



Intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão em doentes com Lesão Cerebral Adquirida: Estudo exploratório sobre as expectativas, satisfação e perceções sobre o processo de mudança ao longo do tratamento.

Departamento: Ciências Sociais e do Comportamento

Raquel Sofia Ribeiro dos Santos Rocha, nº 30090

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Marlene Patrícia Monteiro Sousa

Castêlo da Maia, janeiro de 2020

Ano letivo 2019/2020

Agradecimentos

Começo por agradecer aos meus pais, aos meus avós e aos meus irmãos pelo apoio incondicional que foram dando ao longo destes anos.

À minha cara metade por toda a força, por todo o apoio incondicional, por todo o amor, por nunca me ter deixado desistir!

Agradeço às estrelas por ter conseguido chegar até aqui, sem dúvida uma grande batalha. Foram 5 anos como trabalhadora-estudante, foi difícil, mas sem dúvida recompensador. É com muito orgulho que posso dizer que lutei por um grande sonho!

Um agradecimento grande aos profissionais de psicologia do CRPG e aos clientes que entraram neste estudo!

Em especial à prof^a. Dr.^a Marlene Sousa orientadora da presente dissertação de mestrado, por não ter desistido de mim, pelo apoio e incentivo, até ao último momento. Simplesmente incansável. Agradeço por toda a partilha de conhecimentos e pelos conselhos quando foram necessários em momentos mais difíceis deste ano letivo. Agradeço por me ter feito crescer a nível profissional, como pessoal!

A todos aqueles que me incentivaram e de alguma forma me possibilitaram a realização deste trabalho.

Obrigado/a a todos/as!

Resumo

A expectativa e a satisfação são dimensões pouco estudadas, especialmente em Portugal. No entanto, têm-se vindo a revelar dimensões importantes para o bem-estar do cliente e o sucesso terapêutico. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo desenvolver e implementar uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com lesão cerebral adquirida e sintomatologia depressiva em contexto da reabilitação, e ainda quisemos: (a) Descrever as expectativas (pré-intervenção) e a satisfação (pós-intervenção) dos participantes com a intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão; (b) Analisar a relação entre as expectativas e a satisfação dos participantes com a intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão; (c) Examinar a relação entre as expectativas e a satisfação com a intervenção cognitivo-comportamental em grupo e a sua eficácia; (d) Descrever o processo de mudança ao longo da intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão. Este estudo contou com uma amostra de 6 pessoas com lesão cerebral adquirida, acompanhadas num centro de reabilitação. Como medidas utilizamos essencialmente quatro: *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), *Credibility and Expectancy Questionnaire* (CEQ; Borkovec & Nau, 1972; Devilly & Borkovec, 2000), *Client Satisfaction Scale* (CSQ-18; Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) e a *Change Interview* (adaptada a partir da entrevista original de Elliott, Slatick, & Urman, 2001, versão de 2008). Os resultados permitem concluir que efetivamente o protocolo desenvolvido baseado na intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão promoveu o processo de mudança dos/das participantes. Pela falta de estudos sobre as expectativas e a satisfação com o tratamento, bem como pela falta de relatos sobre o processo de mudança ao longo do tratamento. como consideramos necessário continuar a explorar este fenómeno.

Palavras-chaves: Expectativa; Satisfação; Mudança; Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo; Sintomatologia depressiva; Lesão Cerebral Adquirida; Reabilitação.

Abstract

Expectation and satisfaction are little studied dimensions, especially in Portugal. However, important dimensions for client well-being and therapeutic success have been revealed. In this sense, the present study aimed to develop and implement a group cognitive behavioral intervention for people with acquired brain injury and depressive symptoms in the context of rehabilitation, and we also wanted to: (a) Describe expectations (pre-intervention) and satisfaction (post-intervention) of participants with cognitive behavioral group intervention for depression; (b) Analyze the relationship between participants' expectations and satisfaction with group cognitive behavioral intervention for depression; (c) Examine the relationship between expectations and satisfaction with cognitive behavioral group intervention and its effectiveness; (d) Describe the process of change throughout cognitive behavioral group intervention for depression. This study included a sample of 6 people with acquired brain injury, followed at a rehabilitation center. As measures we used essentially four: Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), Credibility and Expectancy Questionnaire (CEQ; Borkovec & Nau, 1972; Devilly & Borkovec, 2000), Client Satisfaction Scale (CSQ) -18; Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) and Change Interview (adapted from the original interview by Elliott, Slatick, & Urman, 2001, 2008 version). The results allow us to conclude that effectively the protocol developed based on cognitive behavioral group intervention for depression promoted the change process of the participants. The lack of studies on expectations and satisfaction with treatment, as well as the lack of reports on the process of change throughout treatment. as we consider it necessary to further explore this phenomenon.

Keys words: Expectancy; Satisfaction; Change; Cognitive Behavioral Therapy in group; Depressive symptomatology; Acquired Brain Injury; Rehabilitation.

Lista de abreviaturas

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

CEQ – Credibility and Expectation Questionnaire

CSQ-18 – Cliente Satisfaction Scale

DCV – Doença Cardiovascular

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – quinta edição

EDM – Episódios Depressivos Major

LCA – Lesão Cerebral Adquirida

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHQ 9 - Patient Health Questionnaire

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

WHO – World Health Organization

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1. Enquadramento Teórico	2
1.1. Depressão	2
1.1.1. Caracterização geral da depressão a nível mundial.....	2
1.2. Lesão Cerebral Adquirida	4
1.2.1. Caracterização da depressão na Lesão Cerebral Adquirida	6
1.2.2. Prevalência da depressão em doentes com Lesão Cerebral Adquirida	8
1.2.3. O impacto da depressão em doentes com Lesão Cerebral Adquirida na sua funcionalidade, qualidade de vida e reabilitação/recuperação	9
1.3. A intervenção cognitivo-comportamental na depressão em indivíduos com Lesão Cerebral Adquirida	11
1.3.1. Características da intervenção em grupo e a sua eficácia	14
1.4. As expectativas em relação ao tratamento e o impacto no seu resultado.....	15
1.5. A satisfação em relação ao tratamento e o impacto no resultado.....	17
Capítulo 2. Estudo empírico.....	20
2.1. Introdução.....	20
2.2. Método	21
2.2.1. Participantes	21
2.2.2. Terapeutas	23
2.3. Instrumentos	23
2.3.1. Questionário sociodemográfico.....	23

2.3.2.	Credibility and Expectancy Questionnaire.....	23
2.3.3.	Client Satisfaction Scale.....	24
2.3.4.	<i>Change Interview</i>	25
2.3.5.	Patient Health Questionnaire 9.....	25
2.4.	Procedimentos	26
2.4.1.	Procedimentos de recolha de dados.....	26
2.4.2.	Protocolo de avaliação.....	26
2.4.3.	Protocolo de intervenção	28
2.4.4.	Procedimentos de análise de dados	30
2.4.4.1.	Dados quantitativos	30
2.4.5.	Resultados	31
2.4.5.1.	Resultados dos dados quantitativos.....	31
2.4.5.1.1.	<i>Caracterização da sintomatologia depressiva do participante no fim do tratamento</i> 31	
2.4.5.1.2.	<i>Caracterização da credibilidade atribuída pelo participante ao tratamento.</i> 32	
2.4.5.1.3.	<i>Caraterização da expectativa atribuída pelo participante ao tratamento.....</i> 32	
2.4.5.1.4.	<i>Caraterização da satisfação do participante relativamente ao tratamento.....</i> 32	
2.4.5.1.5.	<i>Relação entre a expectativa e a credibilidade com o tratamento</i> 33	
2.4.5.1.6.	<i>Relação entre a credibilidade e a expectativa e a sintomatologia depressiva no final do tratamento</i> 33	
2.4.5.1.7.	<i>Relação entre a expectativa e a satisfação com o tratamento</i> 33	
2.4.5.1.8.	<i>Relação entre a credibilidade e a satisfação com o tratamento</i> 33	

2.4.5.1.9. *Relação entre a satisfação e a sintomatologia depressiva no final do tratamento*

33

2.4.5.2.	Resultados dos dados qualitativos.....	34
a)	Evolução desde o início do tratamento.....	34
b)	Perceção individual sobre o tratamento psicológico em grupo.....	35
c)	Mudanças sentidas com o tratamento psicológico em grupo.....	36
d)	Mudanças ainda não alcançadas.....	37
e)	Aspetos a mudar que foram promovidos pelo tratamento psicológico, mas que não foram equacionados anteriormente.....	38
f)	Perceção da mudança.....	40
g)	Aspetos associados à mudança.....	41
h)	Recursos.....	43
g)	Limitações à aplicação das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico.....	44
i)	Aspetos do tratamento psicológico que o ajudaram.....	45
j)	Aspetos negativos do tratamento psicológico.....	46
2.5.	Discussão.....	47
2.6.	Conclusão, limitações e direções futuras.....	50
	Referências.....	51
	Anexo I – Manual de Intervenção.....	II
	Anexo II – Análise Temática.....	XXI

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes23

Quadro 2 – Medidas descritivas para a credibilidade, a expectativa e a satisfação32

Índice de Figuras

Figura 1 – Categorias e subcategorias associadas ao tema “evolução desde o início do tratamento”.....	34
Figura 2 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “percepção individual sobre o tratamento psicológico em grupo”.....	35
Figura 3 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “mudanças sentidas com o tratamento psicológico em grupo”.....	36
Figura 4 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “mudança ainda não alcançadas”	37
Figura 5 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “aspectos a mudar que foram promovidos pelo tratamento psicológico, mas que não foram equacionados anteriormente”.....	38
Figura 6 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “percepção da mudança”.....	40
Figura 7 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “aspectos associados à mudança”	41
Figura 8 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “recursos”	43
Figura 9 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “limitações à aplicação das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico”.....	44
Figura 10 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “aspectos do tratamento psicológico que ajudaram”	45
Figura 11 - Categorias e subcategorias associadas ao tema “aspectos negativos do tratamento psicológico”	46

Introdução

Nos últimos anos a preocupação com a expectativa e a satisfação do cliente com os serviços de saúde prestados tem vindo a aumentar. Contudo, esta temática não tem sido muito estudada na área da Psicologia. O presente estudo assume-se como um estudo exploratório, em contexto de reabilitação, que pretende avaliar a expectativa, a credibilidade e a satisfação com uma intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo para pessoas com Lesão Cerebral Adquirida (LCA) e sintomatologia depressiva, bem como dar a voz aos participantes de forma a perceber as suas perceções sobre o processo de mudança ao longo do tratamento.

Apesar de serem poucos os estudos encontrados na literatura, Donovan, Kadden, DiClemente e Carrol (2002) sugerem que a satisfação do cliente com o tratamento apresenta um carácter importante na avaliação da eficácia e dos resultados do tratamento. A satisfação do cliente com a experiência terapêutica está correlacionada positivamente com o sucesso terapêutico e, ainda, associada à qualidade de vida do mesmo. Contudo, não só a satisfação contribui para o sucesso terapêutico. Segundo estes autores, as expectativas positivas em relação ao tratamento também estão relacionadas com bons resultados no final do mesmo (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011).

A presente dissertação de mestrado encontra-se dividida em diferentes capítulos. No primeiro capítulo, contempla-se o enquadramento teórico que aborda os constructos da depressão e da LCA, bem como a pertinência e a eficácia da terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) nestas problemáticas. O segundo capítulo contempla o estudo empírico, mais precisamente, os seus objetivos de investigação, a amostra, os instrumentos, os procedimentos de recolha e de análise de dados adotados, a apresentação de resultados e discussão dos mesmos. Por último, apresentam-se as conclusões e limitações do presente estudo, como também as implicações para investigações futuras.

Capítulo 1. Enquadramento Teórico

Neste capítulo, serão abordados os conceitos e constructos necessários para o enquadramento teórico do presente estudo. Neste sentido, inicialmente será abordada a depressão na população normativa, bem como a sua prevalência e os sintomas associados. De seguida, caracterizar-se-á a Lesão Cerebral Adquirida (LCA), documentando especificamente a prevalência da sintomatologia depressiva nesta população e o seu impacto na funcionalidade, qualidade de vida e recuperação. No final deste capítulo, será abordada a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em grupo na depressão e em pessoas com LCA, sendo apresentados estudos relacionados com a eficácia deste tipo de intervenção e, ainda, estudos sobre as expectativas e satisfação com o tratamento.

1.1. Depressão

Neste subtópico, irá ser abordado o conceito de depressão, os critérios de diagnóstico de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), bem como a sua prevalência na população a nível mundial.

1.1.1. Caracterização geral da depressão a nível mundial

Como Townsend (2011) refere, a depressão é, possivelmente, a perturbação mais antiga e mais frequente nos dias de hoje, de entre todas as perturbações psiquiátricas existentes. A depressão caracteriza-se pela existência de um período marcado por tristeza ou por desânimo, como resposta a desilusões ou frustrações sentidas durante o dia-a-dia. Quando o processo de adaptação a essas desilusões, frustrações ou alterações, sejam estas situações reais ou sentidas, não ocorre de uma forma adaptativa surge a depressão, como um quadro psicopatológico (Townsend, 2011). Esta perturbação, segundo o modelo Cognitivo-Comportamental, é mantida por padrões negativos de pensamento, tais como pensamentos autocríticos e pessimistas, por

um processamento enviesado de informações e comportamentos de evitamento desadaptativos, como o isolamento social (DeRubeis et al., 2010).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), a depressão pode manifestar-se através de um ou mais Episódios Depressivos Major (EDM) (Cizil & Beluco, 2019). De acordo com o DSM-5, é necessário que estejam presentes cinco ou mais sintomas, tais como: (1) presença de um humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; (2) perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias; (3) perda de peso ou ganho de peso significativo, ou aumento ou diminuição do apetite quase todos os dias; (4) insónia ou hipersónia quase todos os dias; (5) agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias; (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (7) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva inapropriados, quase todos os dias; (8) redução da capacidade de concentração ou de pensar, ou redução da capacidade em tomar decisões, quase todos os dias; (9) pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (APA, 2013).

Para um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major é necessário que os cinco ou mais sintomas estejam presentes durante um período de duas semanas consecutivas, e que esteja pelo menos presente, humor deprimido ou perda de interesse ou de prazer em atividades anteriormente prazerosas, persistindo na maior parte do dia, em quase todas as atividades e quase todos os dias (APA, 2013; Cizil & Beluco, 2019). O indivíduo que preenche os critérios para a Perturbação Depressiva Major apresenta mal-estar ou défice clinicamente significativo no seu funcionamento social, ocupacional, profissional ou em outras áreas importantes da sua vida (APA, 2013).

Podemos considerar a depressão como um problema de saúde pública, sendo esta uma das perturbações mentais mais prevalentes no mundo Ocidental (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017). A OMS (2017) constatou que a nível mundial, entre 2005 a 2015, o

número de indivíduos com depressão aumentou aproximadamente 18,4%. Neste sentido, estima-se que cerca de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão, o equivalente a 4,4% da população mundial (OMS, 2012, 2017). Atualmente, a perturbação depressiva é considerada, a nível mundial, a terceira causa de morte, prevendo-se que em 2030 passe a ser considerada a primeira causa a nível mundial, com o agravamento das taxas de suicídio e parasuicídio (World Health Organization, 2014).

A sua prevalência, no sexo feminino é de aproximadamente 5,1% e no sexo masculino é de cerca de 3,6%, muito embora seja importante realçar que a prevalência nos sexos é variável consoante as regiões mundiais (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013). Relativamente à idade, a depressão é mais prevalente na idade adulta, especificamente numa idade mais avançada, alcançando uma taxa de prevalência acima de 7,5% entre as mulheres com idades compreendidas entre os 55 e os 74 anos e acima de 5,5% entre os homens (DGS, 2013).

Em Portugal, cerca de um quinto dos indivíduos (isto é, aproximadamente 22,9%) sofre de uma perturbação psiquiátrica (DGS, 2014). Comparando as perturbações psiquiátricas em termos da sua prevalência, as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma maior prevalência (cerca de 16,5%), sendo que de seguida surgem as perturbações de humor (cerca de 7,9%) (Xavier et al., 2013; DGS, 2014). De entre as perturbações de humor existentes, a perturbação depressiva major é a mais comum na sociedade portuguesa, apresentando a maior taxa de prevalência (Xavier et al., 2013).

1.2. Lesão Cerebral Adquirida

Neste subtópico, irá ser abordado o conceito de Lesão Cerebral Adquirida (LCA), caracterizando a sintomatologia depressiva nesta população, bem como, será descrito o impacto da sintomatologia depressiva em doentes com LCA na sua funcionalidade, qualidade de vida e na reabilitação/recuperação.

A LCA trata-se de uma lesão no cérebro, não-degenerativa, que pode ser provocada por eventos traumáticos (eventos externos), como o Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) ou não-traumáticos (eventos internos), como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Cattelani, Zettin, & Zuccolotti, 2010). Esta pode provocar alterações permanentes ou temporárias em vários domínios do funcionamento dos indivíduos, tais como, motor, emocional, comportamental e cognitivo (Adolphs et al., 2003).

A literatura mostra-nos que há vários sintomas e consequências após uma LCA, contudo, estes podem variar de indivíduo para indivíduo, pelo que é necessário ter em conta diferentes fatores associados ao indivíduo (e.g., idade, escolaridade, estado prévio de saúde), bem como fatores associados à lesão (e.g., severidade, outras complicações). As alterações a nível físico são várias, salientando-se problemas de movimento e deslocação (e.g. lentificação), dificuldade na coordenação motora e no equilíbrio, redução da força física, fadiga, perda de sensibilidade (e.g., no toque, no olfato e na visão) (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2006). Além disso, podem surgir também alterações neuropsicológicas, como défice na memória, na atenção e concentração, alteração da linguagem e comunicação, na perceção, no raciocínio lógico e nas funções executivas (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2006). O domínio emocional também pode ser afetado, podendo ocorrer sobretudo alterações de humor, depressão, ansiedade, isolamento social, irritabilidade, e, ainda, défices comportamentais como, por exemplo, a impulsividade, agressividade e apatia (Zawadzka & Domańska, 2014; Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2006). Em termos sociais, os défices são responsáveis pela limitação em áreas de vida significativas, tais como o contexto laboral e/ou o lazer, o que tem como consequência a restrição da participação e autonomia, aumentando a suscetibilidade para a vulnerabilidade social (Wilson, 2011).

Em suma, as alterações anteriormente mencionadas comprometem diferentes áreas da vida do indivíduo, tais como, atividades de vida diária (AVD), no contexto laboral e/ou lazer,

afetando desta forma, o seu nível de funcionalidade, de participação e de autonomia (Wilson, 2011), bem como a sua qualidade de vida (Mitchell, Kemp, Benito-Leon, & Reuber, 2010).

1.2.1. Caracterização da depressão na Lesão Cerebral Adquirida

A LCA é considerada um acontecimento marcante para o qual a maioria dos indivíduos não se encontra preparada, e que leva à necessidade de adaptações a nível físico, social e emocional não só para o indivíduo, mas também para os que o rodeiam (Carvalho, 2015). Após a lesão, o indivíduo pode passar por diversas experiências, tais como, momentos de tristeza, angústia e desânimo, medo de perder definitivamente a sua funcionalidade, receio de ter um novo episódio, medo da morte, sentimentos de culpa, perda da autoestima e alterações da personalidade, como agressividade ou comportamento infantil (Tallis & Fillit, 2005).

Estudos demonstram que as perturbações psicológicas mais comuns após uma LCA são a depressão e a ansiedade (Bryant et al., 2010; Koponen et al., 2002). Mais precisamente, a depressão encontra-se associada a um prognóstico comum após a lesão, afetando negativamente a recuperação/reabilitação, a qualidade de vida e a funcionalidade das pessoas. Com efeito, alguns estudos demonstram que a depressão após a lesão afeta o sono e a cognição, fomenta o isolamento social, e ainda, o aumento da mortalidade (Jyotirekha & Rajanikant, 2018; Hadidi, Treat-Jacobson, & Lindquist, 2009; Landreville et al., 2009).

O desenvolvimento da depressão pode ocorrer logo ou vários meses depois do acidente, embora alguns autores considerem que há um período crítico de início que se situa alguns meses após a lesão (Dam, 2001). Hadidi et al. (2009) afirmam que o tempo entre o episódio de LCA e o desenvolvimento de depressão deve-se à consciencialização do caráter crónico da incapacidade adquirida e ao luto de uma recuperação completa da sua funcionalidade. No entanto, estes autores consideram que a reorganização da funcionalidade após a lesão, no que toca à rede de apoio, poderá auxiliar na regulação das emoções de uma forma mais adaptativa.

Outro fator relevante a ter em consideração, segundo alguns autores, são as diferenças no que toca ao quadro sintomatológico da depressão após lesão, mais especificamente após-AVC, entre a fase aguda e a fase crónica (Sibon, Lassalle-Lagadec, Renou, & Swendsen, 2012). Neste sentido, chegaram à conclusão que a anedonia e a fadiga são sintomas comuns da depressão na fase aguda do AVC, enquanto numa fase crónica os pensamentos negativos, stress, ansiedade e tristeza são mais prevalentes (Sibon et al., 2012). Segundo outros autores (e.g., Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, & Kim, 2011; Sagen et al., 2010), outros sintomas como a apatia ou a perda de interesse, ansiedade e labilidade emocional são comuns na depressão após-AVC.

Um outro autor, Dijkers (2004), afirma que a severidade dos danos cerebrais pode estar relacionada com o desenvolvimento da perturbação depressiva em indivíduos com LCA. Neste sentido, este autor defende que, quanto maior for a severidade dos danos cerebrais, maior será o risco de desenvolvimento de uma depressão (Dijkers, 2004). No entanto, não há consistência ao nível da literatura a esse nível.

Outros autores defendem que, no caso do AVC, pode existir uma correlação entre a depressão e a localização da lesão no cérebro (Hecht, 2010; Llorca, Castilla-Guerra, Fernández, Ruiz, & Jiménez, 2015). Neste sentido, segundo as investigações realizadas, verifica-se que as lesões no hemisfério esquerdo apresentam maior correlação com a depressão do que as lesões no hemisfério direito (Ahn et al., 2015; Barker- Collo, 2007; Terroni et al., 2003; Vataja et al., 2001; Vataja et al., 2004). Contudo, o impacto da localização da lesão no cérebro, nos estudos realizados, nem sempre se demonstra consistente (Hadidi, Treat-Jacobson, & Lindquist, 2009). Estudos anteriores relataram que, no TCE, as lesões no hemisfério direito estão associadas ao surgimento de sintomatologia depressiva, enquanto a presença de lesões frontais está associada a um menor risco deste tipo de perturbação (Jorge, Robinson, Starkstein, & Arndt, 1993). No

entanto, há autores que não encontram correlação entre a região do cérebro e a depressão (Rogers & Read, 2007).

