



Joana Filipa Martins Ribeiro

22268

Avaliação da eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo para adultos com Perturbação de Ansiedade e Depressão: Um estudo piloto em contexto hospitalar.

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Carla Cunha – Instituto Universitário da Maia (ISMAI)

Outubro, 2014

## **Agradecimentos**

Nesta página tenho a possibilidade de expressar o meu agradecimento a todas aquelas pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para que chegasse até aqui.

Este ano foi sem dúvida um ano de mudanças, tanto a nível pessoal como profissional. Neste ano, tive a oportunidade de desenvolver competências que até aqui ainda não tinha tido oportunidade de as desenvolver.

Com o desenvolvimento de todas as tarefas que me foram propostas, percebi que detenho várias limitações que me impediram de atingir o potencial que pretendia. Mas estas limitações permitiram-me desenvolver as minhas próprias capacidades e competências, verificar que sou capaz de desenvolver um trabalho do qual me orgulho.

Por tudo isto, não posso deixar de agradecer a diversas pessoas que, presentes ou ausentes, sempre me apoiaram incondicionalmente.

Quero agradecer a todos aqueles com quem tive a oportunidade de aprender ao longo do meu percurso académico: professores, colegas de turma e amigos.

Primeiro gostaria de agradecer a professora Doutora Carla Cunha pela ótima orientadora que se mostrou, estando sempre presente, apoiando e motivando nos momentos mais difíceis. Sem o seu apoio não seria possível terminar o meu percurso de forma tão positiva. Ao longo da convivência com a Doutora Carla Cunha foi possível adquirir conhecimentos que poderei aplicar posteriormente na minha vida profissional. Foi sem dúvida um grande apoio durante este ano, sempre me auxiliou em todas as decisões que fui tomando.

Agradeço também à minha amiga Tânia, pela boa disposição, ajuda e disponibilidade que sempre me proporcionou, quero agradecer essencialmente pelos momentos que estive sempre comigo e nunca me deixou desistir.

Gostaria também de agradecer a várias pessoas que não estão diretamente inseridas na minha vida académica e que, de uma forma ou de outra, sempre me deram apoio, motivação e incentivo e força durante a minha caminhada.

Quero começar por agradecer aos meus pais por me terem apoiado a todos os níveis nesta minha formação académica, á minha madrinha pelo apoio e companheirismo prestado ao longo do meu percurso académico, sem vocês nada disto seria possível.

Agradeço aos meus amigos e colegas de estágio e de universidade pela amizade, preocupação, força e carinho demonstrado.

Quero agradecer a Cátia, Patrícia, Daniel e a Joana Lima pelo apoio que me prestaram, por todo o companheirismo, amizade, ajuda e por toda a disponibilidade que tiveram comigo desde o primeiro dia que entrei no ISMAI.

Não poderia deixar de agradecer à Dra. Ana Sofia Teixeira pela sua dedicação, disponibilidade e apoio que me prestou ao longo desta fase da minha vida.

Por fim, quero agradecer ao Gonçalo que apesar de já não estar aqui para ver o término do meu curso sei que estará orgulhoso do meu percurso, foste um amigo que teve sempre comigo no meu percurso académico e pessoal. Mostraste-me que nunca se deve desistir de nada mesmo que a vida nos ponha alguns obstáculos. A ti Gonçalo um enorme obrigado!!! Espero nunca te desiludir.

**Avaliação da eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo para adultos com Perturbação de Ansiedade e Depressão: Um estudo piloto em contexto hospitalar.**

**Resumo**

Alguns estudos têm discutido a importância da intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo na diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa.

Em sistemas de saúde primários e contextos hospitalares, a formação de um grupo de intervenção nas várias perturbações pode proporcionar uma poupança ao nível económico e de tempo, sendo que nestes contextos os recursos disponíveis para a terapia individual são reduzidos, diminuindo por vezes a eficácia da intervenção (Bieling et.al 2006). Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo contribuir para a compreensão da eficácia da intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva. Assim, pretende-se verificar se existe diminuição estatisticamente significativa da sintomatologia ansiosa e depressiva quando se compara o pré (1<sup>o</sup>sessão) e pós testes (12<sup>o</sup>sessão) em ambos os grupos contrastantes (clínico e de controlo). Além disso pretende-se analisar se o tamanho do efeito é maior no grupo de controlo (sujeito à intervenção usual com tratamento farmacológico e consulta psicológica periódica) ou no grupo clínico (sujeito a tratamento por intervenção cognitivo-comportamental em grupo). Por último pretende-se comparar o grupo de controlo (tratamento usual) e o grupo clínico (intervenção em grupo), analisando se existe superioridade na eficácia do tratamento em grupo.

Os resultados na análise comparativa do pré para o pós-teste nos dois grupos, evidenciaram uma diminuição significativa da sintomatologia ansiosa e depressiva ao longo do tempo. Relativamente aos grupos clínicos no pós-teste constatou-se a ausência de sintomatologia depressiva no BDI e no STAI-Y1 e STAI-Y2, uma diminuição estatisticamente significativa da sintomatologia. No que concerne aos grupos de controlo verificou-se uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva no BDI e no STAI-Y1 e STAI-Y2, uma diminuição estatisticamente significativa da sintomatologia ansiosa. Estes resultados vão de acordo com as investigações demonstrando que na intervenção em grupo os pacientes ao longo das sessões diminuíram de forma gradual a sintomatologia ansiosa e depressiva. Em relação à análise do tamanho do efeito verificou-se que nos dois grupos de intervenção os valores

foram semelhantes, comprovando assim que a intervenção em grupo e individual, têm elevado nível de eficácia na redução da sintomatologia depressiva e ansiosa.

