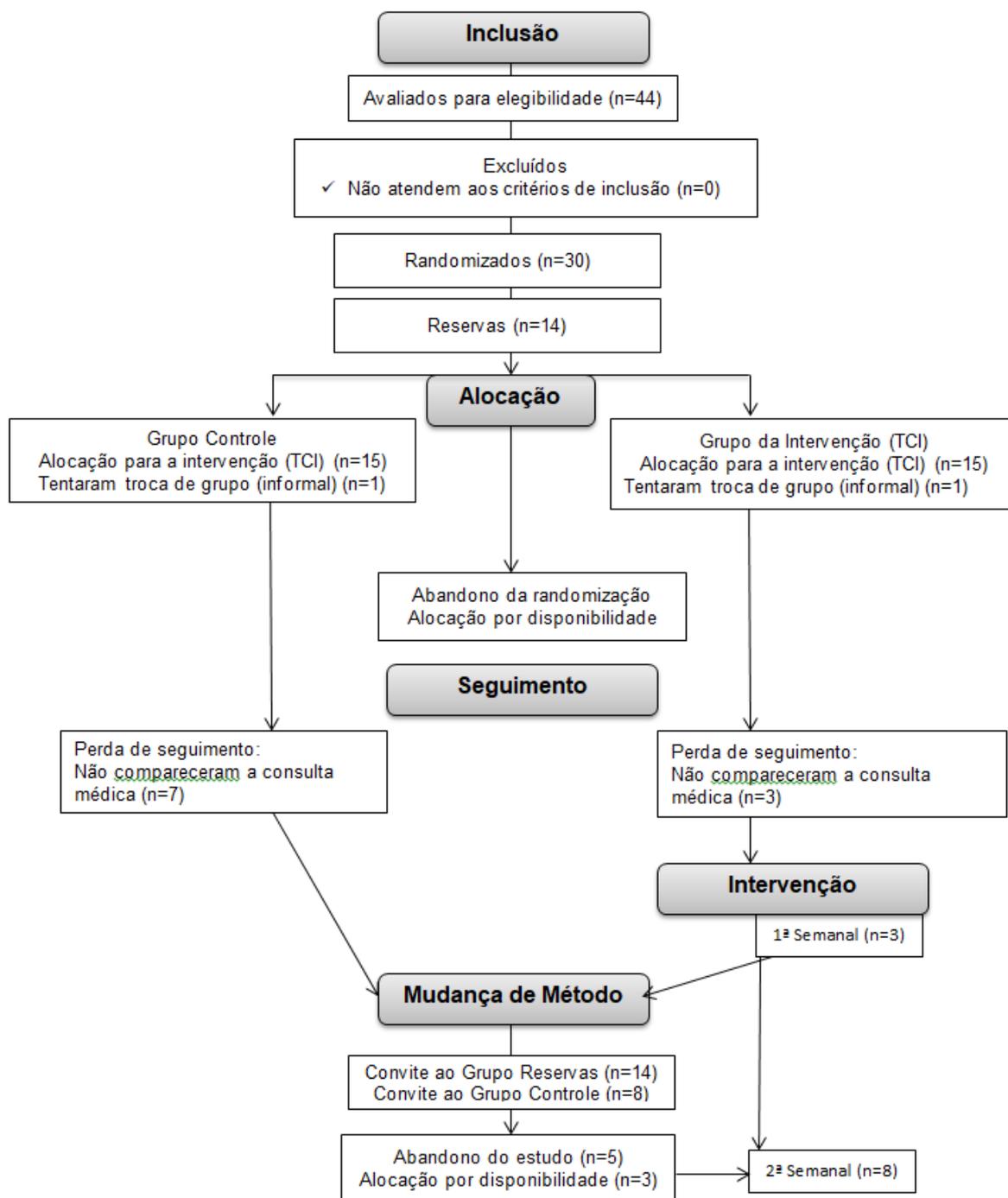
Campo Bom, 26 fevereiro de 2019.



Assinatura do Chefe do Serviço

Obs: Este documento não autoriza o início da realização da pesquisa, pois trata-se de requisito exigido pelo CEP-UNISINOS para apreciação ética do projeto de pesquisa. A finalidade é atestar se a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.