1.2.2. Prevalência da depressão em doentes com Lesão Cerebral Adquirida

Como já foi referido anteriormente, a depressão é considerada a perturbação mental mais prevalente após uma LCA. Estima-se que o desenvolvimento da depressão em casos de LCA é quase três vezes mais comum do que na população normativa (Towfighi, et al., 2017). No caso específico do TCE, possui uma prevalência de 30% (Diaz et al., 2012; Hart et al., 2012; Trevena & Cameron, 2011; Whelan-Goodinson et al., 2010), muito embora alguns estudos apontem para valores mais elevados, nomeadamente 77% dos indivíduos (Seel, Macciocchi, & Kreutzer, 2010). No caso do AVC, a prevalência ronda os 30 e os 35% (Towfighi, et al., 2017). Ressalta-se que as prevalências variam de estudo para estudo, devido aos critérios e instrumentos utilizados, bem como aos critérios de inclusão definidos (Hackett et al., 2005).

Jorge et al. (2004), num estudo realizado em contexto hospitalar com o objetivo descrever os resultados obtidos através da análise da neuroimagem clínica, neuropsicológica e estrutural da depressão, com cerca de 91 pacientes com TCE, verificaram que a prevalência da depressão no primeiro ano após o traumatismo é de 33% a 42%, enquanto nos primeiros 7 anos é de 61%.

Outros autores defendem que, em termos de prevalência, a depressão é a perturbação mental com níveis mais elevados no primeiro mês após AVC (Brito & Rabinovich, 2008; Laugharne et al., 2010), uma vez que os indivíduos são confrontados com limitações que anteriormente não tinham, o que poderá aumentar a possibilidade de desenvolverem sintomatologia depressiva neste período, bem como outras complicações psicológicas (Fernandes, 2009). No entanto, há estudos que indicam que, após este período, existe um decréscimo nos sintomas depressivos, com maiores progressos nas primeiras semanas (Nunes,

Pereira, & Silva, 2005) e depois, de forma mais lenta, até aos 12 meses (Nunes et al., 2005; Robinson & Spalletta, 2010). Contudo, estes sintomas depressivos poderão voltar a aumentar passados dois ou três anos (Zawadzka & Domańska, 2014).

Uma meta-análise recente, na qual apresenta um tempo de 0,5 a 30 anos após o acidente, mostra que 27% das pessoas foram diagnosticadas com sintomatologia depressiva, entre 6 meses a 2 anos após TCE e 38% relataram sintomas clinicamente significativos de depressão (Osborn, Mathias, & Fairweather-Schmidt, 2014).

Em suma, as investigações demonstram que a depressão após um episódio de AVC ou TCE apresenta prevalências elevadas, mas que variam consoante as ferramentas e os critérios utilizados (Hackett et al., 2005, Poynter et al., 2009).

1.2.3. O impacto da depressão em doentes com Lesão Cerebral Adquirida na sua funcionalidade, qualidade de vida e reabilitação/recuperação

Como vimos anteriormente, o desenvolvimento de sintomatologia depressiva é bastante comum em indivíduos que sofreram uma lesão cerebral, e que conseqüentemente, provoca sequelas em diferentes domínios. Desta forma, neste subtópico irão ser abordados os conceitos de funcionalidade, qualidade de vida e reabilitação/recuperação.

A literatura diz-nos que a depressão é uma perturbação preocupante devido aos efeitos que provoca na saúde física e mental, na funcionalidade e na qualidade de vida (QV) do indivíduo (Fann, Hart, & Schomer, 2009). Diz-nos também que compromete o funcionamento do indivíduo, e que todos os sintomas de depressão podem contribuir para comprometimentos funcionais mais globais (American Psychiatric Association, 2013; Lam et al., 2012; Wise et al., 2008).

Antes de alongar esta temática, importa esclarecer do que se trata o conceito de “funcionalidade”. Assim sendo, este compreende vários domínios, como a produtividade no

trabalho, o funcionamento social, bem como os relacionamentos interpessoais, os cuidados pessoais e a QV (Endicott & Dorries, 2009; Greer et al., 2010).

Os prejuízos ao nível da funcionalidade associados à depressão são vários, e resultam em prejuízos sociais e ocupacionais que perturbam o trabalho, a escola, o lazer, as atividades da vida familiar e as responsabilidades familiares (American Psychiatric Association, 2013; Greer et al., 2010). Com a agravante de que após uma lesão cerebral também ocorrem alterações ao nível da funcionalidade do indivíduo. Estas alterações comprometem as atividades de vida diária (AVD) dos indivíduos, afetando, desta forma, o seu nível de funcionalidade e independência (Bottari, Gosselin, Guillemette, Lamoureux, & Pfito, 2011; Sadek, Stricker, Adair, & Haaland, 2011), mas também a sua qualidade de vida (Mitchell, Kemp, Benito-Leon, & Reuber, 2010; Terroni, Mattos, Sobreiro, Guajaro, & Fráguas, 2009).

Apesar da existência de poucos estudos nesta área, tem vindo a ser estudada a influência da depressão a longo prazo nos pacientes com LCA e acredita-se que prejudica a reabilitação. Segundo Dafer, Rao, Shareef e Sharma (2008), a depressão pode impedir a recuperação de uma lesão cerebral, como o AVC, e prejudicar os resultados, afetando o seu funcionamento, as habilidades motoras, as funções cognitivas e a QV.

Outros autores também têm estudado esta temática e chegaram à conclusão de que, após o AVC, a depressão afeta negativamente a recuperação do indivíduo, bem como a qualidade de vida, aumentando a incapacidade e diminuindo, por sua vez, a funcionalidade, (Jyotirekha & Rajanikant, 2018; Hadidi et al., 2009; Landreville et al., 2009).

Neste sentido, Pais Ribeiro (2005) alerta para a necessidade de a reabilitação junto dos doentes com LCA comece o mais cedo possível, sabendo que, para além, das consequências motoras e cognitivas, ocorrem alterações a nível emocional (depressão). Este autor também nos diz que, com as alterações a nível físico, cognitivo e emocional, as expectativas do doente

diminuem, e conseqüentemente, a motivação do doente também diminui para se empenhar na recuperação (Pais Ribeiro, 2005).

Uma meta-análise sugeriu que abordagens como a ativação comportamental da TCC, mais especificamente o agendamento de atividades, demonstram ser promissoras e poderiam ser integradas em protocolos de tratamento holísticos para melhorar o humor (Cujipers, van Straten, & Warmerdan, 2007). Além disso, apresentam resultados relevantes para a reabilitação, nomeadamente no estabelecimento de objetivos e nas funções executivas (Fann, Hart, & Schomer, 2009). Segundo alguns autores (e.g., Hart & Evans, 2006; Levack et al., 2006; Hofer, Holtforth, Frischknecht, & Znoj, 2010), estabelecer e atingir objetivos são componentes críticos no processo de reabilitação e podem ficar comprometidos após LCA. Não obstante, intervenções que promovam a consecução de objetivos e abordem as deficiências nas funções executivas podem prevenir ou melhorar a sintomatologia depressiva (Hudak, Hynan, Harper, & Diaz, 2012; Arundine et al., 2012).

1.3. A intervenção cognitivo-comportamental na depressão em indivíduos com Lesão Cerebral Adquirida

Atualmente existem poucos estudos relacionados com a implementação de intervenções psicológicas no tratamento da depressão após LCA, como o AVC e o TCE. Contudo, a depressão pós-lesão cerebral é preocupante e carece de um tratamento adequado para que ocorra a redução dos sintomas depressivos, a melhoria do humor e da qualidade de vida do indivíduo e a remissão completa a longo prazo (Hackett & Anderson, 2005; Lökk & Delbari, 2010).

A TCC surge há mais de quatro décadas nos trabalhos de investigação sobre a depressão de Aaron Beck (1979), como uma abordagem que tem como enfoque a mudança de processos cognitivos desadaptativos no alívio da psicopatologia e do sofrimento emocional (Beck, 2011; Johnsen & Fribourg, 2015). Neste sentido, a TCC procura reestruturar e corrigir os pensamentos

distorcidos e desadaptativos que os indivíduos têm acerca da realidade para que, posteriormente, seja possível desenvolver alternativas mais adaptativas que favoreçam a mudança e, conseqüentemente, melhorem o modo como os indivíduos se sentem e se comportam. Esta terapia utiliza diferentes estratégias cognitivas como, por exemplo, a identificação, o questionamento e a reestruturação de pensamentos automáticos. Como técnicas comportamentais utiliza, por exemplo, o agendamento de atividades, role-plays e estratégias de solução de problemas (Knapp & Beck, 2008).

Vários são os estudos que têm vindo a comprovar a eficácia da TCC na redução da sintomatologia depressiva. Esta terapia tem sido alvo de um elevado número de estudos. Com efeito, em 2006, Butler et al. identificaram 16 meta-análises em que abordam a TCC. Já em 2012, Hofmann et al. identificaram 269 estudos de meta-análise com foco na TCC. Até à presente data, várias são os estudos que relatam a eficácia da TCC para a redução da sintomatologia depressiva (Cuijpers et al., 2013), e ansiosa (Hofmann & Smits, 2008). É um tratamento eficaz ao nível da perturbação depressiva major (Cuijpers et al., 2010), distímia ou perturbação depressiva persistente (Driessen & Hollon, 2010), depressão comórbida e condições físicas (Beltman et al., 2010), perturbação de ansiedade generalizada (Gould et al., 1997) e fobia social (Gould et al., 1997).

A pesquisa sobre a eficácia da TCC sugere a versatilidade da mesma, na medida em que serve de suporte para o tratamento de depressão e de ansiedade em diferentes estádios de desenvolvimento, desde crianças mais jovens, adolescentes (Reinecke et al., 1998) a adultos mais velhos (Gould et al., 2012). Além disso, a eficácia da TCC é demonstrada através de várias populações de pacientes, como aqueles que vivem com dor crônica (Morley et al., 1999), diabetes (Gary et al., 2003) e insônia (Trauer et al., 2015).

Estudos mais recentes indicam também que a TCC é eficaz na redução da sintomatologia ansiógena e depressiva em pacientes com doenças crônicas (van Straten, Geraedts, Verdonck-

de Leeuw, Andersson, & Cuijpers, 2010). Neste sentido, um estudo realizado por Bennebroek Evertsz et al. (2017), com o objetivo de analisar o efeito da TCC para doentes com doença inflamatória intestinal na qualidade de vida, ansiedade e depressão, demonstrou que a TCC foi eficaz na melhoria da qualidade de vida destes doentes, bem como na redução da sua sintomatologia ansiógena e depressiva. Além disso, a TCC é também eficaz no tratamento da sintomatologia depressiva em pessoas com LCA (Lincoln & Flannaghan, 2003).

Ao analisarmos a literatura, é importante referir o estudo de Mitchell et al. (2009), no qual procuraram comparar os efeitos da TCC associada a antidepressivos aos efeitos do tratamento farmacológico isolado (grupo de controlo) em doentes que sofreram AVC e apresentavam sintomas depressivos. Estes autores chegaram à conclusão de que a TCC associada à medicação apresentaram uma maior efetividade na redução da sintomatologia depressiva, com taxas de remissão mais rápidas e mantidas durante os dois anos de seguimento do estudo. Pelo contrário, no grupo controlo, verificou-se uma redução mais gradual dos sintomas depressivos e taxas de remissão inferiores ao grupo de intervenção. Os autores concluíram que os antidepressivos atuam na melhoria do humor, enquanto a intervenção psicossocial fornece uma reestruturação psicológica ao ensinar aos doentes estratégias específicas para enfrentar os seus problemas e limitações (Mitchell et al., 2009).

Num estudo realizado por Ponsford et al. (2016), realizado com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa cognitivo-comportamental de nove semanas na redução da sintomatologia ansiógena e depressiva em três grupos de pessoas com TCE, verificaram resultados positivos nomeadamente ao nível da redução de ansiedade e depressão.

Num estudo recente levado a cabo por Reavell, Hopkinson, Clarkesmith e Lane (2018) com pacientes com doença cardiovascular, verificou-se que a TCC parece ser um tratamento eficaz para reduzir a depressão e a ansiedade nestes pacientes.

1.3.1. Características da intervenção em grupo e a sua eficácia

Tradicionalmente, a TCC foi prática durante algum tempo em formato individual (Bieling, McCabe, & Antony, 2009). Contudo, a intervenção cognitivo-comportamental no formato grupal tem vindo a ser bastante utilizada e a ter sucesso em diferentes problemáticas, com o objetivo de intervir em vários pacientes, no mesmo período de tempo, potenciando resultados mais abrangentes que na terapia individual (Bieling et al., 2009). Ao contrário da TCC individual, podemos definir a TCC em grupo como uma reunião de duas ou mais pessoas (normalmente de seis a oito pessoas) que trabalham em conjunto para atingir um objetivo comum terapêutico (Bieling et al., 2009).

Ambos os formatos têm vindo a demonstrar a sua eficácia no tratamento da depressão (Strunk, DeRubeis, & Hollon, 2010; Bockting, 2010; Simons et al., 2010; Jacobsen, Hansen, Storebø, Simonson & Gluud, 2011). Contudo, é importante salientar que os estudos que compararam a TCC individual e em grupo no tratamento da depressão demonstram que o tratamento em grupo se revela menos caro e mais acessível (Tucker & Oei, 2007; Vos et al., 2005). De facto, diversos estudos demonstram que a TCC para depressão num formato em grupo é uma alternativa custo-efetiva em relação ao tratamento individual (Tucker & Oei, 2007; Vos, Corry, Haby, Carter, & Andrews, 2005). Outros estudos também têm demonstrado a eficácia da TCC a nível grupal no tratamento para a depressão (Huntley et al., 2012; McDermut, Miller, & Brown, 2001; Oei & Dingle, 2008; Okumura & Ichikura, 2014).

A TCC em formato de grupo pode apresentar um grande número de vantagens, mas também desvantagens. Como vantagens, pode verificar-se o facto de os indivíduos beneficiarem da coesão grupal, sendo que o grupo ajuda a que o participante se envolva em experiências comportamentais e sociais, aprendendo com os outros (Thimm & Antonsen, 2014). Além disso, possibilita a simulação de situações sociais, a prática de role-play, a aprendizagem social e vicariante, que os pode auxiliar no processo de resolução de problemas. Há também, muitas

vezes, a identificação dos participantes com outros membros do grupo ao nível das suas problemáticas, quer relacionadas com a saúde (depressão), quer relacionadas com situações de vida, aumentando, desta forma, a rede social de apoio e a interação dos indivíduos presentes no grupo (Dogaheh, Mohammadkhani, & Dolatshahi 2011).

Como desvantagens da TCC em grupo pode mencionar-se o abandono precoce por parte dos participantes, pode não existir um foco de atenção mais específico nos problemas individuais ou nas crenças disfuncionais de cada paciente por parte do psicólogo, e podem surgir comportamentos de evitamento por parte dos indivíduos presentes no grupo (Dogaheh, Mohammadkhani & Dolatshahi 2011). Se os grupos forem heterogéneos, ou seja, se existirem diferentes problemáticas/perturbações, pode dificultar a intervenção e diminuir a sua eficácia (Bieling et al., 2009; Guerra et al., 2014).

No que concerne à eficácia desta terapia em grupo, os estudos mostram efeitos positivos na diminuição de sintomas e nas taxas de reincidência de múltiplas perturbações psiquiátricas, como, por exemplo, da depressão (Leahy et al., 2012; Beck, 2011; Dobson, 2010; Knapp & Beck, 2008; Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

Neste sentido, podemos constatar que a TCC em grupo possui um grau elevado de eficácia, e ainda com a vantagem de que em termos de custo-eficácia, é uma boa aposta, uma vez que envolve poucos recursos financeiros e tempo (Ponsford et al., 2016; Bjorgvinsson et al., 2014; Morokuma et al., 2013; Casañas et al., 2012; Whitfield, 2010; Bieling et al., 2009).

1.4.As expectativas em relação ao tratamento e o impacto no seu resultado

Atualmente existem poucos estudos nacionais e internacionais, sobretudo na área da LCA, relacionados com as expectativas em relação ao tratamento e o seu impacto no resultado. Procurou-se, por conseguinte, elencar estudos mais gerais sobre estes fenómenos.

Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano e Smith (2011) abordam as expectativas dos clientes em relação ao tratamento como um fator preditor para o sucesso da terapia. Estes autores definem as expectativas como um conjunto de crenças prognósticas dos clientes sobre as consequências do tratamento. Explicam que as expectativas dos resultados podem estar relacionadas com as crenças sobre a utilidade do tratamento, mesmo antes de entrarem em contacto com um terapeuta ou com o tratamento, e ainda que, estas podem ser modificadas pelas interações com o terapeuta, com o tratamento e pela avaliação do custo do tratamento e da eficácia (Constantino et al., 2011). Outros autores (e.g., Schulte, 2008) mencionam que os clientes que se encontram num maior grau de sofrimento se encontram motivados para o tratamento, mas ambigualmente apresentam baixa expectativa de que o tratamento lhes poderá ajudar, o que poderá prejudicar o sucesso do tratamento.

Outro constructo que se encontra relacionado com as expectativas é a credibilidade do tratamento, i.e., de que forma o tratamento parece ao cliente aceitável, adequado e lógico (Schulte, 2008). A credibilidade é uma percepção baseada no conhecimento adquirido através da experiência direta ou observação (Schulte, 2008). Assim, embora os conceitos estejam relacionados, a expectativa e a credibilidade são provavelmente distintos. A credibilidade poderá estar também relacionada com a satisfação com o tratamento (Schulte, 2008).

Vários estudos descobriram que a satisfação pode estar relacionada ao cumprimento das expectativas do cliente (Bjertnaes, Sjetne, & Iversen, 2011; Bowling et al., 2012; Duckro, Beal, & George, 1979; Gladstein, 1969). As expectativas do cliente desempenham um papel importante na perspectiva do cliente com o tratamento. Investigações sobre os cuidados de saúde e a saúde mental indicam que a satisfação é influenciada pelas expectativas (Palazzo et al., 2014; Swift & Callahan, 2009). Quando a experiência do tratamento atende a essas expectativas, é provável que os pacientes fiquem satisfeitos; quando a experiência falha em

atender às expectativas, os pacientes podem ficar insatisfeitos (Kurti, 2015; Duckro et al., 1979; Noble, Douglas & Newman, 2001; Larsen & Rootman, 1976).

Numa meta-análise realizada por Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano e Smith (2011) verificou-se que as expectativas positivas em relação à terapia estão relacionadas com bons resultados no fim do tratamento. Por outro lado, Arnkoff et al. (2002) afirmam que um cliente pode encontrar-se muito motivado para o tratamento, mas ainda assim ter baixas expectativas prognósticas de que realmente será útil.

Num estudo realizado por Lurie et al. (2016) com o objetivo de perceber o efeito das expectativas de tratamento do paciente nos resultados do tratamento para pacientes com hérnia de disco intervertebral, verificou-se que expectativas elevadas em relação ao tratamento tiveram associações positivas clinicamente significativas com os resultados.

Neste sentido, podemos constatar que as expectativas (pré-tratamento) podem estar relacionadas com a satisfação, bem como, com o resultado do tratamento.

1.5.A satisfação em relação ao tratamento e o impacto no resultado

Em Portugal, a satisfação do cliente com o tratamento psicológico não é de todo uma temática muito estudada, embora na literatura internacional se encontre um conjunto de estudos que procuram avaliar a eficácia da intervenção psicológica, bem como o impacto da satisfação no resultado da intervenção.

Kurti (2015) refere que a avaliação da satisfação do cliente foi estudada na última década, o que indica um crescente interesse pelos investigadores nesse constructo (Branson, Buxton, & Fryman, 2014; Williams, Coyle, & Healy, 1998). A satisfação com o tratamento psicológico tem vindo a tornar-se numa medida importante a ter em conta, sobretudo, na avaliação da qualidade nos cuidados de saúde (American College of Emergency Physicians, 2014; Laffel & Berwick, 1992; Rethans, Westin & Hays, 1996), e que pode determinar a eficácia dos

tratamentos do ponto de vista do cliente (Fortuna, Amado, Mota, Lima, & Pinto, 2001), e um cliente satisfeito tende a utilizar mais frequentemente o serviço (Westaway, Rheeder, Van Zyl, & Seager, 2003). Neste sentido, proporcionar a satisfação do cliente é uma necessidade para obter o sucesso do tratamento e permite ainda identificar melhorias de qualidade do tratamento (Fortuna et al., 2001).

A satisfação do cliente trata-se de um conceito multidimensional, dinâmico e em constante alteração (Fitzpatrick, 1993; Van der Merwe, 2016). Diz respeito, por exemplo, ao comportamento e às competências técnicas do profissional de saúde, a informação que lhe é fornecida ao longo do tratamento ou serviço, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde (Fitzpatrick, 1993). Também podemos considerar um constructo que promove a qualidade do tratamento de saúde prestado, expressa como satisfação ou insatisfação (Van der Merwe, 2016), tendo em conta, que satisfaz as necessidades e expectativas do cliente (Mendonça & Guerra, 2007; Hush, Cameron & Mackey, 2011).

Da literatura existente sobre satisfação do cliente, foi possível identificar fatores significativos que poderão estar relacionados com esta satisfação, designadamente: (a) satisfação com o terapeuta (Holikatti et al., 2012); (b) satisfação com a intenção e a confidencialidade do terapeuta (Prakash, 2010); (c) satisfação com a importância, proximidade e satisfação das necessidades (Hatamizadeh, Jafary, Vameghi, & Kazemnezhad, 2012); (d) satisfação com o cuidado geral, mais precisamente, com o resultado (Hatamizadeh et al., 2012); (e) satisfação com a solução de problemas (Chimbindi, Barnighausen & Newell, 2014); (f) satisfação com o serviço clínico (Chimbindi et al., 2014; Hatamizadeh et al. 2012); (g) satisfação com a capacidade de resposta da equipa (Chimbindi et al., 2014; Hatamizadeh et al. 2012).