*Palavras-chave:* Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo; Ansiedade; Depressão; Eficácia da intervenção em grupo.

# **Evaluation of the effectiveness of a cognitive-behavioral group intervention for adults with Depression and Anxiety Disorder: A pilot study in a hospital context.**

## **Abstract**

Some studies have discussed the importance of the Cognitive-behavioral group intervention in reducing depressive and anxiety symptomatology.

In primary health care and hospital setting systems, the formation of a group intervention in various disturbances can result in savings to the economic level and time, and in these contexts the available resources to individual therapy are reduced, decreasing sometimes the intervention effectiveness (Bieling et.al 2006). Therefore, the present study aims to contribute to the understanding of the effectiveness of cognitive-behavioral group intervention in decreasing the anxiety and depressive symptomatology.

Thus, we intend to investigate whether there is a statistically significant decrease in anxiety and depression symptomatology when comparing the pre (1<sup>o</sup>session) and post test (12<sup>o</sup>session) in both contrasting groups (clinical and control). Furthermore we intend to analyze if the size effect is larger in the control group (subject to the usual intervention with drug treatment and periodic psychological consultation) or in the clinical group (subject to treatment for cognitive-behavioral group intervention). Finally we intend to compare the control group (usual care) and clinical group (group intervention) analyzing whether there is superiority in the efficacy of group treatment.

The results of the comparative analysis of pre and post-test in both groups showed a significant decrease in anxiety and depression symptomatology over time. In relation to the clinical group on post-test it is noted the absence of the depressive symptomatology on the BDI and in the STAI-Y1 and STAI-Y2, a statistically significant decrease in symptomatology. Regarding the control groups there was a significant decrease in depressive symptomatology on the BDI and STAI-Y1 and STAI-Y2, a statistically significant decrease in anxiety symptomatology. These results are in agreement with investigations demonstrating that the group intervention patients throughout the sessions gradually decreased anxious and depressive symptomatology. Regarding the analysis of the size effect was found that in the two intervention groups the values were similar, thus proving that the intervention group and individual, are highly effective in reducing depressive and anxiety symptomatology.

**Key-Words:** Cognitive-Behavioral group therapy; Anxiety; Depression; Effectiveness of the group intervention.

## Índice

Introdução .....	1
<b>Capítulo I. Enquadramento Teórico</b> .....	<b>3</b>
1.1. Depressão e Ansiedade .....	3
1.1.1. Perturbações de Humor .....	3
1.1.2. Perturbações de Ansiedade.....	5
1.1.3. Comorbilidade.....	6
1.1.4. Tratamento .....	7
1.2 Intervenção em grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental .....	8
1.3 Estudos acerca da eficácia da intervenção em grupo em Ansiedade e Depressão	12
1.4 Objetivos do presente estudo .....	15
<b>Capítulo II – Estudo Empírico</b> .....	<b>17</b>
2. Questão de partida e objetivos do presente estudo .....	17
3. Método.....	18
3.1. Participantes.....	18
3.1.1 Caraterização sócio-demográfica da amostra.....	18
3.2. Tratamento .....	21
3.3 Medidas.....	23
3.3.1. Medidas de resultado.....	23
3.3.1.1. Questionário sociodemográfico .....	23
3.3.1.2. Beck Depression Inventory – II (BDI-II) .....	23
3.3.1.3. STAI (State-Trait Anxiety Inventory) .....	24
3.3.1.4. CORE-OM (CORE Outcome Measure) .....	24
3.3.1.5. NEO-PI-R (Inventário de Personalidade Neo - Revisto).....	24
3.3.1.6. Inventário da Aliança Terapêutica.....	25
4. Procedimentos.....	25
5. Resultados.....	27
6. Discussão .....	39
7. Limitações.....	43
8. Conclusão, direções futuras .....	44
9.Referências bibliográfica .....	45

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caraterização sociodemográfica.....	19
<b>Tabela 2.</b> Dados clínicos.....	20
<b>Tabela 3.</b> Evolução da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral nas diferentes sessões de avaliação nos dois grupos .....	28
<b>Tabela 4.</b> Mudança no BDI (Reliable Change Index).....	32
<b>Tabela 5.</b> Mudança STAI-Y 1.....	32
<b>Tabela 6.</b> Mudança STAI-Y 2.....	33
<b>Tabela 7.</b> Comparação dos grupos clinicos e de control em relação a avaliação pré-teste em termos de sintomatologia depressiva, ansiosa e geral .....	34
<b>Tabela 8.</b> Comparação dos grupos clinicos e de control em relação a avaliação pré-teste aos níveis dos traços de personalidade.....	36
<b>Tabela 9.</b> Descrição dos valores obtidos no teste de Wilcoxon.....	36

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Evolução da sintomatologia no pré e pós teste em ambos os grupos.....	30
<b>Figura 2.</b> Evolução da sintomatologia nos grupos clínicos .....	31

## Introdução

Nos últimos anos têm vindo a aumentar as investigações desenvolvidas ao nível da avaliação da eficácia das intervenções em grupo segundo a modalidade Cognitivo-Comportamental. O presente estudo assume-se como um estudo piloto, em contexto hospitalar, que pretende avaliar a eficácia de uma intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo para adultos com Perturbação de Ansiedade e Depressão, mediante um design de ensaio clínico.