APÊNDICE D – FLUXOGRAMA ENSAIO CLÍNICO



ANEXO A – HAM-D 21

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO DE HAMILTON

1	HUMOR DEPRIMIDO 0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser perguntado 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3. Comunica os sentimentos com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente	SCORE
2	SENTIMENTOS DE CULPA 0. Ausentes 1. Auto recriminação; sente que decepcionou os outros 2. Ideias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más Ações 3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras	
3	SUICÍDIO 0. Ausente 1. Sente que a vida não vale a pena 2. Desejaria estar morto; pensa na possibilidade de sua morte 3. Ideias ou gestos suicidas 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria)	
4	INSÔNIA INICIAL 0. Sem dificuldade 1. Tem alguma dificuldade ocasional, isto é, mais de meia hora 2. Queixa de dificuldade para conciliar todas as noites	
5	INSÔNIA INTERMEDIÁRIA 0. Sem dificuldade 1. Queixa-se de inquietude e perturbação durante a noite 2. Acorda à noite; qualquer saída da cama (exceto para urinar)	
6	INSÔNIA TARDIA 0. Sem dificuldade 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama	
7	TRABALHOS E ATIVIDADES 0. Sem dificuldade 1. Pensamento/sentimento de incapacidade, fadiga, fraqueza relacionada às atividades; trabalho ou passatempos 2. Perda de interesse por atividades (passatempos, trabalho) – quer diretamente relatada pelo paciente, ou indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividades). 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente passa menos de 3h em atividades externas (passatempos ou trabalho hospitalar) 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem auxílio	

8	RETARDO 0. Pensamento e fala normais 1. Leve retardo durante a entrevista 2. Retardo óbvio à entrevista 3. Estupor completo	
9	AGITAÇÃO 0. Nenhuma 1. Brinca com as mãos ou com os cabelos, etc 2. Troce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios	
10	ANSIEDADE PSÍQUICA 0. Sem ansiedade 1. Tensão e irritabilidade subjetivas 2. Preocupação com trivialidades 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala 4. Medos expressos sem serem inquiridos	
11	ANSIEDADE SOMÁTICA (sintomas fisiológicos de ansiedade: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações; palpitações, cefaléia, hiperventilação, suspiros, sudorese, freqüência urinária) 0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante	
12	ANSIEDADE SOMÁTICA (sintomas fisiológicos de ansiedade: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações; palpitações, cefaléia, hiperventilação, suspiros, sudorese, freqüência urinária) 0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante	
13	SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL 0. Nenhum 1. Peso nos membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgia. Perda de energia e cansaço 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2	
14	SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, sintomas menstruais) 0. Ausentes 1. Leves distúrbios menstruais 2. Intensos	
15	HIPOCONDRIA (MEDO DE ESTAR DOENTE) 0. Ausente 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo) 2. Preocupação com a saúde 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc 4. Idéias delirantes hipocondríacas	

16	<p>PERDA DE PESO (Marcar A ou B; A – pela história; B – pela avaliação semanal do psiquiatra responsável)</p> <p>A.</p> <p>0. Sem perda de peso</p> <p>1. Provável perda de peso da doença atual</p> <p>2. Perda de peso definida</p> <p>B.</p> <p>0. Menos de 0,5kg de perda por semana</p> <p>1. Mais de 0,5kg de perda por semana</p>	
17	<p>CONSCIÊNCIA DA DOENÇA</p> <p>0. Reconhece que está deprimido e doente</p> <p>1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, necessidade de repouso</p> <p>2. Nega estar doente</p>	
18	<p>VARIAÇÃO DIURNA (se há variação dos sintomas pela manhã ou à noite; caso não haja variação, marcar 0)</p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Leve</p> <p>2. Grave</p>	
19	<p>DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO (Idéias niilistas, sensações de irrealidade)</p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Leves</p> <p>2. Moderadas</p> <p>3. Graves</p> <p>4. Incapacitantes</p>	
20	<p>SINTOMAS PARANOIDES</p> <p>0. Nenhum</p> <p>1. Desconfiança</p> <p>2. Idéias de referência</p> <p>3. Delírio de referência e perseguição</p>	
21	<p>SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS</p> <p>0. Nenhum</p> <p>1. Leves</p> <p>2. Graves</p>	

ESCORE TOTAL = _____ PONTOS

* Adapted from Hamilton, M. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 23:56-62, 1960