Num estudo realizado por Miranda (2012) na área de Psicologia Clínica, através do qual se pretendia saber qual a relação existente entre a satisfação dos clientes de Psicologia e o bem-

estar subjetivo, chegou-se a várias conclusões: (a) a satisfação com o processo de tratamento, nomeadamente com a aliança terapêutica, a competência e empatia de o terapeuta, tem impacto no resultado; (b) a satisfação com o resultado promove o bem-estar e reduz a sintomatologia; (c) a insatisfação promove nível baixos de bem-estar e aumenta a sintomatologia; e, por fim, (d) o nível de satisfação também pode depender da duração do tratamento.

Estudos realizados demonstram que os clientes satisfeitos têm uma maior adesão à intervenção (Ferreira, 2000; Horne, Hankins, & Jenkins, 2001; McIntyre, Pereira, Silva, Fernandes & Correia, 2002), que, por sua vez, leva a uma diminuição da possibilidade de abandono (Melo, 2005), e aumenta a probabilidade de vir a ter resultados satisfatórios, garantindo a eficácia da intervenção e a sua qualidade (Miranda, 2012).

Van der Merwe (2016) defende que faz sentido que os psicólogos tenham conhecimento do tratamento adequado e que atendam às expectativas e satisfaçam as necessidades dos clientes. Considera que a satisfação do cliente melhora a satisfação por parte dos psicólogos com o seu trabalho. Neste sentido, percebemos que é importante ter em conta a opinião do cliente em relação ao tratamento, sendo esta indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços, para a identificação de problemas, e para a própria reorganização dos serviços (Pereira, Araújo-Soares, & McIntyre, 2001).

Não obstante os resultados destes estudos, outras investigações demonstram que não se encontram associações significativas entre a satisfação do cliente e os sucessos ou insucessos terapêuticos, quer do ponto de vista dos clientes, quer do ponto de vista dos terapeutas (Lunnen, Ogles & Pappas, 2008).

Capítulo 2. Estudo empírico

2.1. Introdução

De acordo com a literatura existente, é possível constatar a existência de uma elevada prevalência de depressão em pessoas com LCA. Além disso, também podemos observar a existência de uma escassez de protocolos de intervenção na depressão em pessoas com LCA, no âmbito internacional e nacional, bem como de estudos que comprovem a sua eficácia e que explorem as expectativas e satisfação com o tratamento. Como tal, o presente estudo tem como objetivo principal analisar as expectativas e a satisfação dos participantes com a TCC em grupo para a depressão, bem como perceber as suas perceções sobre o processo de mudança. Para tal, foi implementado um protocolo de intervenção em grupo baseado na TCC e um protocolo de avaliação com vista a analisar as medidas que foram mencionadas anteriormente. Salienta-se a inovação, a originalidade e pertinência deste estudo, no âmbito nacional, com o intuito de contribuir para um maior conhecimento científico e práticas terapêuticas na área.

Assim sendo, com base na literatura realizada e tendo em conta o objetivo primordial mencionado anteriormente, os objetivos específicos que regem este estudo são os seguintes:

1. Descrever as expectativas (pré-intervenção) e a satisfação (pós-intervenção) dos participantes com a intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão.
2. Analisar a relação entre as expectativas e a satisfação dos participantes com a intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão.
3. Examinar a relação entre as expectativas e a satisfação com a intervenção cognitivo-comportamental em grupo e a sua eficácia.
4. Descrever as perceções que os participantes têm sobre o seu processo de mudança ao longo da intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão.

2.2.Método

No sentido de responder aos objetivos do presente, consideramos apresentar um estudo de uma metodologia de caráter misto – qualitativa e quantitativa. Apesar de estas duas metodologias terem uma natureza diferenciada e aparentemente incompatível, há autores (e.g., Serrano, 2004; Denzin & Lincoln, 2006) que defendem que uma combinação das duas torna-se útil e adequada para uma melhor compreensão e explicação dos dados do estudo. Assim, neste estudo, optou-se por utilizar uma metodologia mista, uma vez que, o nosso intuito compreende primeiramente, avaliar a expectativa e a satisfação com a TCC em grupo para pessoas com depressão e LCA, e por último, compreender e descrever as suas perceções sobre o processo de mudança ao longo do tratamento.

2.2.1. Participantes

A amostra deste estudo foi composta por seis participantes com LCA, sendo que dois participantes eram do sexo masculino (33,33%) e os restantes quatro participantes eram do sexo feminino (66,67%), acompanhados num Centro de Reabilitação da zona norte do país. Verificou-se que a LCA era proveniente da ocorrência de AVC ($n=2$; 33,33%), TCE ($n=3$; 50%) e anoxia cerebral ($n=1$; 16,67%). As idades dos indivíduos estavam compreendidas entre 24 e os 62 anos ($M=44.33$, $DP=12.85$). Relativamente à escolaridade, verifica-se que a maioria tem entre o 9º e 12ºano ($M=11$, $DP=1.41$) (Quadro 1). No que diz respeito à situação profissional da amostra, os resultados revelaram que a maioria ($n= 4$; 66,67%) se encontra em situação de desemprego, seguida da situação de baixa médica ($n= 2$; 33,33%).

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variáveis sociodemográficas	n (%)	M (DP)	Min-Máx
Idade	-----	44.33 (12.85)	24-62
Sexo			
Masculino	2 (33.33%)	-----	-----
Feminino	4 (66.67%)		
Nacionalidade			
Portuguesa	6 (100%)	-----	-----
Estado Civil			
Casado/a	1 (16.67%)		
Solteiro/a	3 (50%)	-----	-----
Divorciado/a	2 (33.33%)		
Situação profissional			
Desempregado/a	4 (66.67%)	-----	-----
Baixa médica	2 (33.33%)		
Anos de escolaridade			
	-----	11 (1.41)	9-12

Neste estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: os participantes tinham de ter idade igual ou superior a 18 anos e apresentar sintomatologia depressiva no momento do rastreio, com resultado igual ou superior a 5 no *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9). Foram também estabelecidos critérios de exclusão, sendo estes: os participantes não podiam apresentar outras perturbações como, por exemplo, quadros psicóticos, perturbação obsessiva-compulsiva e algumas perturbações de personalidade (e.g., perturbação borderline da personalidade, perturbação antissocial da personalidade), principalmente se estas fossem o diagnóstico âncora. Não podiam apresentar défice cognitivo, avaliado através do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e, por fim, não podiam apresentar risco elevado de suicídio (avaliado pelos técnicos do centro de reabilitação através de uma entrevista elaborada para o efeito).

2.2.2. Terapeutas

Dois terapeutas ficaram responsáveis pela aplicação do protocolo de intervenção cognitivo-comportamental em grupo – um do sexo masculino e outro do sexo feminino. Ambos os terapeutas pertencem ao Centro de Reabilitação, um dos terapeutas era um psicólogo com um ano de experiência profissional no centro e o outro um psicólogo júnior. Durante as sessões, o grupo terapêutico contou ainda com a presença de uma das estagiárias do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde no ISMAI.

2.3. Instrumentos

O estudo mais abrangente contemplou vários instrumentos para avaliar diferentes dimensões, contudo, serão somente descritos os instrumentos que foram utilizados especificamente para o presente estudo.

2.3.1. Questionário sociodemográfico (Guerreiro et al., 2017)

O questionário sociodemográfico teve como objetivo recolher os dados sociodemográficos, bem como a história clínica dos/as participantes, a idade, o sexo, a nacionalidade, o estado civil, a situação profissional, as habilitações literárias e o diagnóstico.

2.3.2. Credibility and Expectancy Questionnaire (CEQ; Borkovec & Nau, 1972; Devilly & Borkovec, 2000)

Este questionário de autorrelato é constituído por seis itens e tem como objetivo avaliar a credibilidade e as expectativas do cliente em relação ao tratamento, mais precisamente. No que toca à “credibilidade” pretende avaliar o “quão credível, convincente e lógico é o tratamento”, enquanto a “expectativa” se refere a “melhorias que os clientes acreditam que serão alcançadas” (Kazdin, 1979, p. 82). Nos quatro primeiros itens da escala, é solicitada uma avaliação cognitiva sobre o tratamento, enquanto nos dois últimos itens é solicitada uma avaliação emocional sobre o mesmo (Deville & Borkovec, 2000). A componente “expectativa” deriva das respostas dos clientes a três itens, refletindo o quanto eles acham que irão melhorar no final do tratamento, o

quanto eles acham que o tratamento irá ajudar a reduzir os seus sintomas e o quanto eles sentem que irão melhorar até ao final do tratamento (Deville & Borkovec, 2000) A componente “credibilidade” também corresponde a três dos seis itens existentes neste questionário, com o intuito de perceber o quão lógico, o quão confiante e o quão bem-sucedido parece ser o tratamento (Deville & Borkovec, 2000).

O instrumento revela boas qualidades psicométricas, mais precisamente, elevada consistência interna dentro de cada fator: α de Cronbach entre 0,79 e 0,90 para o fator de expectativa; α de Cronbach entre 0,81 e 0,86 para o fator de credibilidade; e α Cronbach entre 0,84 e 0,85 para todo o fator escala. A confiabilidade teste-reteste realizado num período de uma semana revelou 0,82 para a expectativa e 0,75 para credibilidade (Deville & Borkovec, 2000). Este instrumento encontra-se em processo de validação para a população portuguesa.

Neste estudo, este instrumento foi, à semelhança do que se verifica noutros estudos, aplicado no momento de pré-teste (uma semana antes do início do tratamento).

2.3.3. Client Satisfaction Scale (CSQ-18; Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979)

O CSQ-18 é um questionário de autorrelato construído para avaliar a satisfação do cliente com os serviços de saúde prestados. Esta escala foi desenvolvida por Larsen, Attkisson, Hargreaves e Nguyen (1979). Este é constituído por 18 itens, pontuados numa escala de Likert de 4 pontos: “sempre”, “muitas vezes”, “raramente” e “nunca”, e apresenta itens invertidos. Este instrumento encontra-se em processo de validação para a população portuguesa.

O instrumento revela boas qualidades psicométricas, mais precisamente, apresenta níveis muito altos de consistência interna, conforme medido pelo coeficiente de Cronbach, que varia entre 0,83 e 0,93. As correlações entre os itens revelam-se moderadamente altas e são consistentes com a estrutura fatorial, derivada da análise fatorial dos dados subjacentes (Larsen et al., 1979; Williams & Wilkins, 1996).

Este instrumento foi aplicado no momento de pós-teste (uma semana após o final do tratamento).

2.3.4. *Change Interview* (adaptada a partir da entrevista original de Elliott, Slatick, & Urman, 2001, 2008)

Este instrumento é uma entrevista semiestruturada de exploração empática da experiência do participante na intervenção. O objetivo é avaliar o processo de mudança ocorrido após a intervenção. Nesta entrevista podemos obter diversas informações sobre o tratamento psicológico, tais como: questões mais gerais sobre o tratamento (e.g., “Como é que vão as coisas desde que começou o tratamento psicológico?”); mudanças sentidas e respetiva avaliação, causas das mudanças; limitações, aspetos positivos, aspetos negativos e, ainda, aspetos para melhoria da intervenção. A aplicação deste instrumento tem a duração de 45 minutos a 60 minutos, sendo aplicado após a finalização da intervenção. Neste estudo foi aplicada a versão portuguesa desenvolvida por Célia Sales et al. (2007) no momento de pós-teste (uma semana após o final do tratamento).

2.3.5. *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)

Este apresenta-se como um questionário de autorrelato que permite avaliar a severidade da sintomatologia depressiva de acordo com os critérios do DSM-IVTR (APA, 2000). O PHQ-9 é constituído por nove itens, sendo que oito avaliam a frequência dos sintomas depressivos e um avalia especificamente a presença e frequência da ideação suicida. Cada item é pontuado numa escala de Likert de 0 (nunca) a 3 (quase todos os dias). Assim, o valor total varia entre 0 e 27, sendo que uma pontuação entre 0 e 4 representa “sintomatologia depressiva subclínica”, entre 5 e 9 “sintomatologia ligeira”, entre 10 e 14 “sintomatologia moderada”, entre 15 e 19 “sintomatologia moderada a grave” e entre 20 e 27 “sintomatologia grave”. Foi recentemente realizado um estudo para validação deste questionário em dois contextos de saúde portugueses – cuidados de saúde primários e clínica universitária, por Ferreira et al. (2019). O instrumento

demonstrou, nestes estudos, boas qualidades psicométricas, semelhantes às do estudo original e às de outros países.

Este instrumento foi aplicado em diferentes momentos no estudo mais amplo, mas para este estudo contou apenas o momento do pós-teste com o objetivo de avaliar a severidade da sintomatologia depressiva após o tratamento.

2.4. Procedimentos

2.4.1. Procedimentos de recolha de dados

Este estudo deriva de um projeto maior, com a colaboração da equipa de dois estudantes de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia (ISMAI) e do Centro de Reabilitação, com o objetivo de avaliar a prevalência da depressão e ansiedade dos clientes e avaliar a eficácia do tratamento nessas problemáticas. Para dar seguimento a este projeto, foi necessário submeter à Comissão de Ética do ISMAI para a aprovação do mesmo.

O estudo foi apresentado aos clientes no momento de rastreio, onde foi distribuído o respetivo consentimento informado em suporte de papel, que continha toda a informação necessária e todos os procedimentos éticos. Foi realizada ainda uma apresentação detalhada sobre os objetivos do estudo aos/as participantes. Salienta-se que todos os participantes foram informados sobre a confidencialidade e o direito a não querer participar ou de desistir em qualquer momento no decorrer do tratamento psicológico.

2.4.2. Protocolo de avaliação

O protocolo de avaliação deste amplo estudo contou com diversas fases: a de rastreio efetuada por ambas as investigadoras (alunas do 2ºano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde), a de avaliação do pré-teste efetuada pela outra investigadora integrada nesta investigação, a de monitorização da sintomatologia depressiva durante o tratamento, a de avaliação do pós-teste, efetuada pela autora desta dissertação e *follow-up*, um mês após a

intervenção, efetuada por ambas as investigadoras. Ressalta-se que estes momentos de avaliação foram realizadas na instituição. Em seguida, serão apresentadas todas as fases de avaliação deste amplo projeto.

Fase de rastreio. Aos participantes foi dada uma breve explicação acerca dos objetivos e procedimentos do estudo. Posteriormente, foi facultado o devido consentimento informado e aplicaram-se os seguintes instrumentos para definir a sua inclusão ou exclusão: MoCA e PHQ-9.

Fase de avaliação do pré-teste. Uma semana antes do início do tratamento, os participantes responderam a um conjunto de instrumentos: o PHQ-9, o GAD-7, o HADS, o WSAS, o CORE-10, o WHOQOL-BREF e o CEQ. Estes instrumentos foram aplicados individualmente. Esta fase foi realizada pela outra investigadora que integra o mesmo estudo.

Monitorização da sintomatologia depressiva durante as sessões. Durante as sessões, os participantes responderam ao PHQ-9 aplicado no início da sessão pelos terapeutas para avaliação da sintomatologia depressiva.

Fase de avaliação do pós-teste. Os participantes foram submetidos a uma sessão individual uma semana após o término do tratamento, que consistiu na administração de diferentes instrumentos, tais como: o PHQ-9, o GAD-7, o HADS, o WSAS, o CORE-10, o WHOQOL-BREF e o CSQ-18. Adicionalmente, foi administrada a entrevista semiestruturada *Change Interview* a cada um dos participantes. Esta entrevista foi sujeita a um registo áudio, para posterior transcrição e análise, e teve a duração de cerca de 45 minutos. Esta fase foi realizada pela autora da dissertação.

Follow-up. Um mês após a intervenção em grupo, os participantes foram submetidos a uma avaliação com o objetivo de perceber a eficácia do tratamento a longo prazo. Nesta sessão individual foram administrados os seguintes instrumentos: PHQ-9, GAD-7, HADS, WSAS, CORE-10 e WHOQOL-BREF. Esta fase foi realizada por ambas as investigadoras.

2.4.3. Protocolo de intervenção

De seguida, descreve-se de forma sucinta o protocolo da intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão em pessoas com LCA.

Para este estudo foi desenvolvido um Manual de Intervenção (anexo II) para os psicólogos do Centro de Reabilitação responsáveis pela intervenção, com a descrição de cada sessão, nomeadamente os objetivos gerais, estrutura, estratégias gerais, tempo estimado e atividades contempladas, bem como a respetiva descrição da sessão, material de apoio e as instruções de cada sessão. O manual foi desenvolvido pelas duas investigadoras (alunas do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde), com base em diferentes trabalhos (e.g., Antoni et al., 2001; Costa et al., in press; Estrela-Dias & Pais-Ribeiro, 2014; Muñoz & Miranda, 2000; Rath, Simon, Langenbahn, Sherr, & Diller, 2003; Vickery et al., 2006). Contudo, ao longo do processo foi possível contar com o auxílio da Orientadora da presente dissertação, assim como por parte dos técnicos do Centro de reabilitação. Foi desenvolvido também um Caderno de Atividades para cada participante, que incluía tarefas para serem realizadas em casa, materiais de leitura e tarefas para realizar durante as sessões. Ressalva-se que, era essencial que o caderno estivesse presente em cada sessão. No início de cada sessão era administrado o PHQ-9 a cada participante, seguido de esclarecimento de dúvidas da sessão anterior e partilha do trabalho de casa. Em seguida, a sessão dava-se início com a temática estipulada no Manual de Intervenção para cada sessão. No final de cada sessão era marcado o trabalho de casa.

Esta intervenção consistiu em oito sessões semanais com a duração de aproximadamente uma hora e meia. As oito sessões englobaram as seguintes temáticas:

- a) **Psicoeducação (2 sessões)**. Nestas sessões, os objetivos consistiam em informar os participantes acerca da intervenção, da doença/incapacidade física, da depressão, da relação existente entre estas duas problemáticas e da importância do trabalho de casa. Além disso, procurou-se estabelecer as regras de grupo e os objetivos terapêuticos.

- b) **Ativação comportamental (1 sessão).** Esta sessão tinha o objetivo de abordar a importância de se manterem ativos como estratégia contra a depressão e explorar alternativas para ultrapassar as limitações que sentiam do ponto de vista físico. Procurou-se planificar a agenda semanal através da identificação e planeamento de atividades prazerosas, de rotina e necessárias, bem como das autorrecompensas.
- c) **Relaxamento e Mindfulness (1 sessão).** Esta sessão tinha como objetivo promover o bem-estar e a qualidade de vida ao dotar os participantes de competências de gestão da ansiedade e de diminuição da sintomatologia ansiosa (relaxamento) e promover a capacidade de direcionar a atenção para o aqui e agora (*mindfulness*).
- d) **Reestruturação cognitiva (2 sessões).** Nestas sessões procurou-se identificar e avaliar os pensamentos automáticos, os erros de pensamento e as crenças centrais e modificá-los, com o objetivo de desenvolver pensamentos mais adaptativos, funcionais e realistas.
- e) **Resolução de problemas (1 sessão).** Nesta sessão procurou-se identificar diferentes problemas pessoais e interpessoais, esclarecer o seu impacto e a importância de os resolver como estratégia para diminuir a sintomatologia depressiva, mas também promover a capacidade de desenvolver estratégias eficazes de resolução de problemas, bem como planos de ação.
- f) **Prevenção de recaída (1 sessão).** Esta sessão teve como objetivo avaliar a evolução dos participantes ao longo do tratamento, explorar as mudanças e o cumprimento dos objetivos terapêuticos. Procurou-se também, reforçar as aprendizagens e competências adquiridas, promover e sensibilizar o grupo para a prevenção da recaída.

Ressalva-se que, na aplicação do manual de intervenção existiram diversos cuidados por parte dos terapeutas, nomeadamente preparação prévia para cada sessão, preparação de um *PowerPoint* como auxiliar e realização de relatórios após cada sessão. Além disso, foram realizadas reuniões periódicas de balanço, onde foi possível, realizar ajustes ao manual e ao

protocolo (e.g., diminuição de algumas tarefas devido à extensão das sessões) e de supervisão com a duração de uma a duas horas. Estas reuniões contavam com a presença das duas investigadoras, dos terapeutas responsáveis pela implementação do protocolo e de dois psicólogos do centro de reabilitação.

2.4.4. Procedimentos de análise de dados

Tendo em conta o carácter misto do estudo, procedeu-se à análise de dados quantitativos e qualitativos através de diferentes métodos que passamos a descrever.

2.4.4.1. Dados quantitativos

O processo de análise dos dados recolhidos deste estudo decorreu em duas fases, devido ao estudo apresentar duas metodologias de investigação – qualitativa e quantitativa.

Em relação à análise qualitativa das entrevistas semiestruturadas, recorreu-se à Análise Temática de Braun e Clarke (2006). A literatura diz-nos que a Análise Temática é um método analítico qualitativo amplamente utilizado em investigações na área de Psicologia. Este método tem por base identificar, analisar e relatar os padrões/temas existentes nos dados. Esta metodologia organiza e descreve o conjunto de dados com detalhe, permite também interpretar vários aspetos do fenómeno investigado. Apresenta várias características positivas como a sua flexibilidade, ou seja, é independente de teorias ou epistemologia, podendo ser aplicada por várias abordagens (Braun & Clarke, 2006). A opção por esta metodologia prendeu-se com o facto de considerarmos que a análise temática seria adequada para dar resposta aos nossos objetivos de investigação.

Esta metodologia de análise de dados passa por diversas fases morosas, que passamos a descrever. Após uma familiarização inicial com os dados (transcrição, ler e reler, anotar ideias iniciais), começa-se por procurar e organizar temas, que são posteriormente revistos e adequados após diversas leituras do material. Posteriormente, os temas mais específicos são

agrupados através de nomes que sejam elucidativos do seu conteúdo. Finalmente, escolhem-se os excertos mais significativos para ilustrar cada um dos temas (Braun e Clarke, 2006).

A análise quantitativa foi realizada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – versão 26.0)*. Para descrever as variáveis deste estudo foram utilizadas frequências absolutas (n), médias (M), desvios padrão (DP), mínimo (Mín.) e máximo (Máx.). Atendendo ao carácter exploratório do estudo e ao tamanho reduzido do grupo de investigação ($n < 30$), recorreu-se à estatística inferencial não-paramétrica, nomeadamente ao coeficiente de correlação de Spearman para a associação de variáveis quantitativas (eficácia, credibilidade, expectativa e satisfação com o tratamento).