A prevalência de problemas relacionados com a saúde mental, nomeadamente a sintomatologia depressiva e ansiosa, tem vindo a aumentar na população mundial e, em particular, em Portugal. Os dados epidemiológicos resultantes de um estudo realizado pela Direção geral de saúde em 2013, revelaram que as perturbações depressivas representam 7,9% e as perturbações de ansiedade 16,5%, presentes na população portuguesa (DGS, 2013).

Devido a uma conjugação de fatores tanto científicos como económicos, torna-se pertinente que os pesquisadores na área da saúde mental avaliem a eficácia da terapia de grupo cognitivo-comportamental no tratamento de várias perturbações (McDermut, Miller & Brown, 2001). Existe, assim, uma necessidade de pesquisar e fundamentar intervenções alternativas à medicação e terapia individual, surgindo a terapia de grupo como uma escolha alternativa, devido aos estudos e pesquisas que fundamentam a sua eficácia na redução da sintomatologia das perturbações (McDermut, Miller & Brown, 2001).

Mais recentemente têm surgido alguns estudos clínicos, que avaliam a eficácia da terapia em grupo na diminuição da ansiedade e depressão. Por exemplo, Garçia (2004), Peterson e Halstead (1998) realizaram estudos onde pretendiam avaliar a eficácia desta terapia, com indivíduos que detinham o diagnóstico de Perturbação Depressiva e Perturbação de Ansiedade. Nos seus estudos foi visível que esta forma de intervenção é eficaz na redução da sintomatologia depressiva e ansiosa. Segundo o estudo realizado por McDermut, Miller e Brown (2001), a diferença entre a terapia individual e de grupo não é significativa, porém a terapia de grupo revelou um elevado grau de eficácia em termos de intervenção.

A presente dissertação organiza-se em dois capítulos: um teórico e outro empírico. O primeiro realiza uma revisão da literatura acerca da temática em análise.

Deste modo, começa por fazer uma breve referência às perturbações de humor e ansiedade, apresentando posteriormente uma fundamentação teórica acerca da terapia Cognitivo-Comportamental em grupo e por último estudos que revelam a eficácia desta terapia na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva. O segundo capítulo apresenta o estudo empírico. Assim, integra a contribuição empírica da dissertação, descreve os objetivos e as questões de investigação, os participantes do estudo, as medidas utilizadas e os procedimentos de recolha e análise dos dados. De seguida apresenta os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim, refere as principais limitações do estudo, relacionando com futuras investigações, e termina com uma breve conclusão acerca de todo o processo.

Em suma, com este estudo pretende-se contribuir para o conhecimento sobre a psicoterapia de base Cognitivo-Comportamental, em particular segundo o formato de intervenção grupo, obtendo-se assim uma descrição e avaliação da eficácia desta intervenção na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva em contexto hospitalar.

## **Capítulo I. Enquadramento Teórico**

### **1.1. Depressão e Ansiedade**

Segundo um estudo sobre Saúde Mental, realizado em 2013 pela Direção Geral de Saúde (DGS), a maior prevalência anual das perturbações psiquiátricas em Portugal encontra-se dentro das Perturbações de Ansiedade (16,5%) e Perturbações Depressivas (7,9%) (DGS, 2013).

Dentro das Perturbações de Ansiedade, encontra-se uma maior prevalência ao nível das Fobias Específicas (8,6%), Perturbações de Pânico (4,4%), Perturbação de Stress-Pós Traumático (2,3%) e por último Perturbação de Ansiedade Generalizada (2,1%). Em relação às Perturbações Depressivas, encontra-se uma maior prevalência na Perturbação Depressiva Major (6,8%), Dístimia e Bipolar (1%). Assim, a Direção Geral de Saúde assinala ser necessário aumentar a intervenção psicológica, individual e em grupo de forma a corresponder ao elevado número de indivíduos com este tipo de perturbações (DGS, 2013).

Num estudo realizado pela Direção Geral de Saúde Mental, que pretende avaliar a percentagem de doentes que procuram ajuda de um profissional devido a problemas psicológicos ou emocionais em Portugal, constatou-se que em média, existe três vezes mais procura de psiquiatras e psicólogos em Portugal em relação à União Europeia, existindo também um maior consumo de ansiolíticos e antidepressivos (DGS, 2013).

#### **1.1.1. Perturbações de Humor**

A prevalência de problemas relacionados com a saúde mental, nomeadamente a sintomatologia depressiva, tem vindo a aumentar na população mundial e, em particular, em Portugal. Os dados epidemiológicos resultantes de um estudo realizado pela Direção Geral de Saúde em 2013, revelaram que as Perturbações Depressivas representam 7,9% das perturbações presentes na população portuguesa (DGS, 2013).

A depressão é um estado emocional negativo que leva o indivíduo a sentir-se emocionalmente triste, desanimado, frustrado e desmotivado (Ballone, 2004, cited in Springer, Rubin & Beers, 2011).

Esta perturbação manifesta-se através de sintomas como a insónia, hipersónia, pensamentos recorrentes acerca da morte ou suicídio, sentimentos de culpa e

inutilidade, fadiga, dificuldades de concentração, indecisão e dificuldades psicomotoras. Os sintomas mais presentes nas primeiras duas semanas caracterizam-se pelas dificuldades ao nível funcional, laboral e relacionais (Leahy & Holland, 2012).