2.4.5. Resultados

Ao longo deste capítulo vão ser apresentados primeiramente os resultados quantitativos e depois os qualitativos, procurando responder aos diferentes objetivos desta investigação.

2.4.5.1. Resultados dos dados quantitativos

Nos pontos seguintes serão apresentados os resultados quantitativos encontrados neste estudo. Em primeiro lugar, serão apresentados os dados descritivos relativos às principais variáveis do estudo – eficácia, credibilidade, expectativa e satisfação com o tratamento. Posteriormente, serão apresentadas as relações entre as diferentes variáveis, procurando, assim, responder às questões de investigação que norteiam este estudo.

2.4.5.1.1. Caracterização da sintomatologia depressiva do participante no fim do tratamento

Tendo em conta o objetivo do estudo (i.e., relacionar as variáveis expectativa, credibilidade e satisfação com o tratamento com os resultados no final do tratamento), procedeu-se a uma descrição sucinta dos dados do PHQ-9 obtidos no início e no final do tratamento.

De acordo com a análise de dados obtidos no início do tratamento, verificou-se um valor médio de 12.17 ($DP=4.49$; Min. – Máx.=7-19), situando-se este valor médio no nível de

sintomatologia depressiva moderada. Tendo em conta os valores apresentados, no início da intervenção a maioria dos/as participantes apresentava sintomatologia depressiva moderada a grave. Já no pós-teste verificou-se um valor médio de 6.50 ($DP=3.56$; Min. – Máx.=4-12), correspondendo a um valor médio no nível de sintomatologia depressiva ligeira.

2.4.5.1.2. Caracterização da credibilidade atribuída pelo participante ao tratamento

De acordo com a análise dos dados obtidos (Quadro 2), verificou-se um valor médio de 23.00 ($DP=2.76$; Min. – Máx.=19-27), o que indica que os participantes, antes do tratamento, atribuíram um nível de credibilidade moderada ao tratamento de que iriam ser alvo.

2.4.5.1.3. Caraterização da expectativa atribuída pelo participante ao tratamento

Relativamente aos valores obtidos ao nível da expectativa, verificou-se um valor médio de 19.33 ($DP=3.882$; Min. – Máx.=15-25), como podemos observar no quadro 2. Neste sentido, podemos constatar que, em média, os participantes apresentaram uma expetativa moderada em relação ao tratamento psicológico antes de o mesmo ser iniciado.

2.4.5.1.4. Caraterização da satisfação do participante relativamente ao tratamento

No que concerne à satisfação com o tratamento, verificou-se um valor médio de 62.83 ($DP=5.46$; Min. – Máx.= 53-68). Este resultado indica que os participantes em média se sentiram satisfeitos com o tratamento psicológico após o seu término.

Quadro 2

Medidas descritivas para a credibilidade, a expetativa e a satisfação

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Satisfação	6	62.83	5.46	53	68
Expetativa	6	19.33	3.88	15	25
Credibilidade	6	23.00	2.76	19	27
PHQ-9 início do tratamento	6	12.17	4.49	7	19
PHQ-9 fim do tratamento	6	6.50	3.56	4	12

2.4.5.1.5. Relação entre a expectativa e a credibilidade com o tratamento

Através da análise dos resultados obtidos, verificou-se a não existência de correlação estatisticamente significativa entre a expectativa (avaliação pré-tratamento) e a credibilidade (pré-tratamento) ($r_s=.147, p=.781$).

2.4.5.1.6. Relação entre a credibilidade e a expectativa e a sintomatologia depressiva no final do tratamento

Os resultados obtidos demonstram que a expectativa em relação ao tratamento não se encontrou significativamente associada à sintomatologia depressiva no final do tratamento ($r_s=-.185, p=.726$). De igual modo, verificou-se que a credibilidade atribuída ao tratamento também não se encontrou estatisticamente associada à sintomatologia depressiva no final do tratamento ($r_s=.647, p=.165$).

2.4.5.1.7. Relação entre a expectativa e a satisfação com o tratamento

Os resultados obtidos sugerem-nos a não existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a expectativa (avaliação pré-tratamento) e a satisfação com o mesmo (avaliação pós-tratamento) ($r_s=.232, p=.658$).

2.4.5.1.8. Relação entre a credibilidade e a satisfação com o tratamento

Por sua vez, verificou-se também a não existência de correlação estatisticamente significativa entre a credibilidade (avaliação pré-tratamento) e a satisfação com o mesmo (avaliação pós-tratamento) ($r_s=.464, p=.354$).

2.4.5.1.9. Relação entre a satisfação e a sintomatologia depressiva no final do tratamento

Por fim, verificou-se a que a satisfação com o tratamento não se encontrou associada de forma significativa ao nível de sintomatologia depressiva ($r_s=-.213, p=.686$).

Do ponto de vista mais fino, interessou-nos perceber o valor da sintomatologia depressiva (PHQ-9) dos/das participantes no final do tratamento. Neste sentido, verificou-se

que no final do tratamento: o/a participante 001 obteve 12 (sintomatologia moderada) no PHQ-9; o/a participante 002 obteve 4 (sintomatologia depressiva subclínica); o/a participante 003 obteve 4 (sintomatologia depressiva subclínica); o/a participante 004 obteve 5 (sintomatologia ligeira); o/a participante 005 obteve 10 (sintomatologia moderada); e por último, o/a participante 006 obteve 4 (sintomatologia depressiva subclínica).

2.4.5.2. Resultados dos dados qualitativos

Nesta parte dos resultados, vamos descrever os temas e as respetivas categorias e subcategorias que derivaram da análise das entrevistas, procurando facultar indicadores que sintetizam as ideias chave das unidades de registo de cada entrevista (ver anexo II).

a) Evolução desde o início do tratamento

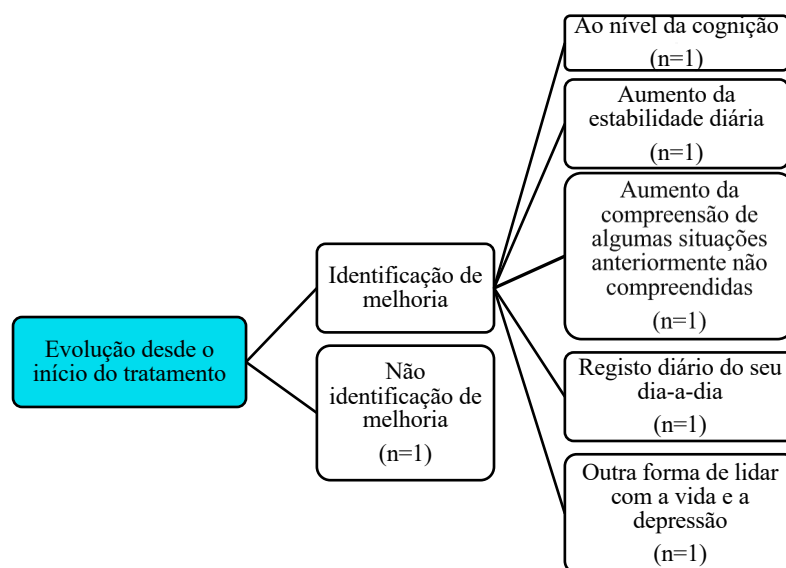


Figura 1. Categorias e subcategorias associadas ao tema “evolução desde o início do tratamento”

O tema “evolução desde o início do tratamento” diz respeito à experiência dos participantes ao longo do tratamento psicológico, como se sentiram, e se de algum modo identificaram melhorias com o tratamento. A maioria dos participantes (n=5) descreve ter-se sentido bem com o tratamento (e.g., “001: Sentia-me bem... Ao longo das sessões, parece que me ia lembrando melhor das coisas, talvez porque ter um mapa onde apontava os acontecimentos,

fazia-me lembrar melhor as coisas”). Além disso, a maioria identificou melhorias (n=5) com o tratamento, o que parece indicar que os participantes consideram esta intervenção como uma mais valia para o tratamento da depressão (e.g. 006: “... acho que foi muito vantajoso para todos porque começamos a ver uma outra forma de lidar com a vida e de lidar com este problema que é a depressão...”). Foi solicitado aos participantes que descrevessem a que nível sentiam melhorias, tendo-se verificado que identificaram melhorias ao nível: “da cognição”, “aumento da estabilidade diária”, “aumento da compreensão de algumas situações anteriormente não compreendidas”, “registo diário do seu dia-a-dia”, e ainda, “outra forma lidar com a vida e com a depressão”. Importa referir que um dos participantes referiu não sentir nenhuma alteração ao longo do tratamento (e.g., 004: “não senti nenhuma alteração”). Como verificado nos trechos das entrevistas, a maioria dos entrevistados, em concreto cinco participantes, considera ter tido melhorias com o tratamento psicológico.

b) Perceção individual sobre o tratamento psicológico em grupo

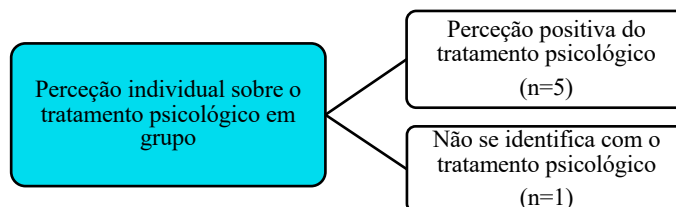


Figura 2. Categorias associadas ao tema “perceção individual sobre o tratamento psicológico em grupo”

O tema “perceção individual sobre o tratamento”, diz respeito à percepção de cada um dos participantes com o tratamento. A figura 2 descreve de forma pormenorizada essas categorias, bem como o número de participantes que os indicaram.

Verificou-se que cinco dos participantes tiveram uma percepção positiva sobre o tratamento psicológico (e.g., 002: “Foi bastante interessante, fez-me sentido e voltaria outra vez”; “Gostei do facto de partilharmos as coisas com os outros e de saber que não somos só nós que temos

dificuldades, que temos esses problemas. Há outras pessoas que estão também noutras situações idênticas. Iguais nunca são porque os problemas nunca são iguais, mas são idênticos, dentro do mesmo padrão”.) Ressalve-se que, um dos participantes refere não se ter identificado com o tratamento psicológico (e.g., 004: “Mas eu não gostei muito...” “eu não consegui encaixar na minha realidade”; “(...)Talvez as estratégias para não deprimir”), pelo que foi criada uma outra subcategoria denominada por “não identifica com o tratamento psicológico”.

c) Mudanças sentidas com o tratamento psicológico em grupo

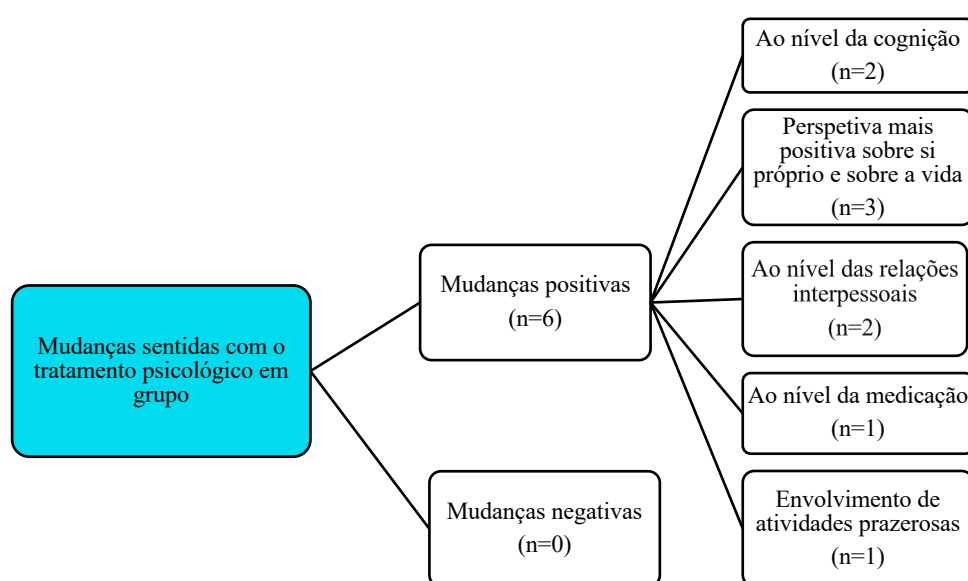


Figura 3. Categorias associadas ao tema “mudanças sentidas com o tratamento psicológico em grupo”

Os participantes foram unânimes em identificar “mudanças positivas com o tratamento psicológico”. Seis participantes esclareceram que, na sua ótica, o tratamento psicológico promoveu mudanças positivas (e.g., 003: “Comecei a ter gostos que anteriormente tinha. Eu adorava correr e comecei a gostar de voltar a correr. Correr ajudava-me a pensar em mim e a refletir sobre o meu dia e as situações do dia. Eu usava aquele tempo para mim. (...) com o grupo da depressão ajudou-me a ganhar força”; 004: “Por exemplo, quando me dizem estou farta disto, pois realmente, eu nunca pensei que pudesses estar assim. E o grupo ajudou-me...

Principalmente de colocar-me no lugar do outro. Numa das sessões falamos sobre empatia e acho que no fim, percebi que sou empático com os outros.... Tentar perceber sempre o outro. Porque depois eu faço a comparação, disseram-me que ia ficar numa cadeira de rodas e estou a caminhar pelo meu pé... E se eu ficasse numa cadeira de rodas como é que era? E eu vejo aquela pessoa de cadeira de rodas e faz-me pensar.... Consigo perceber mais os outros”). Neste sentido, obtivemos cinco subcategorias nas “mudanças positivas”, o que foi possível perceber que o tratamento psicológico teve efeitos em diferentes domínios, tais como, ao “nível da cognição”, “perspetiva mais positiva sobre si próprio e sobre a vida”, “ao nível das relações interpessoais”, “ao nível da medicação” (o/a participante deixou de tomar a medicação para dormir) e ainda, “envolvimento em atividades prazerosas”.

As informações recolhidas permitem igualmente perceber que não foram identificadas “Mudanças negativas desde o início do tratamento” por parte dos seis entrevistados.

d) Mudanças ainda não alcançadas

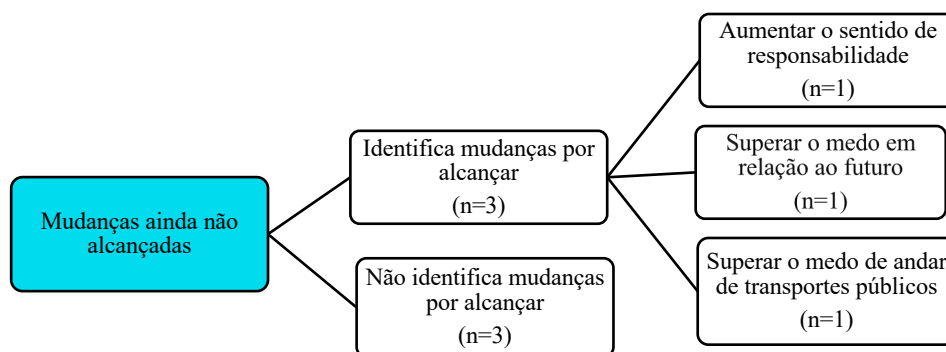


Figura 4. Categorias e sub-categorias associadas ao tema “mudanças ainda não alcançadas”

Um outro tema que foi possível retirar da análise das entrevistas, foi “mudanças ainda não alcançadas”. No que respeita às situações mais associadas às mudanças ainda não alcançadas, destacaram-se: “aumentar o sentido de responsabilidade”, “superar o medo em relação ao futuro” e a de “superar o medo de andar de transportes públicos”, conforme consta na figura 5.

No âmbito da descrição das “mudanças não alcançadas”, um participante refere que necessita de aumentar o seu sentido de responsabilidade, pois sente que não é suficiente (e.g,

002: “É só estar mais responsável pelas obrigações que eu tenho”). Por outro lado, um outro participante refere que precisa de superar o medo de andar de transportes públicos, pois sente que se priva de fazer coisas que gosta (e.g, 005: “Gostava de ultrapassar as questões de não andar de transportes. Principalmente, porque gosto de ir ao cinema, e às vezes em Espinho não tem filmes que goste e gostava de me colocar no comboio e ir até ao Porto, ao shopping e assim, para ir ao cinema. Apenas essas privações que eu as sinto”). Um outro participante refere que tem necessidade de superar o medo em relação ao futuro (e.g, 006: “Eu queria mudar sabe o quê? É o meu medo do futuro próximo, o meu medo que sinto quando penso em ter alta e penso o que me vai acontecer? Essa insegurança, a incerteza do futuro, gostava de lidar com isso de uma forma menos vincada e menos negativa, gostava de dar menos importância de coisas que as pessoas dizem e não é verdade (...)No fundo ter mais confiança, eu de certa forma tenho confiança, mas é sempre aquele fio da navalha que digo, facilmente quebra”) para ter mais confiança.

Ressalva-se que três dos participantes não identificaram mudanças por alcançar.

e) Aspectos a mudar que foram promovidos pelo tratamento psicológico, mas que não foram equacionados anteriormente

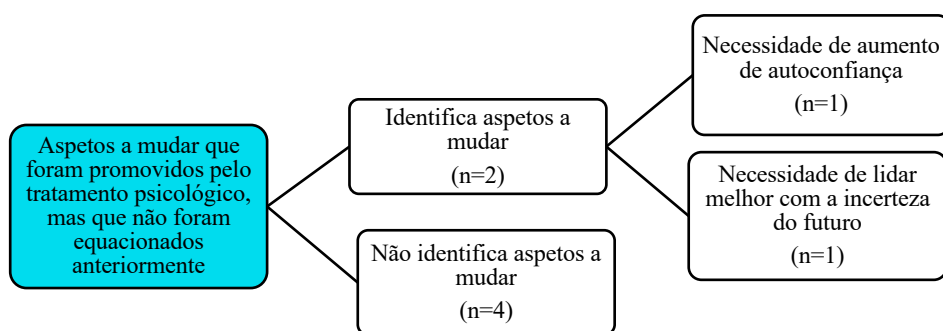


Figura 5. Categorias e subcategorias associados ao tema “aspectos a mudar que foram promovidos pelo tratamento psicológico, mas que não foram equacionados anteriormente”

O tema “aspectos a mudar que foram promovidos pelo tratamento psicológico, mas que não foram equacionados anteriormente”, diz respeito a aspectos que surgiram ao longo do tratamento

tendo sido identificados pelos/as participantes como aspetos a mudar, mas que antes do tratamento não tinham sido equacionados. Como podemos observar na figura 5, obtivemos dois temas “Identificou aspetos a mudar” e “Não identificou aspetos a mudar”.

A maioria dos participantes, concretamente quatro, não identificou aspetos a mudar. Porém, dois dos entrevistados afirmam que o tratamento despoletou a necessidade de mudar aspetos, sendo eles, a “necessidade de aumento de autoconfiança” (e.g, 001: “Talvez confiar mais em mim e nas minhas capacidades”) e a “necessidade em lidar melhor com a incerteza do futuro” (e.g, 006: “Eu queria mudar sabe o quê? É o meu medo do futuro próximo, o meu medo que sinto quando penso em ter alta e penso o que me vai acontecer? Essa insegurança, a incerteza do futuro, gostava de lidar com isso de uma forma menos vincada e menos negativa, gostava de dar menos importância de coisas que as pessoas dizem e não é verdade.”).

f) Percepção da mudança

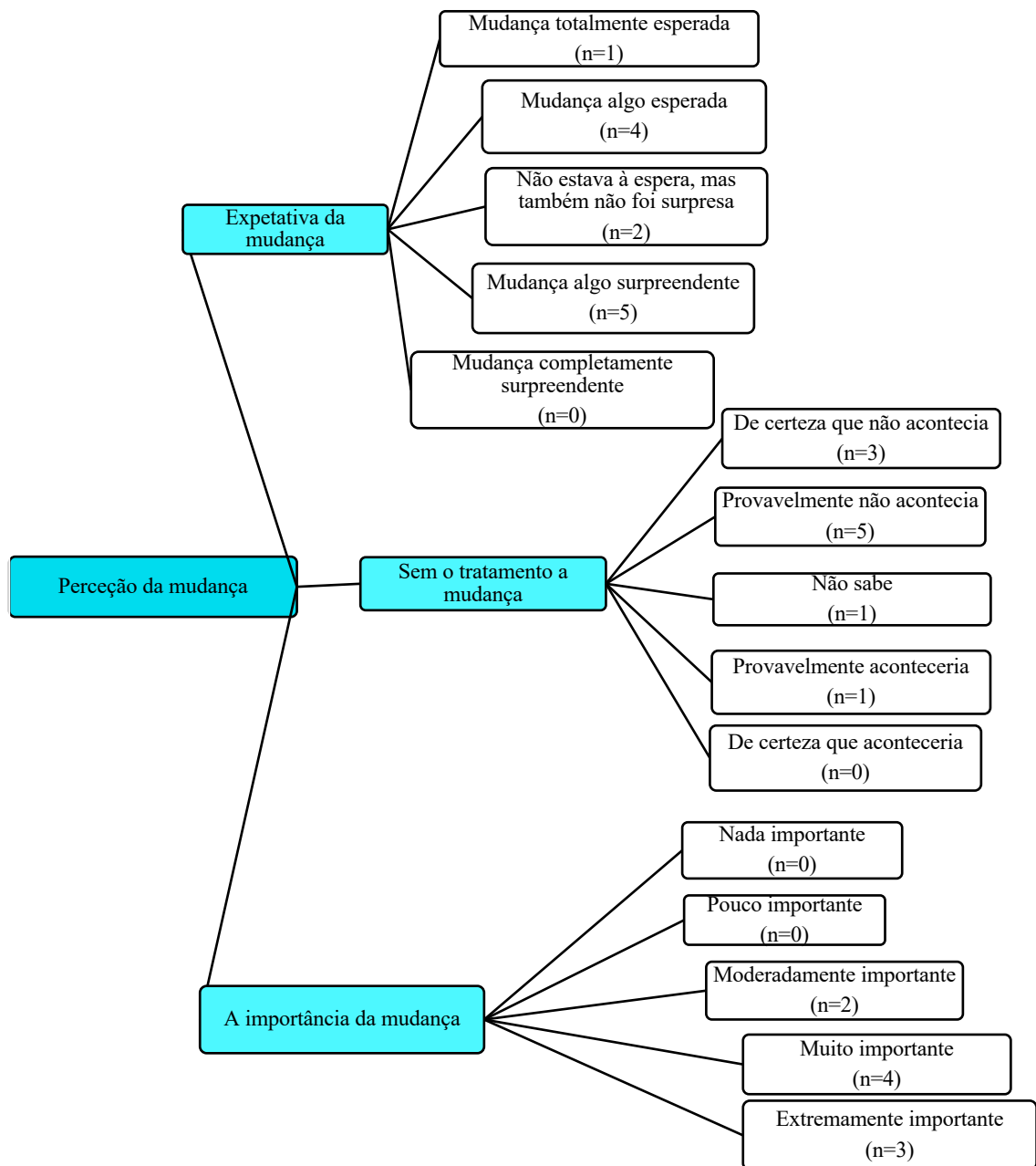


Figura 6. Categorias e subcategorias associadas ao tema “percepção da mudança”

Através do discurso dos/das participantes foi notório um reconhecimento por parte dos mesmos de que as mudanças conseguidas com o tratamento psicológico foram, no geral, “algo surpreendente”, o que parece indicar que, as mudanças foram surpreendentes (e.g, 002: “Algo surpresa”).

A propósito da categoria “Expetativa da mudança”, um dos/das participantes refere que a mudança que ocorreu com o tratamento psicológico era algo que já esperava que acontecesse. Outros dois participantes referem que não estavam à espera, mas também não foi uma surpresa, (e.g, 001: “Foi uma mudança nem esperada nem surpresa”). Nenhum dos seis participantes refere que a mudança foi “completamente surpreendente”, o que nos sugere que, a maioria tinha expectativas positivas com o tratamento psicológico.

Na categoria “Sem o tratamento a mudança”, os/as participantes consideraram que sem o tratamento a mudança “Provavelmente não acontecia” o que parece indicar que, na sua maioria, os/as participantes consideram o tratamento psicológico importante no processo de mudança. Ainda dentro desta subcategoria, foi possível constatar que três dos/das participantes consideram que, a mudança de certeza que não aconteceria sem o tratamento psicológico (e.g, 005: “De certeza mesmo que não acontecia”). Porém, apenas um dos entrevistados considera que provavelmente aquela mudança aconteceria sem tratamento psicológico.

A importância da mudança para os/as participantes foi uma subcategoria derivada dos dados para perceber qual a importância da mudança para cada um dos/das participantes, o que podemos constatar que a maioria dos entrevistados revela ser “muito importante” a mudança. Apenas, três participantes consideram ser “extremamente importante” a mudança (e.g, 003: “Extremamente importante”), e dois participantes, consideram a mudança “moderadamente importante”.

g) Aspetos associados à mudança

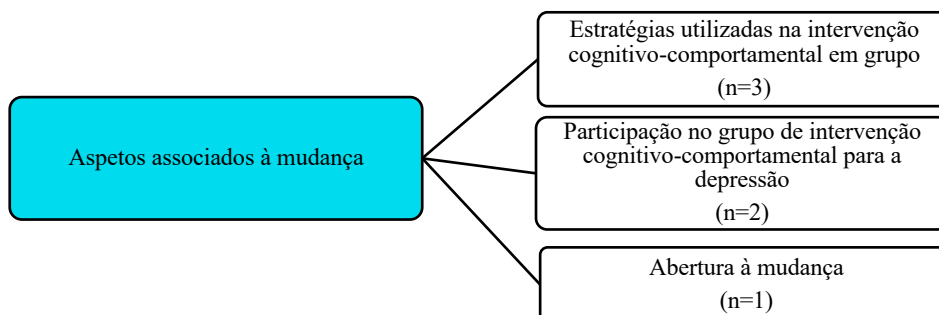


Figura 7. Subcategorias associados ao tema “aspetos associados à mudança”

O tema “aspectos associados à mudança” diz respeito a aspectos que aconteceram no tratamento psicológico ou fora do tratamento psicológico, que potenciaram/causaram a mudança.

Na figura 7 apresentamos as subcategorias obtidas relativamente ao tema “Aspectos associados à mudança”. Este conceito foi dividido em três temas, sendo eles: “Estratégias utilizadas na intervenção cognitivo-comportamental em grupo”, “Participação no grupo de intervenção cognitivo-comportamental na depressão” e “Abertura à mudança”. Através deste tema e respetivas categorias e subcategorias é possível perceber que aspectos contribuíram para o processo de mudança, dentro ou fora do tratamento psicológico.

No âmbito dos aspectos associados à mudança, três participantes consideraram as “Estratégias utilizadas na intervenção cognitivo-comportamental” em grupo como um motivo para a mudança (e.g, 001: “Acho que foi sobretudo a grelha que fizemos numa sessão”). Outros dois participantes relataram que a “Participação no grupo de intervenção cognitivo-comportamental na depressão” contribuiu para o processo de mudança (e.g, 003: “Eu vir para cá”). Apenas um dos entrevistados considera que a mudança está relacionada com a “Abertura à mudança” (e.g, 003: “a vontade de mudar e a minha maneira de ser”).

Deste modo, é possível perceber que a maioria dos entrevistados considerou a mudança que sentiram associada a aspectos do tratamento psicológico em grupo.

h) Recursos

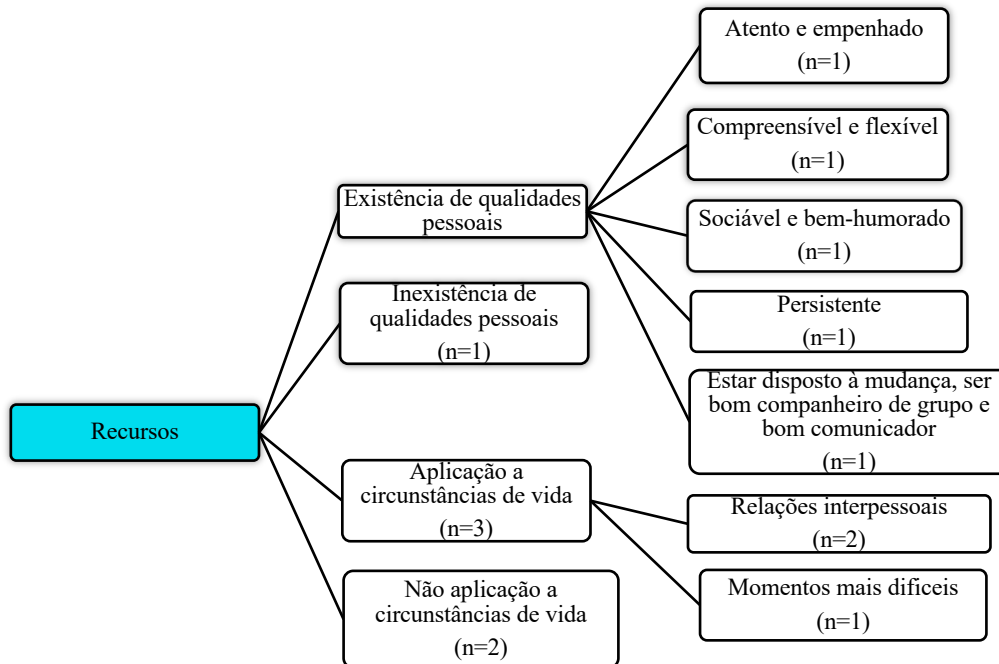


Figura 8. Categorias e subcategorias associadas ao tema “recursos”

O tema “recursos” diz respeito a recursos utilizados pelos/as participantes que lhe permitiram usar as ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas, mais especificamente, qualidades pessoais (em que é bom/boa) e circunstâncias de vida (família, trabalho, relacionamentos, acontecimentos de vida).

No que concerne ao tema “recursos” apresentamos as categorias e subcategorias obtidas da análise do discurso dos participantes: “Existência de qualidades pessoais” (que lhe permitiram usar as ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas), “Inexistência de qualidades pessoais”, “Aplicação a circunstâncias de vida” (que lhe permitiram usar as ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas), “Não aplicação a circunstâncias de vida”.

Através da análise realizada, foi possível perceber que os/as participantes atribuem como “Existência de qualidades pessoais”: “atento e empenhado” (n=1), “compreensível e flexível” (n=1), “sociável e bem-humorado” (n=1), “persistente” (n=1), e ainda, “estar disposto

à mudança, ser bom companheiro e bom comunicador” (n=1). Porém, apenas um dos participantes não identifica qualidades pessoais. (e.g, 001: “Não sei.”).

Outras duas categorias que emergiram dos dados: a “aplicação a circunstâncias de vida” e “não aplicação a circunstâncias de vida” que permitiram utilizar as ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico. Neste sentido, foi possível, perceber que a maioria dos participantes (n=3) relata ter sido possível utilizar nas “Relações interpessoais”. Um dos participantes revelou que as ferramentas fornecidas pelo tratamento foram úteis nos “Momentos mais difíceis” (e.g, 004: “apenas quando estava mais aborrecido”. “utilizei duas ou três vezes.”).

g) Limitações à aplicação das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico

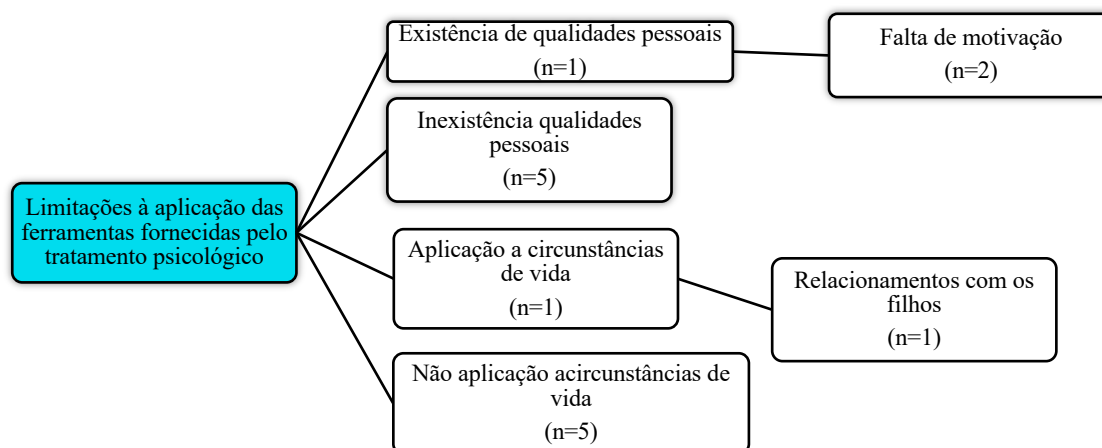


Figura 9. Categorias e subcategorias associads ao tema “limitações à aplicação das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico”

As “limitações à aplicação das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico” foi um dos temas que derivou dos dados, através das entrevistas aos/as participantes, como podemos observar na figura 9. Esta tema serviu para perceber o que dificultou o uso das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas, quais as qualidades pessoais que consideram os/as participantes. Dois dos/das participantes consideram que a “Falta de motivação” dificultou o uso das ferramentas fornecidas ao longo do tratamento.

Porém, a maioria não identifica qualidades pessoais que tenham dificultado o uso das ferramentas fornecidas.

Nas subcategoria “aplicação a circunstâncias de vida”, como podemos observar na figura 9, apenas percebemos que um dos participantes sentiu dificuldade no uso das ferramentas, mais especificamente no “Relacionamento com os filhos” (e.g, 006: Eu tenho um relacionamento difícil com a minha filha mais velha, e neste sentido foi difícil e é difícil de utilizar essas ferramentas (...)). Aos restantes participantes atribuímos “não aplicação a circunstâncias de vida” , pois não identificaram circunstâncias de vida que lhes tenham dificultado o uso das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas.

i) Aspectos do tratamento psicológico que o ajudaram

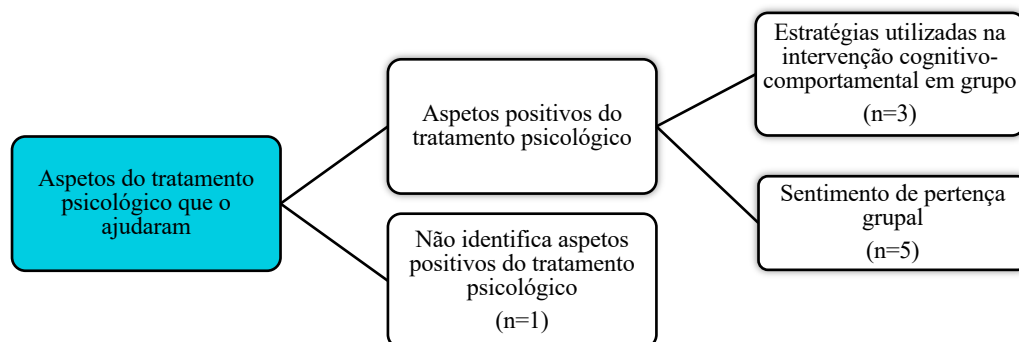


Figura 10. Categorias e subcategorias associadas ao tema “aspectos do tratamento psicológico que o ajudaram”

Outra categoria relevante que emergiu dos dados foi “aspectos positivos do tratamento psicológico”. Os participantes salientaram como aspectos positivos as “Estratégias utilizadas na intervenção cognitivo-comportamental em grupo” e o “Sentimento de pertença grupal”. A maioria refere que o facto de o tratamento ser em grupo foi o aspecto mais importante no tratamento da depressão (e.g, 002: “Gosto bastante do grupo que pertenci, porque fomos sempre partilhando o que se passa connosco e dividimos as nossas dificuldades. E isso achei bastante interessante”. “Numa das sessões a colega mencionou que tinha de se obrigar a sair, e isso a

mim também me ajudou a estar atenta a mim, que eu também se faço isso me ajuda bastante. Não posso dizer não às coisas, vou em frente. Mal ou bem começo, mas depois as coisas até correm bem e sinto-me bem, se não fizer sinto-me pior. A partilha da colega fez-me sentido”). Não obstante, um dos participantes não identificou aspetos positivos do tratamento psicológico em grupo (e.g, 004: “(...), mas eu não me identifico”), pois refere não se ter identificado com o tratamento psicológico.

j) Aspetos negativos do tratamento psicológico

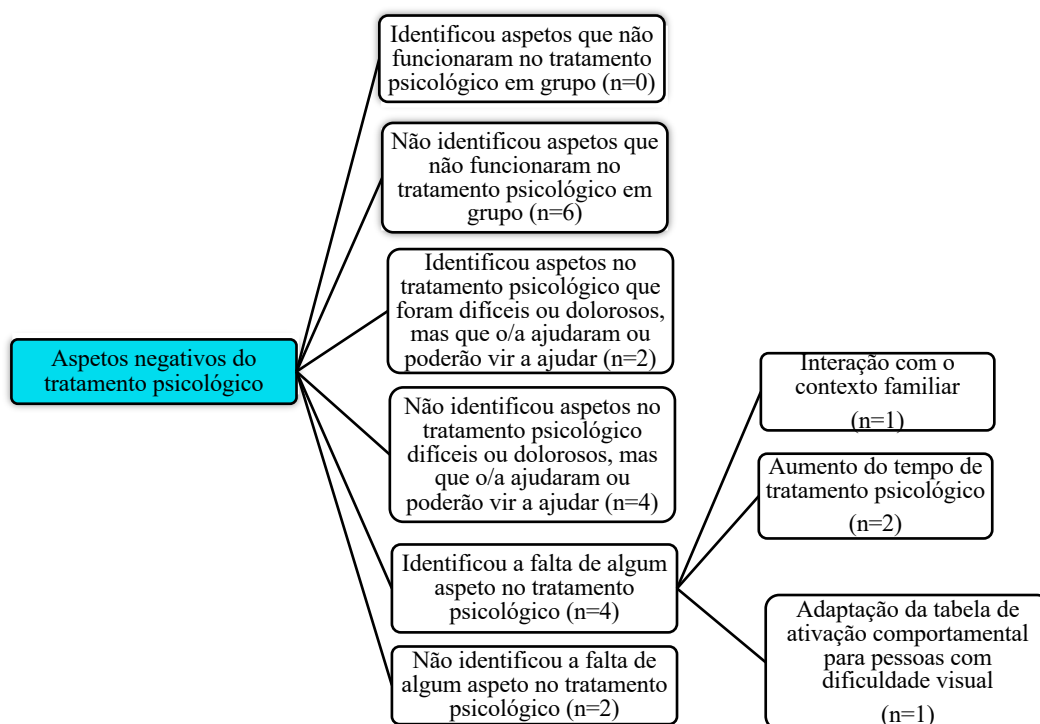


Figura 11. Categorias e subcategorias associadas ao tema “aspetos negativos do tratamento psicológico”

No que concerne ao tema “aspetos negativos do tratamento psicológico”, dividimos em quatro categorias tais como, “Identificou aspetos que não funcionaram no tratamento psicológico em grupo”, “Não identificou aspetos que não funcionaram no tratamento psicológico em grupo”, “Identificou aspetos no tratamento psicológico que foram difíceis ou dolorosos, mas que o/a ajudaram ou poderão vir a ajudar”, “Não identificou aspetos no tratamento psicológico difíceis ou dolorosos, mas que o/a ajudaram ou poderão vir a ajudar”,

“Identificou a falta de algum aspeto no tratamento psicológico” e “Não Identificou a falta de algum aspeto no tratamento psicológico”, como podemos constatar na figura 11.

Relativamente, as categorias “Identificou aspetos que não funcionaram no tratamento psicológico em grupo” e “Não identificou aspetos que não funcionaram no tratamento psicológico” em grupo, como podemos observar, todos os/as participantes consideraram que não houve aspetos que não funcionaram no tratamento psicológico em grupo.

Relativamente, a categoria “Identificou aspetos no tratamento psicológico que foram difíceis ou dolorosos, mas que o/a ajudaram ou poderão vir a ajudar”, dois dos participantes identificaram a dificuldade no compromisso com a terapia (002: “O facto de ter de vir à terapia”. “Sim, mas sei que me faz bem. É o caminho que tenho de seguir”) e os registos diários sugeridos no manual de intervenção cognitivo-comportamental (e.g, 004: “Só os registos diários, que foram mais difíceis de fazer, mas ajudaram. Deu para perceber que tinha muito tempo sem fazer nada”). Os participantes restantes não identificaram aspetos no tratamento psicológico que tenham sido difíceis ou dolorosos.

Por último, podemos constatar que na categoria “Identificou a falta de algum aspeto no tratamento psicológico”, quatro dos/das participantes mencionaram aspetos a ter em conta, tais como: “Interação com o contexto familiar” (n=1), “Aumento do tempo de tratamento psicológico” (n=2) e “Adaptação da tabela de ativação comportamental para pessoas com dificuldade visual” (n=1). Os restantes participantes, mais concretamente dois, não identificaram a falta de algum aspeto no tratamento psicológico.

2.5. Discussão

Nesta secção da dissertação pretende-se refletir sobre os principais contributos deste estudo, confrontando-os com a literatura existente. Começamos por lembrar o objetivo principal do nosso estudo, nomeadamente o de analisar as expectativas e a satisfação dos participantes com

a intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão em pessoas com LCA, bem como perceber as suas percepções acerca do processo de mudança.

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que os participantes tinham expectativas e credibilidade moderadas em relação ao tratamento psicológico. Além disso, a média e os valores mínimo e máximo demonstram que os/as participantes ficaram satisfeitos com o tratamento.

Apesar de, não se encontrarem muito estudos que abordem as expectativas e a satisfação com o tratamento. Os estudos encontrados na literatura demonstram que as expectativas em relação ao tratamento e a satisfação com o mesmo estão frequentemente associadas, sendo que, expectativas positivas estão associadas a melhores resultados do tratamento (Quero et al., 2017). Contudo, os resultados obtidos no presente estudo não vão no mesmo sentido, apontando para a inexistência de uma correlação significativa entre a expectativa e a satisfação dos participantes com a intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão. A ausência de correlação pode justificar-se devido ao tamanho da amostra, bem como o facto de a amostra ser de conveniência, o que pode ter contribuído para a pouca motivação dos participantes para o tratamento, afetando, assim, a expectativa e a satisfação de alguns participantes com o tratamento. Além disso, ao contrário de outros estudos (e.g., Fortuna, Amado, Mota & Lima, 2001) não se verificaram associações significativas entre a expectativa e a satisfação e os resultados ao nível da sintomatologia depressiva no final do tratamento.

Não obstante, observou-se um decréscimo da sintomatologia depressiva no final do tratamento na maioria dos/das participantes. Do ponto de vista mais fino, na análise dos resultados obtidos do PHQ-9, interessou-nos o valor do participante 004 que obteve no final do tratamento uma pontuação de 5 (sintomatologia depressiva subclínica) no PHQ-9, sendo que no início do tratamento apresentava 13 (sintomatologia depressiva moderada) no PHQ-9. Este dado demonstra a eficácia deste tratamento na redução da sintomatologia. Embora, este

participante ao longo da entrevista, refere (e.g.), não se identificar com o tratamento, nem identificar aspetos positivos. Contudo, como podemos observar na análise da entrevista deste participante, verificamos que obteve mudanças com o tratamento.

Com os dados recolhidos na entrevista (*Change Interview*) foi possível descrever e a perceber as perceções dos participantes em relação ao processo de mudança, nomeadamente que mudanças identificam, que estratégias foram úteis, que vantagens e desvantagens atribuem à intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão. Realçamos que, com o tratamento psicológico, os participantes relataram melhorias em diferentes domínios, atribuindo como benéfico o tratamento na redução da sintomatologia depressiva, ainda que um dos participantes não se tenha identificado com o tratamento. No que diz respeito às mudanças, foram identificadas apenas mudanças positivas com o tratamento. A este nível, os participantes salientam, como aspetos positivos, as estratégias da intervenção cognitivo-comportamental e o sentimento de pertença grupal. Ao longo da análise das entrevistas, percebeu-se que o facto do tratamento ter sido em grupo teve bastante importância e foi mencionado pela maioria dos participantes. Os participantes consideraram que as mudanças, em geral, foram surpreendentes, que sem o tratamento as mudanças não ocorreriam e que foi importante terem ocorrido. Percebemos que o tratamento potenciou novos aspetos a mudar, e que não tinham sido equacionados anteriormente pelos participantes. Não obstante, um fator que identificaram, que limita o uso das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico, é a falta de motivação. Além disso, percebemos, através da perspectiva dos participantes, que seria importante haver interação com o contexto familiar, e mais tempo de intervenção como forma de atingir mais mudanças.