Nierenberg et al., (2007) referem que no desenvolvimento desta perturbação existe uma predisposição biológica e outros fatores como eventos de vida stressantes, história desenvolvimental disfuncional e estratégias de coping desadaptativas. A depressão é uma doença com sintomas específicos, com uma duração e gravidade que coloca em risco gravemente a capacidade do indivíduo em realizar a sua vida normal. Todos os indivíduos que temporariamente sentem sentimentos de tristeza em determinadas fases da vida, que posteriormente tende a desaparecer, não se considera depressão.

Segundo vários estudos, estima-se que 12 % dos homens e 25 % das mulheres já experienciaram um episódio depressivo major na sua vida (Hunsley, Elliott & Therrien, 2014). A prevalência desta perturbação é, assim, superior nas mulheres, e tende a ocorrer inicialmente por volta dos 15 anos (aproximadamente), muitas vezes persistindo até a idade adulta. Deste modo, torna-se importante fazer um tratamento adequado na adolescência, para se diminuïrem os riscos desta perturbação persistir ou reaparecer na idade adulta (Springer, Rubin & Beers, 2011).

A teoria cognitiva da depressão de Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) prevê uma maior predisposição para o desenvolvimento de Perturbações Depressivas quando existem experiências precoces de perda ou de privação emocional, que dão origem à construção de auto esquemas negativos. Estes esquemas correspondem a padrões cognitivos que a pessoa usa no seu dia-a-dia para avaliar, interpretar e organizar os acontecimentos de vida. Desta forma, quando confrontados com eventos negativos, os esquemas cognitivos negativos são reativados e os sujeitos tendem a interpretar as situações como negativas, apoiando a ocorrência de pensamentos automáticos negativos que podem potenciar a emergência da depressão.

De acordo com o modelo interpessoal da depressão (Klerman, et.al 1984 cited in Bleiberg & Markowitz, 2008), esta surge como uma perturbação onde as relações interpessoais são as principais responsáveis pelo desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) as Perturbações Depressivas subdividem-se em: Perturbação Depressiva Major caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos Major (isto é, pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de

interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais da depressão). A Perturbação Dístimica é caracterizada por pelo menos dois anos de humor depressivo, durante mais de metade dos dias acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem critérios para Episódio Depressivo Major. A Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação é incluída para codificar as perturbações com características depressivas que não preenchem critérios para Perturbação Depressiva Major, Perturbação Dístimica, Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo ou Perturbação de Adaptação Mista com Humor Depressivo e Ansiedade

### **1.1.2. Perturbações de Ansiedade**

O termo “estado de ansiedade” refere-se à ansiedade difusa, que não fica restrita às situações externas específicas nem associada ao comportamento constante e extensivo de evitar situações fóbicas.

Segundo Beck, Laude e Bohnert (1974 citado em Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1997) os seus pacientes quando eram entrevistados, referiam frequentemente pensamentos e imagens que sugeriam a perceção de um perigo considerável nas situações atuais, e a ansiedade parecia uma resposta compreensível a essas perceções erróneas. Esta constatação levou ao desenvolvimento de terapias cognitivo-comportamentais que procuravam tratar os estados de ansiedade ao ajudar os pacientes a identificar, avaliar mais adequadamente e a modificar os seus julgamentos acerca dos perigos imaginários e os comportamentos que os podem estar a manter.

As diversas Perturbações de Ansiedade podem tornar-se incapacitantes e muitas vezes têm um curso crónico, sendo responsáveis por uma elevada carga social e económica para a população (Roberge, Fournier, Menear & Duhoux, 2014).

Os dados epidemiológicos resultantes de um estudo realizado pela Direção Geral de Saúde em 2013, revelaram que as perturbações de ansiedade representam 16,5% das perturbações presentes na população portuguesa (DGS, 2013). Estas perturbações são mais frequentes nas mulheres, desenvolvendo-se durante a juventude e adolescência, e podendo tornar-se crónicas se não existir um tratamento adequado. Para além disso, podem desenvolver uma elevada comorbilidade com as várias perturbações de ansiedade, humor e somatoformes (Roberge, Fournier, Menear, & Duhoux, 2014).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), dentro das Perturbações de Ansiedade encontram-se: Perturbação de Pânico é caracterizada por um período discreto

no qual se inicia de modo súbito uma intensa apreensão, medo ou terror, frequentemente associados com sensações de catástrofe iminente. Pode ocorrer com Agorafobia, sendo que esta é caracterizada pela ansiedade e evitamento de lugares ou situações nos quais a fuga pode ser difícil. A Perturbação de pânico sem Agorafobia caracteriza-se por ataques de pânico inesperados e recorrentes acerca dos quais existe uma preocupação persistente, mas sem o evitamento de lugares ou situações nos quais a fuga pode ser difícil. A Fobia específica caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a uma situação ou objeto temido, que frequentemente conduz ao comportamento de evitamento. A Fobia social caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho que frequentemente conduzem a comportamento de evitamento. A Perturbação Pós-Stress Traumático é caracterizada pela reexperiência de um acontecimento extremamente traumático acompanhado por sintomas de ativação fisiológica e emocional aumentada. A Perturbação de Ansiedade Generalizada é caracterizada por pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupação persistentes e excessivas. A Perturbação Secundária a um Estado Físico Geral é caracterizada por sintomas de ansiedade proeminentes que são considerados como consequência fisiológica direta a um estado físico geral. Por último, está presente a Perturbação Obsessivo-Compulsiva caracterizada por obsessões as quais causam mal-estar ou ansiedade e/ou compulsões.