Os resultados obtidos através dos questionários e da entrevistada vão de encontro aos objetivos propostos, como vimos, através dos questionários, a maioria dos/das participantes tinham expectativa moderada e satisfação com o tratamento. Nas entrevistas a maioria dos

participantes nas entrevistas referiram que o tratamento psicológico foi benéfico, mencionando que gostariam de alongar o tempo de intervenção.

2.6. Conclusão, limitações e direções futuras

Os resultados obtidos demonstram que a TCC em grupo para a depressão é eficaz, sendo que promoveu mudanças positivas na maioria dos participantes. E principalmente, os/as participantes sentiram-se satisfeito com a intervenção, bem como expectativas moderadas. Estes resultados comprovam que esta forma de intervenção faz sentido e traz benefícios importantes, tornando-se assim uma alternativa à intervenção individual também para pessoas com LCA.

Relativamente às limitações, consideramos que se constituem uma importante pista para estudos futuros. Primeiramente, consideramos a questão de não terem sido devidamente exploradas algumas questões da entrevista. Uma limitação prende-se com o facto, da amostra do presente estudo ter sido seleccionada por conveniência, o que pode ter contribuído para a pouca motivação de alguns participantes para o tratamento -se com o tamanho da amostra, não permitindo que tirar conclusões mais abrangentes. Adicionalmente, outra limitação que consideramos foi reduzido o tamanho da amostra, não permitindo tirar conclusões mais abrangentes.

Em suma, foi possível comprovar a eficácia da TCC em grupo na depressão para pessoas com LCA, foi também possível descrever as expectativas e a satisfação com a intervenção cognitivo-comportamental em grupo para a depressão, bem como descrever e compreender o processo de mudança ao longo do mesmo. Contudo, devido à escassez de intervenções e estudos neste âmbito, torna-se pertinente continuar a explorar esta intervenção, contribuindo para o conhecimento científico e práticas clínicas dos profissionais da área.

Referências

- Adolphs, R., Tranel, D., & Damasio, A.R. (2003). Dissociable neural systems for recognizing emotions. *Brain and Cognition*, 52(1),61–69.
- Ahn, D. H., Lee, Y. J., Jeong, J. H., Kim, Y. R., & Park, J. B. (2015). The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post- stroke depression. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 74-80. doi: 10.5535/arm.2015.39.1.74.
- American College of Emergency Physicians. (2014). *Quality of care and the outcomes management movement*. Retrieved from <http://www.acep.org/clinical---Practice-Management/Quality-of-Care-and-the-Outcomes-Management-Movement/>.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 1, 20-32. doi:10.1037/0278-6133.20.1.20.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). *Expectations and preferences*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 335-356). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Arundine, A., Bradbury, C. L., Dupuis, K., Dawson, D. R., Ruttan, L. A., & Green, R. E. (2012). Cognitive behavior therapy after acquired brain injury: maintenance of therapeutic benefits at 6 months posttreatment. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 27(2), 104-112.

- Barker-Collo, S. L. (2007). Depression and anxiety 3 months post stroke: Prevalence and correlates. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 519-531. doi: 10.1016/j.acn.2007.03.002.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2011). *Depressão: causas e tratamento* (2ª Edição). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bennebroek Evertsz, F., Sprangers, M. A., Sitnikova, K., Stokkers, P. C., Ponsioen, C. Y., Bartelsman, J. F., ... & Sanderman, R. (2017). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life, anxiety, and depressive symptoms among patients with inflammatory bowel disease: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(9), 918.
- Berke, D. M., Rozell, C. A., Hogan, T. P., Norcross, J. A., & Karpiak, C. P. (2011). What clinical psychologists know about evidence-based practice: Familiarity with online resources and research methods. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 329–339.
- Beltman, M. W., Voshaar, R. C. O., & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised controlled trials. *The British journal of psychiatry*, 197(1), 11-19.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2009). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. Guilford Press.
- Bjertnaes, O. A., Sjetne, I. S., & Iversen, H. H. (2011). Overall patient satisfaction with hospitals: Effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality & Safety*, 21, 39–46. doi:10.1136/bmjqs-2011-000137.
- Bjorgvinsson, T., Kertz, S. J., Bigda-Peyton, J. S., Rosmarin, D. H., Aderka, I. M., & Neuhaus, E. C. (2014). Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Severe Mood Disorders in an Acute Psychiatric Naturalistic Setting: A Benchmarking Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 3, 209–220. doi:10.1080/16506073.2014.901988.

- Bockting, C. L. H. (2010). Breaking the Rhythm of Depression : Cognitive Behavior Therapy and Relapse Prevention for Depression, *19*, 273–287.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*(4), 257–260. doi: 10.1016/0005-7916(72)90045-6.
- Bottari, C., Gosselin, N., Guillemette, M., Lamoureux, J., & Ptito, A. (2011). Independence in managing one's finances after traumatic brain injury. *Brain Inj*, *25*(13- 14):1306-1317. doi:10.3109/02699052.2011.624570.
- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K. R., Kenten, C., ...Francis, S. A. (2012). The measurement of patients' expectations for health care: A review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technology Assessment*, *16*(30), i–xii, 1–509. doi:10.3310/hta16300.
- Branson, L., Buxton, M., & Fryman, H. (2014). Patient satisfaction measures and their impact on patients' rating of a hospital. *International Journal of Management & Human Resources*, *2*(1), 1–13.
- Brito, E. S., & Rabinovich, E. P. (2008). The family also becomes sick! Changes secondary to stroke occurring within families. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *12*(27), 783-794. doi:10.1590/S1414-32832008000400009.
- Bryant, R. A., O'donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Clark, C. R., & Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *American Journal of Psychiatry*, *167*(3), 312-320.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive behaviour therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*, 17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003.

- Carvalho, A., Weber, K., Alves, L., Pacheco, A., Braga, M., Rimoli, B., . . . Pontes-Neto, O. (2015). Clinical factors associated with depression six months after traumatic brain injury. *Journal of the Neurological Sciences*, 357. doi:10.1016/j.jns.2015.08.1254.
- Casañas, R., Catalán, R., Val, J. L., Real, J., Valero, S., & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 1-16. doi:10.1186/1471-244X-12-230.
- Cattelani, R., Zettin, M., & Zuccolotti, P. (2010). Rehabilitation treatments for adults with behavioral and psychosocial disorders following acquired brain injury: a systematic review. *Neuropsychology Review*, 20:52-85. doi:10.1007/s11065-009-9125-y.
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2006). Metodologia do Programa de Reabilitação Neuropsicológica. Documento Institucional do CRPG.
- Chimbindi, N., Barnighausen, T., & Newell, M. L. (2014). Patient satisfaction with HIV and TB treatment in a public programme in rural KwaZulu-Natal: Evidence from patient-exit interviews. *BMC Health Services Research*, 14, 32. doi:10.1186/1472-6963-14-32.
- Cizil, M. J., & Beluco, A. C. R. (2019). As contribuições da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento da Depressão. *Revista Uningá*, 56(S1), 33-42.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 184-192.
- Costa, L., Sousa, M., Barbosa, E., Meira, L., Santos, A., Couto, A., ... Salgado, J. (in press). *Intervenção em grupo para a depressão ligeira a moderada: Manual para profissionais de psicologia*.

- Cuijpers, P., van Straten, A. & Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *Eur J Psychiatry*, 22, 38–51.
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S. G., & Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 30(6), 768-778.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- Dafer, R. M., Rao, M., Shareef, A., & Sharma, A. (2008). *Poststroke Depression. Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(1), 13–21. doi:10.1310/tsr1501-13.
- Dam, H. (2001). Depression in stroke patients 7 years following stroke. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4), 287-293.
- Das, J., & G.K., R. (2018). Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 90, 104-114. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.04.005
- DeRubeis, R. J., Webb, C., Tang, T., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 277–316). New York, NY: Guilford Press.
- Deville; G. J., & Borkovec T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 73–86.
- Diaz, A.P., Schwarzbald, M.L., Thais, M.E., Hohl, A., Bertotti, M.M., Schmoeller, R., ... Walz, R. (2012). Psychiatric disorders and health-related quality of life after

- severe traumatic brain injury: A prospective study. *Journal of Neurotrauma*, 29, 1029–1037. doi:10.1089/neu.2011.2089.
- Dijkers, M. P. (2004). Quality of Life After Traumatic Brain Injury: A Review of Research Approaches and Findings. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 85, Suppl 2.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal Saúde Mental em Números*. Lisboa, Portugal.
- Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd Edition). New York: The Guilford Press.
- Dogaheh, E. R., Mohammadkhani, P., & Dolatshahi, B. (2011). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy in reducing fear of negative evaluation. *Psychological reports*, 108(3), 955-962.
- Donovan, D. M., Kadden, R. M., DiClemente, C. C., & Carroll, K. M. (2002). Client satisfaction with three therapies in the treatment of alcohol dependence: Results from Project Match. *American Journal on Addictions*, 11(4), 291-307.
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 537-555.
- Duckro, P., George, C., & Beal, D. (1979). Effects of failure to meet client preference in a counseling interview. *Journal of Counseling Psychology*, 26(1), 9–14.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 43(3), 69.
- Endicott, J., & Dorries, K. M. (2009). Functional outcomes in MDD: established and emerging assessment tools. *Am. J. Manag. Care* 15, 328–334.

- Estrela-Dias, M., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Intervenção Psicológica Positiva em Grupo: Forças e Virtudes na Reabilitação Pós-AVC. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*, 1, 202-219. doi:10.15309/14psd150117.
- Fann, J. R., Hart, T., & Schomer, K. G. (2009). Treatment for Depression after Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *Journal of Neurotrauma, 26*, 2383–2402. doi:10.1089=neu.2009.1091.
- Fernandes, P. T. (2009). Aspectos psicossociais do AVC. *Com Ciência*, 109.
- Ferreira, P.L. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa Clínica Geral, 16*, 53-62.
- Fitzpatrick, R. (1993). Scope and Measurement of Patient's Satisfaction. In R. Fitzpatrick & A. Hopkins (Eds.), *Measurement of Patient's Satisfaction With Their Care* (pp. 1-17), London: Royal College of Physicians of London.
- Fortuna, A., Amado, J., Mota, C., Lima, M. & Pinto, M. (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 19*: pp. 55-80.
- Gary, T. L., Genkinger, J. M., Guallar, E., Peyrot, M., & Brancati, F. L. (2003). Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator, 29*(3), 488-501.
- Gladstein, G. A. (1969). Client expectations, counseling experience, and satisfaction. *Journal of Counseling Psychology, 16*, 476–481.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy, 28*(2), 285-305.

- Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218-229.
- Guerra, M. P., Lima, L., & Torres, S. (2014). *Intervir em Grupos na Saúde (2ª Edição: Revista e Aumentada)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guerreiro, S., Mota, A., Sousa, M., Almeida, I., Mateiro, P., Ferreira, T., & Salgado, J. (2017). Questionário sociodemográfico (questionário não validado).
- Greer, T. L., Kurian, B. T., & Trivedi, M.H. (2010). Defining and measuring functional recovery from depression. *CNS Drugs* 24, 267–284.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V. & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. 36, 1330–40.
- Hadidi, N., Treat-Jacobson, D. J., & Lindquist, R. (2009). Poststroke depression and functional outcome: a critical review of literature. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(2), 151–162. doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.05.002.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V. & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. 36, 1330–40.
- Hans, E. & Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: a meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol*, 81, 75–88.
- Hart, T., & Evans, J. (2006). Self-regulation and goal theories in brain injury rehabilitation. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 21(2), 142-155.
- Hart, T., Hoffman, J.M., Pretz, C., Kennedy, R., Clark, A.N., & Brenner, L.A. (2012). A longitudinal study of major and minor depression following traumatic brain

- injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8), 1343–1349.
doi:10.1016/j.apmr.2012.03.036.
- Hatamizadeh, N., Jafary, P., Vameghi, R., & Kazemnezhad, A. (2012). Factors affecting client satisfaction and dissatisfaction in out-patient rehabilitation centers in Kurdistan province in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2(2), 119–120.
- Hecht, D. (2010). Depression and the hiperactive right-hemisphere. *NeuroscienceResearch*, 68, 77- 87. doi: 10.1016/j.neures.2010.06.013.
- Hofer, H., Holtforth, M. G., Frischknecht, E., & Znoj, H. J. (2010). Fostering adjustment to acquired brain injury by psychotherapeutic interventions: a preliminary study. *Applied neuropsychology*, 17(1), 18-26.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621.
- Holikatti, P. C., Kar, N., Mishra, A., Shukla, R., Swain, S. P., & Kar, S. (2012). A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian Journal of Psychiatry*, 45(4), 327–332.
- Horne, R., Hankins M., & Jenkins, R. (2001). The satisfaction with information about Medicines Scale: a new measurement tool for audit and research. *Quality Health Care*, 10(3), 135-140.
- Hudak, A. M., Hynan, L. S., Harper, C. R., & Diaz-Arrastia, R. (2012). Association of depressive symptoms with functional outcome after traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 27(2), 87.

- Huntley, A.L, Araya, R. & Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 200, 184–190.
- Hush, J. M., Cameron, K., & Mackey, M. (2011). Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: A systematic review. *Physical Therapy*, 91(1), 25–36. doi:10.2522/ptj.20100061.
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Storebø, O. J., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). The effects of cognitive therapy versus “no intervention” for major depressive disorder. *PloS One*, 6(12). doi:10.1371/journal.pone.0028299.
- Jorge, R. E., Robinson, R. G., Starkstein, S. E., & Arndt, S. V. (1993). Depression and anxiety following traumatic brain injury. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5(4), 369-374. doi: 10.1176/jnp.5.4.369.
- Jorge, R.E., Robinson, R.G., Moser, D., Tateno, A., Crespo-Facorro, B. & Arndt, S. (2004). Major Depression Following Traumatic Brain Injury. *Arch Gen Psychiatry*. 61, 42-50.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30, 2, 54-64.
- Koponen, S., Taiminen, T., Portin, R., Himanen, L., Isoniemi, H., Heinonen, H., ... & Tenovu, O. (2002). Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1315-1321.
- Kouwenhoven, S. E., Kirkeveld, M., Engedal, K. & Kim, H. S. (2011). Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. *Disabil. Rehabil.* 33, 539–56.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 9, 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Kurti, S. (2015). Patient satisfaction evaluation: A theoretical framework. Retirado de http://www.academia.edu/4085766/Patient_Satisfaction_Evaluation_-.
- Laffel, G., & Berwick, DM. (1992). Quality in Health Care. *JAMA*, 268 (3).
- Landreville, P., Vincent, C., Boudreault, V., Desrosiers, J., Verreault, R., & The BRAD Group. (2009). The Role of Activity Restriction in Poststroke Depressive Symptoms. *Rehabilitation Psychology*, 54, 3, 315-322. doi: 10.1037/a0016572.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1972). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Prog Plann*, 2 (3), 197–207.
- Larsen, D. E., & Rootman, I. (1976). Physician role performance and patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 10(1), 29–32.
- Laugharne, J., Lillee, A., & Janca, A. (2010). Role of psychological trauma in the cause and treatment of anxiety and depressive disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 25-29. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283345dc5.
- Leahy, R., Holland, S., & McGinn, L. (2012). *Treatments plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2nd Edition). New York: The Guilford Press.
- Levack, W. M., Taylor, K., Siegert, R. J., Dean, S. G., McPherson, K. M., & Weatherall, M. (2006). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical rehabilitation*, 20(9), 739-755.
- Lökk, J., & Delbari, A. (2010). Management of depression in elderly stroke patients. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 6, 539.

- Lincoln, N. B., & Flannaghan, T. (2003). Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke: a randomized controlled trial. *Stroke*, *34*(1), 111-115.
- Llorca, G. E., Castilla-Guerra, L., Fernández, M. C., Ruiz D. S., & Jiménez Hernández, M. D. (2015). Post-stroke depression: an update. *Neurología*, *30*(1), 23-31. doi: 10.1016/j.nrl.2012.06.008.
- Lunnen, K.M., Ogles, B.M., & Pappas. L.N. (2008). A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, perceived change, and end-point functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39* (2), 145 – 152.
- Lurie, J. D., Henderson, E. R., McDonough, C. M., Berven, S. H., Scherer, E. A., Tosteson, T. D., ... & Weinstein, J. N. (2016). The effect of expectations on treatment outcome for lumbar intervertebral disc herniation. *Spine*, *41*(9), 803.
- McDermut, W., Miller, I.W. & Brown, R. A. (2001) The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *ClinPsychol-Sci Pract*, *8*:98–116.
- McIntyre, T., Pereira, M., Silva, N., Fernandes, S., Correia, M., & McIntyre, S. (2002). *A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação*. Edição Ministério das Cidades, Porto.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Mendonça, K. M. P. P., & Guerra, R. O. (2007). Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, *11* (5), 369-376.
- Miranda, L. M. M. de F. (2012). *Satisfação de utentes de Psicologia Clínica ou Psicoterapia e Bem-estar subjetivo: Construção do Questionário de Avaliação da Satisfação (ASPP)*. (Master's thesis, Instituto Superior de Psicologia Aplicada).

- Mitchell, A., Kemp, S., Benito-Leon, J. & Reuber, M. (2010). The influence of cognitive impairment on health-related quality of life in neurological disease. *Acta Neuropsychiatr*, 22: 2–13. doi:10.1111/j.1601-5215.2009.00439.x.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Review article. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Morokuma, I., Shimodera, S., Fujita, H., Hashizume, H., Kamimura, N., Kawamura, A., ... Inoue, S. (2013). Psychoeducation for major depressive disorders: A randomised controlled trial. *Psychiatry Research*, 210, 134-139. doi:10.1016/j.psychres.2013.05.018.
- Munõz, R. F., & Miranda, J. (2000). *Group Therapy Manual for Cognitive-Behavioral Treatment of Depression*. (Vol. 1194). Rand Corporation.
- Noble, L. M., Douglas, B.C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science and Medicine*, 52(7), 985–998.
- Nunes, S., Pereira, C., & Silva, M. G. (2005). Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *EssFisiOnline*, 1(3), 3-20.
- Oei, T. P. S. & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord*, 107:5–21.
- Okumura, Y. & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 164:155–164.
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Saúde Mental: nova conceção, nova esperança*. Lisboa, Portugal.

- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. Lisboa, Portugal.
- Osborn, A. J., Mathias, J. L., & Fairweather-Schmidt, A. K. (2014). Depression following adult, nonpenetrating traumatic brain injury: A meta-analysis examining methodological variables and sample characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *47*, 1-15. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.07.007.
- Palazzo, C., Jourdan, C., Descamps, S., Nizard, R., Hamadouche, M., Anract, P., ... & Poiraudreau S. (2014). Determinants of satisfaction 1 year after total hip arthroplasty: The role of expectations fulfilment. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *15*(53). doi:10.1186/1471-2474-15-53.
- Pereira, M., Araújo-Soares, V. & McIntyre, T. (2001) Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: em estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *2*, pp. 69- 80.
- Pizzagalli, D. A., Whitton, A. E., & Webb, C. A. (2018). Mood disorders. In *APA handbook of psychopathology: Psychopathology: Understanding, assessing, and treating adult mental disorders*, Vol. 1 (pp. 403-427). American Psychological Association.
- Ponsford, J., Lee, N. K., Wong, D., McKay, A., Haines, K., Alway, Y., ... O'Donnell, M. L. (2016). Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychological Medicine*, *46*, 5, 1079-1090. doi: 10.1017/S0033291715002640.
- Poynter, B., Hon, M. S., Diaz-Granados, N., Kapral, M., Grace, S. L., & Stewart, D. E.(2009). Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: a systematic review. *Psychosomatics*, *50*(6), 563–569. doi: 10.1176/appi.psy.50.6.563.
- Prakash, B. (2010). Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, *3*(3), 151–155. doi:10.4103/0974-2077.74491.

- Quero, S., Campos, D., Mira, A., Castilla, D., Botella, C., & Breton-Lopez, J. (2017). Exploring the relationship between the acceptability of a flying phobia treatment delivered via the Internet and clinical outcomes. *Annual review of cybertherapy and telemedicine*, 141.
- Rath, J. F., Simon, D., Langenbahn, D. M., Sherr, R. L., & Diller, L. (2003). Group treatment of problem-solving deficits in outpatients with traumatic brain injury: A randomized outcome study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13, 4, 461-488. doi:10.1080/09602010343000039.
- Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D., & Lane, D. A. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 80(8), 742-753.
- Reinecke, M. A., Ryan, N., & DuBois, D. L. (1998). " Meta-analysis of CBT for depression in adolescents": Dr. Reinecke et al reply.
- Rethans, J., Westin, S., & Hays, R. (1996). Methods for Quality Assessment in General Practice. *Family Practice*, 13 (5), 468-76.
- Robinson, R.G., & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(6), 341-349. doi: 10.1177/070674371005500602.
- Rogers, J. M., & Read, C. A. (2007). Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 21(13-14), 1321-1333. doi: 10.1080/02699050701765700.
- Sadek, J., Stricker, N., Adair, J., & Haaland, K. (2011). Performance-based everyday functioning after stroke: relationship with IADL questionnaire and neurocognitive performance. *J Int Neuropsychol Soc*, 17(5):832-840. doi:10.1017/S1355617711000841.
- Sagen, U., Finset, A., Moum, T., Mørland, T., Vik, T. G., Nagy, T., & Dammen, T. (2010). Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after

- stroke. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 80–85. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.10.001.
- Schulte, D. (2008). When do patients expect a positive treatment outcome? Manuscript submitted for publication.
- Seel, R. T., Macciocchi, S., & Kreutzer, J. S. (2010). Clinical considerations for the diagnosis of major depression after moderate to severe TBI. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 25(2), 99–112. doi:10.1097/HTR.0b013e3181ce3966.
- Sibon, I., Lassalle-Lagadec, S., Renou, P. & Swendsen, J. (2012). Evolution of depression symptoms following stroke: a prospective study using computerized ambulatory monitoring. *Cerebrovasc. Dis.* 33, 280–5.
- Simons, A. D., Padesky, C. a, Montemarano, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K., ... Beck, A. T. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: a preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 751–6. doi:10.1037/a0020569.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A, DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: predicting subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 429–37. doi:10.1037/a0019631.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 368–381. doi:10.1002/jclp.20553.
- Tallis, RC & Fillit, H. (2005). *Brocklehurst's Geriatria. volume 1*, 625–626.
- Terroni, L. M. N., Leite, C. C., Tinone, G., & Junior, R. F. (2003). Depressão pós-AVC: Fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(4), 450-459. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000400040>.