### **1.1.3. Comorbilidade**

A comorbilidade de diagnósticos refere-se a co-ocorrência de duas ou mais perturbações mentais presentes num indivíduo (Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001).

As perturbações mais comuns associadas à depressão são as Perturbações de Ansiedade (APA, 2006). No estudo realizado por Mergl, et.al (2007), que pretendia analisar a comorbilidade existente entre depressão e ansiedade num grupo de indivíduos inseridos nos cuidados primários, constatou-se que as Perturbações de Ansiedade e depressão têm uma elevada comorbilidade, promovendo dificuldades psicossociais, elevado risco de suicídio e agravamento do estado clínico. Beekman et al. (2000) concluíram que 47,5% dos sujeitos com Perturbação Depressiva Major também reúnem critérios para uma perturbação de ansiedade específica, e 26,1% dos indivíduos que

apresentam perturbações de ansiedade também preenchem critérios para perturbação depressiva.

Sendo assim, podemos constatar que existe uma elevada comorbilidade psiquiátrica entre as perturbações de ansiedade e depressivas, o que promove uma maior gravidade e persistência dos sintomas (Conçalves & Coelho, 2005). Segundo Hunsley, Elliott e Therrien (2014), vários estudos realizados previamente demonstram que os adultos que experienciam simultaneamente sintomas depressivos e ansiosos diminuem a sua qualidade de vida e a capacidade de realizar atividades diárias, causando uma maior incapacidade e sofrimento. Os indivíduos que sofrem de comorbilidade entre ansiedade e depressão estarão mais propensos a desenvolver padrões de ruminação, desenvolvimento de estratégias de coping de forma a evitar estímulos fóbicos dificultando assim a aquisição de técnicas de resolução de problemas mais adaptativas e dificuldades em aumentar a sua auto-eficácia e domínio (Flint & Rifat, 2002).

Acredita-se que estas perturbações são causadas por uma combinação de agentes biológicos e ambientais (cf. Leahy, Holland & McGinn, 2012), pelo que alguns autores consideram que a ansiedade e depressão podem ser consideradas como um estado de vulnerabilidade que aumenta o risco de outras doenças, acabando por diminuir a qualidade de vida e o funcionamento emocional do indivíduo, promovendo assim um aumento dos custos económicos na utilização dos serviços de saúde público (Conçalves & Coelho, 2005).

#### **1.1.4. Tratamento**

O tratamento da ansiedade e depressão deve ser feito através da farmacologia, psicoterapia e uma atitude psicoeducativa do doente (Conçalves & Coelho, 2005). Em relação à farmacologia utilizada na ansiedade e depressão é exigida, frequentemente, a utilização das benzodiazepinas e antidepressivos, sendo que o tratamento deverá durar pelo menos 12 meses. A utilização destas três formas de tratamento assim como a minimização dos efeitos laterais são fatores importantes na adesão terapêutica ao longo do tempo e na diminuição da sintomatologia. A história médica e psiquiátrica do utente deve ser ponderada na escolha do tratamento farmacológico e também deve ser associado a uma psicoterapia (por exemplo, do tipo cognitivo-comportamental) para se verificarem resultados mais eficazes ao nível da intervenção.

Contudo, alguns médicos consideram que a psicoterapia é o mais indicado no tratamento da ansiedade e da depressão (Conçalves & Coelho, 2005). Porém, devido à limitação de recursos económicos e excesso de pacientes com perturbações psicopatológicas, muitos centros de intervenção terapêutica começam a adotar a intervenção em grupo com o objetivo de corresponder eficazmente aos pedidos, dando uma maior resposta a curto prazo. Por sua vez, a intervenção em grupo começa por se revelar uma proposta de intervenção eficaz nos contextos de saúde (Whitfield, 2010).

Em particular, a terapia Cognitivo-Comportamental em grupo encontra-se empiricamente validada, mostrando-se eficaz no tratamento de diferentes perturbações psiquiátricas, tais como a depressão e a ansiedade e, mais recentemente, nas perturbações da personalidade e psicóticas (Beck & Weishaar 2000, cited in Bieling, McCabe & Antony 2006).

## **1.2 Intervenção em grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental**

A terapia Cognitivo-Comportamental defende que a forma como os sujeitos percebem e processam a realidade vai influenciar o modo como eles se sentem e se comportam. Assim, esta terapia tem como principal objetivo reestruturar e corrigir esses mesmos pensamentos distorcidos, para que seja possível desenvolver soluções que fomentem a mudança e consecutivamente melhorem as dificuldades emocionais. Estes pensamentos são designados de pensamentos automáticos; ou seja, a maioria das pessoas não tem consciência de que estes pensamentos ocorrem e causam impacto no seu quotidiano, a não ser que estejam treinadas para identificá-los. Associados a estes pensamentos automáticos temos os esquemas que, segundo Clark, Beck e Alford (1999, cited in em Knapp & Beck, 2008, pp.57) são “estruturas cognitivas internas relativamente duradouras de armazenamento de características genéticas ou prototípicas de estímulos, ideias ou experiências que são utilizadas para organizar novas informações de maneira significativa, determinando como fenômenos são percebidos e conceitualizados”. A formação de determinada crença pode influenciar a formação posterior de novas crenças que, quando persistem, são incorporadas no esquema, modelando assim o pensamento do sujeito e promovendo assim posteriores erros cognitivos. Segundo o modelo cognitivo, algumas crenças podem constituir uma ameaça, aumentando o risco de problemas emocionais na depressão e a ansiedade (Knapp & Beck, 2008).