- Terroni, L. M. N., Mattos, P. F., Sobreiro, M. F. M., Guajardo, V. D., & Fráguas, R. (2009). Post-stroke depression: psychological, neuropsychological, HHA axis, localization of stroke aspects and treatment. *Revista de psiquiatria clínica*, 36, 3, 100-108.
- Thimm, J. C., & Antonsen, L. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC psychiatry*, 14(1), 292.
- Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Hussein, N., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., Mitchell, P. H., Skolarus, L. E., Whooley, M. A. & Williams, L. S. (2017). Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2), 30-43.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lusociência. Loures, Portugal.
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M., & Cunnington, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 163(3), 191-204.
- Trevena, L., & Cameron, I. (2011). Traumatic brain injury - long term care of patients in general practice. *Australian family physician*, 40(12), 956–961. Retirado de <<https://www.racgp.org.au/afp/201112/45006>>.
- Tucker, M. & Oei TPS. (2007) Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behav Cogn Psychother*, 35:77–91.
- Van der Merwe, E. J. (2016). *Client expectations and satisfaction with psychological treatment* (Doctoral dissertation, North-West University, Potchefstroom Campus).
- Van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical

- disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 23–32.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.019>.
- Vataja, R., Leppavuori, A., Pohjasvaara, T., Mantyla, R., Aronen, H. J., Salonen O., ... & Erkinjuntti T. (2004). Poststroke depression and lesion location revisited. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 16(2), 156-162. doi: 10.1176/jnp.16.2.156.
- Vataja, R., Pohjasvaara, T., Leppavuori, A., Mantyla, R., Aronen, H. J., Salonen, O., ... & Erkinjuntti T (2001). Magnetic resonance imaging correlates of depression after ischemic stroke. *Archives of General Psychiatry*, 58(10), 925-931. doi: 10.1001/archpsyc.58.10.925.
- Vickery, C. D., Gontkovsky, S. T., Wallace, J. J., & Caroselli, J. S. (2006). Group Psychotherapy Focusing on Self-Concept Change Following Acquired Brain Injury: A Pilot Investigation. *Rehabilitation Psychology*, 51, 1, 30–35. doi: 10.1037/0090-5550.51.1.30.
- Vos, T., Corry, J., Haby, MM., Carter, R. & Andrews, G. (2005) Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for majordepression. *Aust N Z J Psychiatry*,39:683–692.
- Westaway, M. S., Rheeder, P., Van Zyl, D. G., & Seager, J. R. (2003). Interpersonal and Organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (4), 337- 344.
- Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16, 219–227. doi:10.1192/apt.bp.108.005744.
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 47, 1351–1359.

- Wilson, I. (2011). Depression in the patient with COPD. *International Journal of COPD*, 1, 1, 61–64.
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration.
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 19. doi:10.1186/1752-4458-7-19.
- Zawadzka, E., & Domańska, Ł. (2014). Assessment of select dimensions of patients' emotional functioning at different time periods after stroke. *Applied Neuropsychology: Adult*, 21(2), 87-93.

ANEXOS

Anexo I – Manual de Intervenção

Sessão 1 – Psicoeducação: introdução, depressão e modelo terapêutico

Objetivos gerais da sessão

- Promover a motivação dos/as participantes, a integração e a coesão grupal;
- Explicar aos/às participantes o tipo de intervenção de que vão ser alvo;
- Determinar com os/as participantes as regras do grupo;
- Psicoeducação sobre os objetivos terapêuticos e reflexão sobre as áreas problemáticas;
- Elucidar os/as participantes acerca da sintomatologia depressiva e do impacto desta na sua saúde física;
- Explicar aos/às participantes a importância dos trabalhos de casa.

Estratégias gerais

- Psicoeducação sobre a depressão e o modelo terapêutico;
- Quebra-gelo;
- Reflexão em grupo sobre a sessão.

Nota: Entre sessões, existirão sempre trabalhos de casa, pelo que no início de cada sessão será necessário revê-los, ajustando-os conforme as necessidades.

Atividades contempladas na sessão

- Atividade 1: Introdução ao processo terapêutico e apresentação dos objetivos da sessão;
- Atividade 2: Apresentação dos/as participantes do grupo;
- Atividade 3: Apresentação do manual de atividades e estabelecimento das regras do grupo;
- Atividade 5: Informação sobre a depressão;
- Atividade 4: Apresentação do modelo cognitivo-comportamental;
- Atividade 6: Psicoeducação sobre os objetivos terapêuticos;
- Atividade 7: Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa.

Estrutura

Atividade	Tema principal	Descrição da atividade (principais pontos)	Tarefa(s) a consultar	Tempo (min.)
1	Introdução ao processo terapêutico e apresentação dos objetivos da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar globalmente a intervenção; - Apresentar os objetivos da sessão; 	Tarefa 1	5 min.
2	Apresentação dos/as participantes do grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar-se a si próprio/a e os/as participantes do grupo, através do jogo <i>Praça Pública</i>. - Promover uma breve reflexão e debate em grupo sobre a atividade realizada através de questões como: fomentar o sentimento de pertença e coesão grupal, salientando a importância da participação e da partilha de todos/as os/as participantes ao longo do tratamento. 		15 min.
3	Apresentação do manual de atividades e estabelecimento das regras do grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer o caderno de atividades aos/às participantes do grupo; - Expor os objetivos e a estrutura do caderno de atividades, explicitando a sua importância ao longo do tratamento; - Apresentar algumas regras do grupo (p. ex.: não julgar, partilha mútua, confidencialidade); - Solicitar aos/às participantes que definam outras regras do grupo e as escrevam na Tarefa 2 do caderno de atividades. 	Tarefa 2	10 min.

4	Informação sobre a depressão	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar as causas, sintomas e consequências da depressão; - Promover a reflexão em grupo sobre como a depressão se tem manifestado na vida dos/as participantes, procurando que cada um/a identifique as principais dificuldades sentidas; - Solicitar aos/às participantes, como trabalho de casa, a leitura da brochura informativa disponibilizada no caderno de atividades. 	Tarefa 3	20 min.
5	Apresentação do modelo cognitivo-comportamental	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever o modelo teórico da terapia cognitivo comportamental; - Solicitar aos/às participantes, como trabalho de casa, a leitura da brochura informativa disponibilizada no caderno de atividades. 	Tarefa 4	5 min.
6	Psicoeducação sobre os objetivos terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar a importância dos/as participantes estabelecerem objetivos terapêuticos; - Solicitar, como trabalho de casa, a conclusão da Tarefa 6 do caderno de atividades, incentivando os/as participantes a criarem objetivos terapêuticos consonantes com as dificuldades identificadas previamente por cada um/a (tarefa 5); - Promover a reflexão em grupo sobre as expectativas relativamente à sessão e ao tratamento. 	Tarefa 5 e 6	20 min.

7	Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir os principais aspetos abordados na sessão; - Promover a reflexão em grupo sobre as expectativas relativamente à sessão e ao tratamento; - Rever as tarefas realizadas em sessão e definir as que deverão ser terminadas como trabalho de casa. 		15 min.
---	--	--	--	---------

Tempo estimado da sessão

- 1h30m.

Sessão 2: Psicoeducação: a depressão e a doença física

Objetivos gerais

- Elucidar os/as participantes acerca da sintomatologia depressiva e do impacto desta na sua saúde física e vice-versa;
- Promover a reflexão e consciência dos objetivos terapêuticos e das metas a atingir.

Estratégias gerais

- Psicoeducação e reflexão acerca da depressão, da doença/incapacidade física e sua relação;
- Reflexão sobre as metas individuais a atingir;
- Reflexão em grupo acerca da sessão.

Atividades contempladas na sessão

- Atividade 1: Informação sobre a depressão, a doença/incapacidade física e a relação entre as problemáticas;
- Atividade 2: Impacto da doença/incapacidade física;
- Atividade 3: Reflexão sobre os aspetos importantes da sessão e definição do trabalho de casa.

Estrutura

Atividade	Tema principal	Descrição da atividade (principais pontos)	Tarefa(s) a consultar	Tempo (min.)
1	Informação sobre a depressão, a doença/incapacidade física e a relação entre as problemáticas	<ul style="list-style-type: none">- Apresentar as consequências da incapacidade física;- Apresentar e discutir com base na experiência dos/as participantes a relação que existe entre a depressão e a doença/incapacidade física;	Tarefa 7	35 min.
2	Impacto da doença/incapacidade física	<ul style="list-style-type: none">- Promover a reflexão em grupo sobre as mudanças (positivas/negativas) que a doença/incapacidade física trouxe à vida dos/as participantes, procurando que eles identifiquem as principais;- Promover a reflexão sobre as estratégias utilizadas nessas mudanças;- Promover o balanço e reflexão das mudanças, estratégias e objetivos estabelecidos.	Tarefa 8	35 min.
3	Definição dos aspetos importantes da sessão e do trabalho de casa	<ul style="list-style-type: none">- Resumir os principais aspetos abordados na sessão;- Rever as tarefas realizadas em sessão e definir as que deverão ser terminadas como trabalho de casa.		20 min.

Tempo estimado da sessão

- 1h30m.

Sessão 3: Ativação comportamental

Objetivos gerais

- Explicar aos/às participantes a importância de se manterem ativos/as como estratégia contra a depressão e explorar alternativas para ultrapassar as limitações que possam ter do ponto de vista físico;
- Distinção e planeamento de atividades prazerosas, diárias e necessárias;

- Promover a auto-recompensa;

Estratégias gerais

- Identificação das atividades diárias, necessárias e prazerosas e construção de uma hierarquia;
- Planificação da agenda semanal e automonitorização;
- Identificação e definição de recompensas;
- Reflexão em grupo sobre a sessão.

Atividades contempladas na sessão

- Atividade 1: Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão;
- Atividade 2: Identificação das atividades diárias, necessárias e prazerosas e construção de uma hierarquia;
- Atividade 3: Planificação da agenda semanal;
- Atividade 4: Identificação e definição de recompensas;
- Atividade 5: Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa.

Estrutura

Atividade	Tema principal	Descrição da atividade (principais pontos)	Tarefa(s) a consultar	Tempo (min.)
1	Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Promover uma breve reflexão em grupo sobre a sessão anterior; - Rever o trabalho de casa, explorando eventuais dificuldades e/ou facilidades na realização das tarefas; - Apresentar brevemente os objetivos da sessão. 	Tarefa 9	15 min.
2	Identificação das atividades diárias, necessárias e prazerosas e construção de uma hierarquia	<ul style="list-style-type: none"> - Promover junto dos/as participantes a identificação de atividades diárias, necessárias e prazerosas; - Auxiliar os/as participantes na construção de uma hierarquia de atividades de acordo com a sua dificuldade (baixa, média ou elevada). 	Tarefa 10,11 e 12	25 min.
3	Planificação da agenda semanal	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar os/as participantes no planeamento da agenda semanal, recomendando que o preenchimento seja iniciado pelas atividades de menor dificuldade; - Incentivar os/as participantes a realizarem as atividades que se encontram na agenda e a recompensarem-se. 	Tarefa 13	20 min.
4	Identificação e definição de recompensas	<ul style="list-style-type: none"> - Salientar junto dos/as participantes a importância de se recompensarem para a sua motivação ao longo do tratamento; - Auxiliar os/as participantes a identificarem e a definirem recompensas de acordo com a dificuldade das atividades realizadas; 	Tarefa 14	20 min.

		- Promover um debate em grupo acerca de possíveis recompensas.		
5	Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa	- Resumir os principais aspetos abordados na sessão; - Rever as tarefas realizadas em sessão e definir as que deverão ser terminadas como trabalho de casa.		10 min.

Tempo estimado da sessão

- 1h30m.

Sessão 4 – Relaxamento e *Mindfulness*

Objetivos gerais

- Promoção do bem-estar e qualidade de vida;
- Informar os/as participantes acerca dos benefícios da respiração diafragmática e do *mindfulness* para o alívio ou diminuição dos sintomas depressivos;
- Dotar os/as participantes de competências de gestão da ansiedade e diminuição da sintomatologia depressiva;
- Promover o treino de respiração diafragmática e da atenção plena;
- Treino de relaxamento por imaginação;
- Promover a aceitação de pensamentos de fuga e a capacidade de direcionar novamente a atenção para o aqui e o agora.

Estratégias Gerais

- Psicoeducação sobre o relaxamento, salientando a respiração diafragmática, e sobre o *Mindfulness*;
- Treino de relaxamento por imaginação em grupo;
- Reflexão em grupo acerca da sessão.

Atividades contempladas na sessão

- Atividade 1: Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão;
- Atividade 2: Psicoeducação sobre respiração diafragmática e *Mindfulness*;
- Atividade 3: Treino de relaxamento por imaginação;
- Atividade 4: Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa.

Estrutura

Atividade	Tema principal	Descrição da atividade (principais pontos)	Tarefa(s) a consultar	Tempo (min.)
1	Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Promover uma breve reflexão em grupo sobre a sessão anterior; - Rever o trabalho de casa, explorando eventuais dificuldades e/ou facilidades na realização das tarefas; - Apresentar brevemente os objetivos da sessão. 		15 min.
2	Psicoeducação sobre a respiração diafragmática e <i>Mindfulness</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar e explorar a importância da respiração diafragmática e do <i>Mindfulness</i> para o alívio ou diminuição dos sintomas depressivos; - Explicar os procedimentos da respiração diafragmática e da meditação, seguindo o exemplo exposto na Tarefa 15 e 16 do caderno de atividades; - Incentivar os/as participantes à prática da respiração diafragmática e do <i>Mindfulness</i>; 	Tarefa 15 e 16	20 min.

		- Solicitar, como trabalho de casa, o treino da respiração diafragmática e da meditação.		
3	Treino de relaxamento por imaginação	- Execução treino de relaxamento por imaginação; - Breve reflexão em grupo sobre a sua prática.	<i>Nota</i>	45 min.
4	Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa	- Resumir os principais aspetos abordados na sessão; - Rever as tarefas realizadas em sessão e definir as que deverão ser terminadas como trabalho de casa.		15 min.

Tempo estimado da sessão

- 1h30m.

Sessão 5: Reestruturação cognitiva

Nota: A reestruturação cognitiva é um módulo facultativo. Isto é, dado que é um trabalho mais aprofundado, que demora mais tempo, a sua realização dependerá das características do grupo. Caso não estejam reunidas as condições para tal trabalho, os psicólogos poderão optar por substituir por mais sessões à volta do trabalho de resolução de problemas.

Objetivos gerais

- Identificação de pensamentos automáticos, crenças centrais e erros de pensamento;

Estratégias gerais

- Psicoeducação sobre relação entre pensamentos, emoções e comportamentos;
- Psicoeducação sobre pensamentos automáticos, crenças centrais e erros de pensamento;
- Identificar pensamentos automáticos, crenças centrais e erros de pensamento;

Atividades contempladas na sessão

- Atividade 1: Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão;

- Atividade 2: Definição e identificação de pensamentos automáticos;
- Atividade 3: Definição e identificação de crenças centrais e erros de pensamento;
- Atividade 4: Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa.

Estrutura

Atividade	Tema principal	Descrição da atividade (principais pontos)	Tarefa(s) a consultar	Tempo (min.)
1	Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Promover uma breve reflexão em grupo sobre a sessão anterior; - Rever o trabalho de casa, explorando eventuais dificuldades e/ou facilidades na realização das tarefas; - Apresentar brevemente os objetivos da sessão. 		15
2	Definir e identificar pensamentos automáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever o que são pensamentos automáticos e como se processam, procurando que os/as participantes identifiquem os seus pensamentos automáticos. 	Tarefa 17 e 18	25
3	Definir e identificar crenças centrais e erros de pensamento	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever o que são crenças centrais e erros de pensamento; - Promover a reflexão sobre as crenças centrais, procurando que os/as participantes identifiquem as suas crenças. 	Tarefa 17, 19 e 20	35
4	Definição dos aspetos importantes da	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir os principais aspetos abordados na sessão; - Rever as tarefas realizadas 		15

	sessão e o trabalho de casa	em sessão e definir as que deverão ser terminadas como trabalho de casa.		
--	-----------------------------	--	--	--

Tempo estimado da sessão

- 1h30m.

Sessão 6 – Reestruturação Cognitiva

Objetivos

- Modificar pensamentos automáticos, crenças e erros de pensamento;
- Promover pensamentos mais adaptativos, funcionais e realistas;
- Promover a aceitação de pensamentos, emoções e sentimentos;
- Promover crenças centrais mais adaptativas.

Estratégias gerais

- Substituir pensamentos automáticos desadaptativos por pensamentos mais realistas e funcionais;
- Substituir crenças centrais desadaptativas e disfuncionais por crenças mais adaptativas e realistas.

Atividades contempladas na sessão

- Atividade 1: Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão;
- Atividade 2: Examinar a lógica dos pensamentos;
- Atividade 3: Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa.

Estrutura

Atividade	Tema principal	Descrição da atividade (principais pontos)	Tarefa(s) a consultar	Tempo (min.)
1	Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão	- Promover uma breve reflexão em grupo sobre a sessão anterior; - Rever o trabalho de casa, explorando eventuais dificuldades e/ou facilidades na realização das tarefas;		15 min.

		- Apresentar brevemente os objetivos da sessão.		
2	Examinar a lógica dos pensamentos	- Promover a capacidade de avaliar a validade do pensamento (teste da realidade); - Promover a capacidade de questionar a racionalidade e a evidência lógica dos PA e das crenças; - Promover a criação e reflexão de alternativas de pensamento.	Tarefa 18	60 min.
3	Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa	- Resumir os principais aspetos abordados na sessão; - Rever as tarefas realizadas em sessão e definir as que deverão ser terminadas como trabalho de casa.		20 min.

Tempo estimado da sessão

- 1h30m.

Sessão 7: Resolução de problemas

Nota: Caso o/a psicólogo/a opte por realizar mais sessões à volta do trabalho de resolução de problemas poderão recorrer à sessão Resolução de problemas interpessoais, facultada no final do Manual.

Objetivos gerais

- Promover a identificação de diferentes problemas e esclarecer o impacto que os mesmos têm na vida dos/as participantes;
- Explicitar a importância de os/as participantes resolverem os problemas como estratégia para diminuir a sintomatologia depressiva;

- Capacitar os/as participantes de estratégias eficazes de resolução de problemas;
- Promover um plano de ação para a resolução dos problemas;
- Promover a aceitação da doença/incapacidade física e das mudanças que ocorreram nas várias esferas da vida;
- Promover a autoaceitação, autoestima, autoconfiança e o autoconceito;
- Promover a reflexão do seu papel nas várias dimensões das suas vidas.

Estratégias gerais

- Psicoeducação acerca da resolução de problemas;
- Apresentação dos diferentes problemas e reflexão em grupo acerca do impacto dos mesmos na vida dos/as participantes;
- Reflexão e elaboração em grupo de estratégias de resolução dos problemas;
- Psicoeducação acerca da resolução de problemas;
- Treino de resolução de problemas;
- Reflexão em grupo acerca da sessão.

Nota: se adequado, tratar a doença/incapacidade física como um problema sem solução.

Atividades contempladas na sessão

- Atividade 1: Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão;
- Atividade 2: Identificação e categorização dos diferentes problemas pessoais e interpessoais;
- Atividade 3: Elaboração de um plano de ação;
- Atividade 4: Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa.

Estrutura

Atividade	Tema principal	Descrição da atividade (principais pontos)	Tarefa(s) a consultar	Tempo (min.)
1	Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Promover uma breve reflexão em grupo sobre a sessão anterior; - Rever o trabalho de casa, explorando eventuais dificuldades e/ou facilidades na realização das tarefas; - Apresentar brevemente os objetivos da sessão. 	Tarefa 21	15
2	Identificação e categorização dos diferentes problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os diferentes tipos de problemas (pequenos, sem solução, com solução) e dar exemplos; - Promover junto dos/as participantes a identificação de problemas pessoais e interpessoais. 	Tarefa 22	30
3	Elaboração de um plano de ação	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar os/as participantes a explorarem diferentes soluções para lidarem com os problemas; - Fomentar a reflexão sobre as vantagens e desvantagens das soluções identificadas; - Solicitar aos/às participantes que escolham uma solução, criando um plano de ação. 	Tarefa 23	30
4	Definição dos aspetos importantes da sessão e o trabalho de casa	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir os principais aspetos abordados na sessão; - Rever as tarefas realizadas em sessão e definir as que deverão ser terminadas como trabalho de casa. 		15

Tempo estimado da sessão

- 1h30m.

Sessão 8 – Prevenção de Recaída

Objetivos gerais

- Avaliar a evolução dos/as participantes ao longo do processo terapêutico;
- Explorar o cumprimento dos objetivos terapêuticos;
- Generalizar e reforçar as aprendizagens e competências adquiridas;
- Promover e sensibilizar o grupo para a prevenção da recaída;
- Promover a continuação da evolução individual dos/as participantes após o término da intervenção em grupo.

Estratégias gerais

- Reflexão sobre as mudanças sentidas do início para o fim do tratamento;
- Debate sobre a concretização dos objetivos terapêuticos definidos no início do tratamento;
- Reflexão em grupo sobre o término da intervenção;
- Psicoeducação sobre a prevenção de recaída;
- Antecipação de futuras situações particularmente stressantes;
- Delineamento de planos de ação que previnam potenciais recaídas;
- Reflexão em grupo sobre a sessão e sobre a intervenção.

Atividades contempladas na sessão

- Atividade 1: Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão;
- Atividade 2: Preparação para o término da intervenção e prevenção de recaída;
- Atividade 3: Exploração das mudanças e da concretização dos objetivos individuais;
- Atividade 4: Plano de ação;
- Atividade 5: Rede de apoio;
- Atividade 6: Objetivos futuros.