No que respeita à Terapia Cognitiva-Comportamental esta apresenta efeitos positivos na redução de sintomas e de taxas de recorrência ou reincidência dos problemas clínicos, numa vasta variedade de perturbações psiquiátricas. Segundo Beck, (2005), a Terapia Cognitiva-Comportamental pode ser classificada de três formas:

i) Terapia de competências de confronto, que ajudam no desenvolvimento de um vasto leque de estratégias que têm como objetivo fornecer ao paciente instrumentos que o ajudem a lidar com algumas situações problemáticas;

ii) Terapia de resolução de problemas, que destaca o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma ampla variedade de dificuldades pessoais; e,

iii) Terapia de reestruturação, que tem como principal foco os problemas emocionais, assumindo que estes resultam de pensamentos desadaptativos sendo que, neste caso, o objetivo incide em reformular pensamentos distorcidos e promover pensamentos mais adaptativos (Mahoney, 1995, citado em Knapp & Beck, 2008).

Segundo Beck (2005, cited in Knapp & Beck, 2008), para que seja garantida a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental, é necessário que o terapeuta estabeleça uma boa relação colaborativa com o paciente para que posteriormente possam trabalhar em conjunto, de forma a avaliar as crenças do paciente e discuti-las verificando se estas são ou não funcionais, podendo assim modifica-las e adequa-las à realidade. Posto isto, o terapeuta utiliza o debate socrático com o intuito do paciente tomar consciência do seu pensamento distorcido; ou seja, para que obtenha *insight* e posteriormente se sentir mais guiado. Durante as sessões, o terapeuta solicita ao paciente o seu *feedback* por forma a esclarecer qualquer dúvida que possa surgir por parte do deste.

Nesta terapia são utilizadas várias técnicas cognitivas como a “identificação, questionamento e correção de pensamentos automáticos, reatribuição e reestruturação cognitiva, ensaio cognitivo e outros procedimentos terapêuticos de imagens mentais. Entre as técnicas comportamentais estão, por exemplo, o agendamento de atividades, avaliações de prazer e habilidade, prescrições comportamentais de tarefas graduais, experimentos de teste da realidade, *role-plays* e técnicas de solução de problemas” (Knapp & Beck, 2008, p. 59).

Ao longo do tratamento, a abordagem colaborativa e a psicoeducativa deverão ser combinadas, uma vez que têm como objetivo ajudar os pacientes a identificar e, por outro lado, a monitorizar pensamentos automáticos, reconhecendo as relações que existem entre cognição, afeto e comportamento. Torna-se, também, fundamental testar a validade dos pensamentos automáticos e crenças nucleares, bem como substituir

pensamentos distorcidos por cognições que sejam mais realistas e, por fim, identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento (Beck, 1976, cited in Knapp & Beck, 2008).

De modo particular, a psicoterapia de grupo teve a sua origem nos modelos psicodinâmicos, desenvolvidos antes da prática da terapia Cognitivo-Comportamental delineada por Aron Beck e colaboradores. Em países considerados mais desenvolvidos, como os EUA, iniciou-se há muito a procura e divulgação da utilidade das terapias de grupo. Na Europa, principalmente em Portugal, começou somente mais recentemente a surgir a necessidade de colmatar a falta de suporte social que atualmente se faz sentir e que tradicionalmente era quase exclusivamente fornecido pela família e pela pequena comunidade onde a pessoa estava inserida, através da interação proporcionada na intervenção em grupo (Guerra & Lima, 2005)

De um modo geral, o processo de intervenção psicológica em grupo deverá implicar, da parte do/a terapeuta, o desenvolvimento de competências ao nível de 3 tarefas fundamentais: i) criação e manutenção do grupo, ii) construção da cultura de grupo, iii) ativação e iluminação do aqui-e-agora (Yalow, 1995 cited in Guerra & Lima, 2005). Na formação de um grupo é necessário começar, por discutir verbalmente as regras de funcionamento para que o grupo se torne estruturado e eficaz na sua intervenção (Bieling et.al, 2006).

Segundo Tuckman, (1977, cited in Guerra & Lima, 2005) as fases de desenvolvimento do grupo passam pela: i) Formação e estabelecimento de regras de funcionamento, expressão de ideias, opiniões e definição de metodologias; ii) Tempestade, resposta emocional às exigências da tarefa. Evidenciam-se diferentes posições e surge o conflito pela liderança; iii) Estabelecimento de normas, após a resolução do conflito assentam-se as normas e desenvolve-se a coesão grupal; iv) Desempenho, o grupo resolve ativamente os seus problemas, existe comprometimento e confiança; v) Luto que passa pela dissolução do grupo envolve o término das tarefas propostas.

Em particular, a terapia de grupo de base Cognitivo-Comportamental tem-se revelado mais eficaz que outras alternativas no formato de intervenção em grupo (Whitfield, 2010). Esta utiliza técnicas orientadas para a ação, que visam dar controlo ao individuo sobre a sua vida, para resolver os problemas interpessoais e emocionais.

É pertinente efetuar uma entrevista inicial para avaliar a pertinência da inclusão dos membros no grupo. Normalmente, os grupos tendem a ser heterogéneos quanto a

variáveis como sexo, idade, escolaridade, nível sociocultural. A duração das sessões são de 1h a 1h30 sendo no mínimo de 6 a 12 sessões. A avaliação sessão a sessão torna-se fundamental para se verificar se os objetivos estão a ser atingidos (Guerra & Lima, 2005).

A intervenção em grupo pode tornar-se mais eficaz quando os grupos são de dimensões mais pequenas ou apresentam perturbações similares, contudo normalmente os grupos são preenchidos por indivíduos com o mesmo diagnóstico ou comorbilidades com outras perturbações, promovendo uma maior dificuldade na intervenção, devido a várias problemáticas existentes, diminuindo o grau de eficácia da intervenção (Bieling et.al, 2006).

Na intervenção em grupo é comum alguns pacientes evoluírem de uma forma mais positiva do que outros, em caso de desorganização ou não aceitação das regras por parte de um indivíduo é necessário encaminhá-lo para terapia individual, de forma a obter uma maior evolução (Bieling et.al, 2006).

A intervenção tradicional da terapia Cognitivo-Comportamental passa pela prática individual; contudo, nas últimas décadas começaram a ser exploradas as terapias de grupo, com o objetivo de intervir em vários pacientes, no mesmo período de tempo, potenciando resultados mais abrangentes que na terapia individual. Alguns autores verificaram que, em termos de tempo de intervenção, a terapia de grupo oferece um elevado grau de eficácia comparativamente com a terapia individual (Bieling et.al 2006).

Os objetivos terapêuticos desta terapia passam pela avaliação da necessidade dos membros, especificando os problemas comportamentais que pretendem ser alterados (Guerra & Lima, 2005). A psicoterapia de grupo visa a interação entre os membros do grupo, tornando-se um veículo de mudança que promove padrões relacionais mais adaptativos, através da observação e aquisição de novos estilos de interação e experiências (Whitfield, 2010). Para a intervenção em grupo se tornar eficaz, é necessário existir uma coesão grupal (grau de interesse pessoal de uns membros pelos outros) e um foco na tarefa (estabelecer metas e criar objetivos de forma a cumprir) (Whitfield, 2010).

O protocolo para a terapia de grupo baseia-se nas estratégias utilizadas na terapia individual, sendo que alguns autores enfatizam que, nas terapias em grupo na depressão e ansiedade, os pacientes podem reconhecer com maior facilidade os seus próprios erros, através da partilha das experiências dos outros membros. O grupo pode produzir

através da partilha de experiências muito mais exemplos de conexões entre pensamentos, sentimentos e comportamentos do que na terapia individual (Westen & Morrison 2001).

Em sistemas de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários e em contextos hospitalares, a formação de um grupo de intervenção nas várias perturbações pode proporcionar uma poupança ao nível económico e de tempo, sendo que nestes contextos os recursos económicos e de tempo para a terapia individual são reduzidos, o que afeta, por vezes, a eficácia da intervenção (Bieling et.al 2006). Estes aspetos serão abordados seguidamente.

### **1.3 Estudos acerca da eficácia da intervenção em grupo em Ansiedade e Depressão**

Segundo Burlingame, Mackenzie e Strauss (2000, cited in Westen & Morrison 2001) a terapia Cognitivo-Comportamental em grupo foi proposta pela primeira vez em 1970, como uma forma de intervenção, tornando-se relevante aplicar nos vários contextos de saúde, em termos de custo-eficácia.

Beck et al. (1979, cit in Bieling et.al, 2006) começou a referir a eficácia da terapia Cognitivo-Comportamental em grupo no tratamento da depressão. Posteriormente, verificou-se em várias revisões e meta-análises, um alto nível de eficácia da terapia de grupo comparativamente à terapia individual no tratamento da depressão. Assim, segundo Butler et al. (2006, cit in McEvoy & Nathan 2007), a terapia Cognitivo-Comportamental revela ser a mais eficaz na intervenção em ansiedade e depressão.

As funções e técnicas da terapia Cognitivo-Comportamental são semelhantes nas várias perturbações, apesar das suas diferenças no conteúdo (Norton & Hope, 2005), pelo que a consolidação de vários protocolos de intervenção em diagnósticos distintos pode apresentar diversas vantagens como reduzir a complexidade, os custos e o tempo necessário para treinar os profissionais (McEvoy & Nathan, 2007).

Várias meta-análises comprovam e confirmam que a terapia cognitivo-comportamental em grupo revela um elevado grau de eficácia. Contudo, esta forma de intervenção por vezes revela algumas limitações tais como o abandono por parte dos participantes, não existindo tanto foco de atenção nos problemas individuais e nas crenças disfuncionais de cada paciente por parte do terapeuta, surgindo uma maior probabilidade de comportamentos de evitamento, devido às condições do grupo. No

entanto, podem-se verificar vantagens nesta forma de intervenção relativamente ao formato individual, como a possibilidade de simulação de situações sociais, *role-play*, aprendizagem social e vicariante e a identificação dos participantes com outros membros do grupo, ao nível das suas problemáticas (Dogaheh, Mohammadkhani & Dolatshahi 2011).