Estrutura

Atividade	Tema principal	Descrição da atividade (principais pontos)	Tarefa(s) a consultar	Tempo (min.)
1	Revisão do trabalho de casa e apresentação dos objetivos da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Promover uma breve reflexão em grupo sobre a sessão anterior; - Rever o trabalho de casa, explorando eventuais dificuldades e/ou facilidades na realização das tarefas; - Definir em conjunto com os/as participantes os objetivos em termos de atividades a realizar e as recompensas associadas; - Apresentar brevemente os objetivos da sessão. 		15 min.
2	Preparação para o término da intervenção e prevenção de recaída	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar os/as participantes para o término da intervenção; - Sensibilizar os/as participantes para a importância da prevenção dos sintomas depressivos e manutenção do bem-estar e saúde psicológica; - Promover a antecipação de dificuldades futuras e o desenvolvimento de planos de ação para lidar com as mesmas. 	Tarefa 24	10 min.
3	Exploração das mudanças e da concretização dos objetivos individuais	<ul style="list-style-type: none"> - Promover um debate em grupo com o objetivo dos/as participantes refletirem sobre o progresso da intervenção (p. ex., aprendizagens mais importantes, estratégias mais eficazes, etc.); - Solicitar aos/às participantes que partilhem uma mudança ocorrida durante a intervenção; - Promover um debate em grupo acerca dos objetivos atingidos e das estratégias 	Tarefa 25 e 26	20 min.

		que poderão ser úteis para a concretização de eventuais objetivos pendentes.		
4	Plano de ação	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os/as participantes para a importância de monitorizarem regularmente a sua sintomatologia depressiva e o seu bem-estar; - Promover a identificação de sinais de alerta e de estratégias úteis para lidar com os mesmos; - Registrar as estratégias mais frequentemente utilizadas pelos/as participantes. 	Tarefa 27 e 28	25 min.
5	Rede de apoio	<p>Abordar a importância da rede de apoio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar aos/às participantes a elaboração de uma lista de pessoas que podem fornecer suporte em momentos de crise. 	Tarefa 29	10 min.
6	Objetivos futuros	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar os/as participantes a delinear os objetivos que gostariam de continuar a trabalhar no futuro; - Salientar a importância dos/as participantes continuarem a utilizar o caderno de atividades para prevenir futuras recaídas; - Terminar a sessão com a meditação de 3 passos. 	Tarefa 30	10 min.

Tempo estimado da sessão

- 1h30m.

Sessão opcional: Comunicação

Objetivos gerais

- Psicoeducação sobre os diferentes tipos de comunicação interpessoal;
- Desenvolver competências de assertividade e comunicação;
- Desenvolver outras competências de assertividade que se revelem úteis para a resolução dos problemas definidos em sessão.

Estratégias gerais

- Treino de competências de assertividade;
- Treino de competências de comunicação.

Atividade contemplada na sessão

- Atividade: Definição de estilos de comunicação;

Definição de estilos de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os diferentes tipos de comunicação (passiva, agressiva, manipulativa e assertiva) que podem ser utilizados nas relações interpessoais; - Solicitar aos/às participantes que identifiquem o estilo de comunicação que utilizam na relação com os outros; - Treinar a comunicação assertiva através da realização de role-play. 	Tarefa	30min
-------------------------------------	--	--------	-------

Anexo II – Análise Temática

Codificação		Transcrições/Exemplos	
Evolução desde o início do tratamento	Identificação de melhoria	Ao nível da cognição	001: “Sentia-me bem... Ao longo das sessões, parece que me ia lembrando melhor das coisas, talvez porque ter um mapa onde apontava os acontecimentos, fazia-me lembrar melhor as coisas”.
		Aumento da estabilidade diária	002: “As coisas estão melhores, mais estabilizadas, consigo-me organizar melhor o meu dia-a-dia”.
		Aumento da compreensão de algumas situações anteriormente não compreendidas	003: “Eu acho que estão bem, ajudaram-me a compreender algumas situações”.
		Registo diário do seu dia-a-dia	005: “Eu faço uma coisa que não fazia que é escrever o que faço durante o dia”.
		Outra forma de lidar com a vida e com a depressão	006: “... acho que foi muito vantajoso para todos porque começamos a ver uma outra forma de lidar com a vida e de lidar com este problema que é a depressão...”
	Não identifica melhoria	004: “não senti nenhuma alteração”.	

Codificação		Transcrições/Exemplos
Perceção individual sobre o tratamento psicológico em grupo	Tratamento psicológico como benéfico Perceção positiva do tratamento	001: “Sentia-me bem”; “Foi bom. Foi enriquecedor”; “Sinto que ... há pessoas na mesma situação que eu ou piores ainda... “.
		002: “Foi bastante interessante, fez-me sentido e voltaria outra vez”; “Gostei do facto de partilharmos as coisas com os outros e de saber que não somos só nós que temos dificuldades, que temos esses problemas. Há outras pessoas que estão também noutras situações idênticas. Iguais nunca são porque os problemas nunca são iguais, mas são idênticos, dentro do mesmo padrão”.
		003: “Foi benéfico...”; “...eu adoro conhecer pessoas novas e eles são todos bastante simpáticos. (...) ajudaram-nos, a mim e aos outros, a percebermo-nos melhor (...) certas situações, a maneira de pensar...”.
		005: “Mas gostei. Eu faço uma coisa que não fazia que é escrever o que faço durante o dia”; “Para mim foi um reviver. A depressão vem após a lesão é a inibição da vida que nos faz deprimir logo. Mas gostei”.
		006: E fez-me bem...”

	Não se identifica com o tratamento psicológico	004: “Mas eu não gostei muito...” “eu não consegui encaixar na minha realidade”; “(...)Talvez as estratégias para não deprimir”.
--	---	--

Codificação		Transcrições/Exemplos
Medicação Psicofarmacológica	A medicação psicofarmacológica não é uma categoria que responda aos objetivos do estudo, tendo sido, por isso, excluída da grelha de análise.	

Codificação		Transcrições/Exemplos
Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, para além da intervenção cognitivo-comportamental em grupo na Depressão	O acompanhamento psicológico ou psiquiátrico não é uma categoria que responda aos objetivos do estudo, tendo sido, por isso, excluída da grelha de análise.	

Codificação			Transcrições/Exemplos
Mudanças sentidas com o tratamento psicológico em grupo	Mudanças positivas	Ao nível da cognição	<p>001: “Uma maior capacidade de armazenamento de informação”; “Portanto, ao olhar para o calendário de atividades relembro algumas das tarefas que tenho para fazer... Portanto, relembro tarefas...”; “Tarefas que tenha de fazer em casa e aqui, por exemplo em casa, estabeleci dias para passar a ferro, era uma coisa que me esquecia e não tinha vontade de fazer... Mas acima de tudo, ajudou-me a organizar melhor o meu tempo e as minhas atividades. E aqui era tipo um calendário que me dizia o que tinha a seguir”.</p> <p>003: “Eu quando cheguei aqui não me recordava do dia anterior e agora recordo-me. Voltei a ser adolescente (risos), agora escrevo um diário, onde escrevo o que faço diariamente e tudo mais. Mas agora, já não preciso tanto de utilizar esse método, já me recordo”.</p>
		Perspetiva mais positiva sobre si próprio e sobre a vida	<p>001: “Sim, penso de uma forma mais positiva. Antigamente, pensava de uma forma mais negativa”.</p>

Mudanças sentidas com o tratamento psicológico em grupo			002: “Acho que estou mais organizada, mais atenta também e mais disponível”.
			006: “Vejo as coisas de uma forma mais positiva, não o suficiente, mas vejo de uma forma mais positiva (...) Não me autocriticar, o meu autocrítico começou a ficar mais pequeno”.
		Ao nível das relações interpessoais	002: “Estou mais atenta à necessidade dos outros, preocupo-me com o bem-estar da outra pessoa”.
			004: “Por exemplo, quando me dizem estou farta disto, pois realmente, eu nunca pensei que pudesses estar assim. E o grupo ajudou-me... Principalmente de colocar-me no lugar do outro. Numa das sessões falamos sobre empatia e acho que no fim, percebi que sou empático com os outros.... Tentar perceber sempre o outro. Porque depois eu faço a comparação, disseram-me que ia ficar numa cadeira de rodas e estou a caminhar pelo meu pé... E se eu ficasse numa cadeira de rodas como é que era? E eu vejo aquela pessoa de cadeira de rodas e faz-me pensar.... Consigo perceber mais os outros”.

Mudanças sentidas com o tratamento psicológico em grupo	Ao nível da medicação	002: “Sim, já não tomo a medicação para dormir. Isso tenho evitado e tem resultado, acabo por fazer o exercício que aprendi na meditação, a respiração e até me sinto mais relaxada”.
	Envolvimento em atividades prazerosas	<p>002: “Tenho, tenho é de começar, não posso estar parada. Se começar não paro. (...) refletindo aumentou (...) nas tarefas de casa, nas compras, nas saídas. Muito, bastante”.</p> <p>003: “Comecei a ter gostos que anteriormente tinha. Eu adorava correr e comecei a gostar de voltar a correr. Correr ajudava-me a pensar em mim e a refletir sobre o meu dia e as situações do dia. Eu usava aquele tempo para mim. (...) com o grupo da depressão ajudou-me a ganhar força”.</p> <p>005: “Comecei a sair mais, mas também pode ser coincidência com o tempo estar melhor”.</p> <p>005: “(...) Eu faço uma coisa que não fazia que é escrever o que faço durante o dia (...) e todos os dias eu escrevo quando</p>

Mudanças sentidas com o tratamento psicológico em grupo			acordo, o que faço .. E eu faço muita coisa durante o dia, eu nunca imaginei ... (risos) E até sou muito sintetizada nas coisas que faço. E ao ver essa folha acho que há coisas que posso mudar para arranjar um espaço para mim, penso em ir as compras.... Há pessoas que consideram que ir às compras é um espaço para si. Eu não! Para mim espaço para mim é eu não fazer literalmente nada ou eu estar a ler um livro ou estar a ver uma coisa na tv que gosto ou estar à beira do mar sentada, é uma coisa para mim”.
	Mudanças negativas	Não foram identificadas mudanças negativas desde o início do tratamento.	<p>001: “Não, mudar foi para melhor, não pior”.</p> <p>002: “Para pior, não. Às vezes esqueço-me um bocadinho das coisas, isso acontece às vezes. E quando dou conta penso que não devia ter feito, arrependo-me. Mas já foi feito não há nada a fazer”.</p> <p>003: “Penso que não”.</p> <p>004: “Para pior não.”</p> <p>005: “Para pior não”.</p> <p>006: “Não, não, nada piorou”.</p>

Codificação		Transcrições/Exemplos	
Mudanças ainda não alcançadas	Identifica mudanças por alcançar	Aumentar o sentido de responsabilidade	002: “É só estar mais responsável pelas obrigações que eu tenho”.
		Superar o medo em relação ao futuro	006: “Eu queria mudar sabe o quê? É o meu medo do futuro próximo, o meu medo que sinto quando penso em ter alta e penso o que me vai acontecer? Essa insegurança, a incerteza do futuro, gostava de lidar com isso de uma forma menos vincada e menos negativa, gostava de dar menos importância de coisas que as pessoas dizem e não é verdade (...)No fundo ter mais confiança, eu de certa forma tenho confiança, mas é sempre aquele fio da navalha que digo, facilmente quebra”.
		Superar o medo de andar de transportes públicos	005: “Gostava de ultrapassar as questões de não andar de transportes. Principalmente, porque gosto de ir ao cinema, e às vezes em Espinho não tem

			filmes que goste e gostava de me colocar no comboio e ir até ao Porto, ao shopping e assim, para ir ao cinema. Apenas essas privações que eu as sinto”.
	Não identifica mudanças por alcançar		001: “Não”.
			003: “Acho que não”.
			004: “Não, eu reconheço quando estou certo e quando estou errado. E quando estou errado, tento mudar”.

Codificação			Transcrições/Exemplos
Aspetos a mudar que foram promovidos pelo tratamento psicológico, que não foram equacionados anteriormente	Identificou aspetos a mudar	Necessidade de aumento da autoconfiança	001: “Talvez confiar mais em mim e nas minhas capacidades”.
		Necessidade em lidar melhor com a incerteza do futuro	006: “Eu queria mudar sabe o quê? É o meu medo do futuro próximo, o meu medo que sinto quando penso em ter alta e penso o que me vai acontecer? Essa insegurança, a incerteza do futuro, gostava de lidar com isso de uma forma menos vincada e menos negativa, gostava de dar menos importância de coisas que

			as pessoas dizem e não é verdade.”
	Não identificou aspetos a mudar		002: “Não, não me recordo de nenhum aspeto”.
			003: “Penso eu que nada”.
			004: “Não, nada”.
			005: “Não”.

Codificação		Transcrições/Exemplos	
Perceção da mudança	Expetativa da mudança	Mudança totalmente esperada	006:
		Mudança algo esperada	001:
			002: “Algo esperado”.
			003: “Sim, era algo que esperava”.
			005: “Foi algo esperado, porque eu já tinha projetado essa ideia”.
		Não estava à espera, mas também não foi uma surpresa	001: “Foi uma mudança nem esperada nem surpresa”.
			004:
		Mudança algo surpreendente	001:
			002: “Algo surpresa”.
			003: “Algo surpresa”.

			005: “Foi surpresa, que até hoje não consigo não o fazer, faz parte da minha rotina”.	
			006: “Foi algo surpresa”.	
		Mudança completamente surpreendente		
	Sem o tratamento a mudança	De certeza que não acontecia		002: “De certeza que não acontecia”.
				003:
				005: “De certeza mesmo que não acontecia”.
		Provavelmente não acontecia		002: “Não, dificilmente acontecia. Provavelmente não acontecia”.
				003: “Provavelmente não acontecia”.
				005: “Provavelmente não acontecia”.
				006: “Provavelmente não acontecia”.
				001: “Provavelmente não acontecia”.
			Não sabe	006:
		Provavelmente sim, aconteceria	004:	
	De certeza que sim, aconteceria			

	A importância da mudança	Nada importante	
		Pouco importante	
		Moderadamente importante	005: “Moderadamente importante”
			001: “Moderadamente importante”
		Muito importante	001:
			002: “Muito importante”.
			004:
			005: “Muito importante”.
		Extremamente importante	002: “Extremamente importante”.
			003: “Extremamente importante”.
			006:

Codificação	Transcrições/Exemplos
--------------------	------------------------------

Aspetos associados à mudança	Estratégias utilizadas na intervenção cognitivo-comportamental em grupo	001: “Acho que foi sobretudo a grelha que fizemos numa sessão”.
		002: “Ter a realidade daquilo que me aconteceu, de estar atenta e saber viver com aquilo que me aconteceu, e ter consciência de que isto não é parar. Mas sim o recomeço de uma vida nova, isto sim”.
		006: “e foi explicado umas estratégias para ultrapassar e lidar”; ”(...)Principalmente entender a nossa voz crítica, que é algo comum na depressão. Isso foi algo bem explicado”; “A explicação por dois psicólogos com uma boa forma de explicar a depressão, foi uma boa forma de entender a depressão e interpretar os problemas (...)”.
	Participação no grupo de intervenção cognitivo-comportamental na depressão	003: “Eu vir para cá”.
		004: “Os momentos de partilha ajudaram a perceber o outro e por vezes a tentar mudar alguma coisa em nós próprios”.
		005: “É ouvirmos o exemplo dos outros, aquilo que se calhar não esperamos para nós, nunca pensamos para nós, também vemos como a outra pessoa reage...”.
		003: “Sabe que quando precisamos de ajuda, nós aproveitamos. Tento aproveitar cada uma

		das pessoas, acho que foi uma ideia excelente (...)"
	Abertura à mudança	003: "a vontade de mudar e a minha maneira de ser".

Codificação		Transcrições/Exemplos	
Recursos	Existência de qualidades pessoais (que lhe permitiram usar as ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas)	Atento e empenhado	002: "O facto de ser atenta e a querer sempre melhorar, empenhada a aprender".
		Compreensível e flexível	004: "Compreensível, talvez". "Ser flexível, no sentido de perceber o outro".
		Sociável e bem-humorado	005: "Eu sou muito sociável. A minha maior característica é ser bem-humorada".
		Persistente	003: "Teimosia, sou muito teimoso (...), dá-me persistência".
	Estar disposto à mudança, bom companheiro de grupo e bom comunicador	006: "Eu sou uma pessoa aberta a mudança e quando entendo que há algo que está mal e me faz mal e tenho de mudar, eu sou aberta a mudança (...)Sou boa companheira de grupo, sou boa comunicadora com o grupo em termos de partilha de experiência, as vezes até demais (risos). Houve uma sessão que não parei de falar".	
	Inexistência qualidades pessoais (que lhe permitiram usar as ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas)	001: "Não sei".	

	Aplicação de circunstâncias de vida (que lhe permitiram usar as ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas)	Relações interpessoais	002: “Nos relacionamentos de amizades”. “Estar atenta ao que os outros estão a precisar e não ser usada, fazer o que eles querem. Vou até aonde posso, não o que eles querem.”
			006: “No meu ambiente familiar, ser menos rígida nos pensamentos e no que digo, no relacionamento com as minhas filhas e no relacionamento com a minha irmã a nível profissional. A minha irmã tem uma forma diferente que eu não conhecia, e profissionalmente as coisas são diferentes e ajudou-me nesse sentido”.
		Momentos mais difíceis	004: “apenas quando estava mais aborrecido”. “utilizei duas ou três vezes.”
	Não identifica circunstâncias de vida (que lhe permitiram usar as ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas)		003: “Penso que não, não me recordo de nada em especial.”. 005: “Não”.

Codificação		Transcrições/Exemplos
Qualidades pessoais	Falta de motivação	002: “Preguiçosa (risos)”.

Limitações à aplicação das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico	(que lhe dificultaram o uso das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas)		005: “Falta de vontade de fazer, nunca fiz nada se não tivesse vontade”.
	Não identifica qualidades pessoais (que lhe dificultaram o uso das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas)		003: “Não”.
			004: “Não, não foi por ser preguiçoso, ou por ser trabalhador, ou brincalhão, ou... “ 006: “Nenhuma”.
	Circunstâncias da vida (que lhe dificultaram o uso das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas)	Relacionamento com os filhos	006: Eu tenho um relacionamento difícil com a minha filha mais velha, e neste sentido foi difícil e é difícil de utilizar essas ferramentas (...).”. 002: “Não, não tenho assim nada”.
	Não identifica circunstâncias de vida que lhe dificultaram o uso das ferramentas fornecidas pelo tratamento psicológico para lidar com os seus problemas		003: “Não me recordo de nenhuma em particular”.
		004: “Não”.	
		005: “Não”.	

Codificação		Transcrições/Exemplos
Aspetos positivos do tratamento psicológico em grupo	Estratégias utilizadas na intervenção cognitivo-comportamental em grupo	“E tomar notas, fazer apontamentos do meu dia-a-dia. Isso também me ajuda bastante”. 001: “ter um mapa onde apontava os acontecimentos” 006: “(...) a forma como as questões eram abordadas. Acho que foi tudo positivo para mim”.

	Sentimento de pertença grupal	<p>001: “Sinto que ... há pessoas na mesma situação que eu ou piores ainda... E que ultrapassam as dificuldades. E penso que eu, também estou a ultrapassar...”</p>
		<p>002: “Gosto bastante do grupo que pertenci, porque fomos sempre partilhando o que se passa connosco e dividimos as nossas dificuldades. E isso achei bastante interessante”. “Numa das sessões a colega mencionou que tinha de se obrigar a sair, e isso a mim também me ajudou a estar atenta a mim, que eu também se faço isso me ajuda bastante. Não posso dizer não às coisas, vou em frente. Mal ou bem começo, mas depois as coisas até correm bem e sinto-me bem, se não fizer sinto-me pior. A partilha da colega fez-me sentido”.</p>
		<p>003: “porque é bom perceber que ... Eu não estou a dizer que toda a gente deve ter o mesmo</p>

		<p>problema, mas os doutores ajudaram-nos a mim e aos outros a percebermo-nos melhor”. “É ótimo saber que não sou só eu que tenho problemas e isso é positivo, não é que eu ache bem os outros terem esse problema, é saber que não sou o único”.</p>
		<p>005: “Nestas sessões tive sempre boa relação com o grupo e com os psicólogos, foram excepcionais. Com uma abertura grande que nos puseram sempre todos à vontade”.</p>
		<p>006: “Eu com o grupo senti-me à vontade, porque até uma das participantes do grupo participou comigo no RAC e nós temos uma ligação muito boa”. “Sei lá, o facto de estarmos no mesmo barco, a partilha, (...)”</p>
<p>Não identifica aspetos positivos do tratamento psicológico em grupo</p>		<p>004: “(...), mas eu não me identifico”.</p>

Codificação		Transcrições/Exemplos
Aspetos negativos	Identificou aspetos que não funcionaram no tratamento psicológico em grupo	
	Não identificou aspetos que não funcionaram no tratamento psicológico em grupo	001: “Não”.
		002: “Não, que me apercebesse”.
		003: “Acho que não houve”.
		004: “Não, (...)”
		005: “Não”.
		006: “Não, falamos de coisas que nós sentimos quando estamos com depressão e o criar alternativa é difícil, e os psicólogos que nos acompanharam ajudaram a criar alternativas”.
	Identificou aspetos no tratamento psicológico que foram difíceis ou dolorosos, mas que o/a ajudaram ou poderão vir a ajudar.	002: “O facto de ter de vir à terapia”. “Sim, mas sei que me faz bem. É o caminho que tenho de seguir”.
		004: “Só os registos diários, que foram mais difíceis de fazer, mas ajudaram. Deu para perceber que tinha muito tempo sem fazer nada”.
	Não identificou aspetos no tratamento psicológico difíceis ou dolorosos, mas que o/a ajudaram ou poderão vir a ajudar.	001: “Não, não me recordo de nenhum”.
		003: “Não”.
		005: “Não”.
006: “Não”.		

	Identificou a falta de algum aspeto no tratamento psicológico	Interação com o contexto familiar	001: “Se houvesse interação entre um familiar próximo e a instituição, acho que seria algo importante para todos nós”. “Sim, acho que seria importante o familiar perceber melhor o nosso problema”.
		Aumento do tempo de tratamento psicológico	005: “Para mim é só a questão de mais tempo”.
			006: “Faltou tempo”.
	Adaptação da tabela de ativação comportamental para pessoas com dificuldade visual	004: “aquela tabela era difícil por a dificuldade visual que tenho neste momento”. “Apenas as letras maiores, ...”	
	Não Identificou a falta de algum aspeto no tratamento psicológico	002: “Não, foi adequado”.	
		003: “Não”.	