Morrison (2001, cit in Bieling et. al 2006) refere que em outras áreas tais como na ansiedade a eficácia da terapia de grupo torna-se evidente na redução da sintomatologia ansiosa. A sua intervenção baseia-se no protocolo da terapia individual, utilizando as mesmas estratégias e princípio em termos de intervenção.

De relevo é um estudo de Lucas e Telch (1993, cit in Heimberg 2001), que compararam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental de grupo e a terapia cognitivo-comportamental individual, com indivíduos que detinham o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade e concluíram que as duas formas de intervenção revelaram os mesmos resultados terapêuticos; contudo, o protocolo de grupo tornou-se mais rentável em termos de custo-eficácia.

García (2004) desenvolveu um estudo onde pretendia avaliar a eficácia da terapia Cognitivo-Comportamental em grupo em Perturbações de Ansiedade. Este estudo consistia num grupo de 44 participantes, inseridos numa Unidade de Saúde Mental, sendo avaliados através do STAI e BDI ao nível de pré e pós-intervenção, e tendo como objetivo perceber a evolução do diagnóstico. A investigação era constituída por um grupo experimental inserido na terapia de grupo enquanto o grupo de controlo, posteriormente, poderia aceitar ou não a aplicação do processo de intervenção. As diferenças entre os participantes ao nível do sexo, idade, socioeconómico e escolar, estado civil e comorbilidade com outras perturbações não influenciou os resultados quer no grupo experimental quer o de controlo.

As técnicas de intervenção em grupo utilizadas por García basearam-se na intervenção Cognitivo-Comportamental individual, tendo por base a psicoeducação, relaxamento, exposição gradual, reestruturação cognitiva e treino de resolução de problemas. Esta Terapia consistiu em 8 sessões semanais com uma duração de 1h 30 minutos, tendo sempre o mesmo terapeuta na intervenção García (2004). As sessões eram predominantemente psicoeducacionais com o objetivo de fornecer informações acerca das perturbações, ajudar o paciente a identificar o problema aprendendo diferentes formas de gerir os seus sintomas. Conjuntamente era dedicado algum tempo

para exporem as suas preocupações e dúvidas de forma a receberem apoio do terapeuta e do resto dos participantes.

Este estudo revelou que o grupo de participantes que receberam intervenção em grupo teve uma melhoria clinicamente significativa em relação ao grupo de controlo. A maioria dos participantes após a intervenção recebeu alta do serviço e diminuiu de forma significativa o consumo de benzodiazepinas, sendo que na avaliação psicométrica do STAI E BDI, revelou uma diminuição da sintomatologia (García 2004). Outro fator constatado através da avaliação feita foi a diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e stress emocional, existindo uma melhoria significativa ao nível físico (diminuição da somatização) e psicológico (García, 2004).

Outros estudos têm-se debruçado sobre a avaliação da eficácia do tratamento da depressão através do uso da farmacologia, combinada com psicoterapia individual ou com terapia em grupo (Peterson & Halstead 1998) Estes estudos revelaram que a utilização destas duas formas de tratamento quer em grupo, quer individualmente têm revelado eficácia na diminuição da sintomatologia depressiva

O estudo realizado por Peterson e Halstead (1998) continha participantes que detinham Perturbação Depressiva e comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas. A intervenção consistiu em 12 sessões, e o tratamento utilizado pelos autores passou pela psicoeducação sobre as perturbações, gestão emocional, modificação de comportamentos, reestruturação cognitiva, relaxamento, treino de assertividade (estilos de comunicação) e por último treino de resolução de problemas.

Os resultados revelaram que a terapia Cognitivo-Comportamental em grupo é uma abordagem clinicamente eficaz nos contextos comunitários, cuidados de saúde e centros hospitalares (Peterson & Halstead 1998). Além disso, a terapia utilizada revelou benefícios ao nível económico, redução dos custos monetários e de tempo, revelando que a terapia Cognitivo-Comportamental em termos de custo-efetividade é uma mais-valia no tratamento de perturbações depressivas e de ansiedade. Contudo, também é necessário utilizar a terapia individual e farmacológica em casos de insucesso na terapia de grupo (Peterson & Halstead 1998).

Assim, a terapia de grupo revelou ser uma intervenção mais eficaz em termos de custos económicos e tempo de resposta, em relação à terapia individual (Peterson & Halstead 1998). Pode, também, tornar-se uma base sólida para o tratamento dos utentes, podendo reduzir a quantidade de tempo e técnicos necessários e permitindo um aumento

do número de intervenções e tratamentos nos vários contextos de saúde Mental (Peterson & Halstead, 1998).

Westen e Morrison (2001), através de uma meta-análise, comprovaram que a terapia em grupo revela um alto nível de eficácia em comparação com a terapia individual na intervenção de Perturbações de Ansiedade e Depressão. A sua eficácia e a relação custo-resposta do formato em grupo sugere, segundo estes autores, que ao longo do tempo mais perturbações serão tratadas através desta vertente.

Um estudo realizado por McEvoy e Nathan (2007) pretendia comparar a eficácia da intervenção da terapia de grupo em grupos heterogéneos. Estes autores utilizaram a terapia Cognitivo-Comportamental em grupo na intervenção de diagnósticos mistos (ansiedade e depressão). Nesta intervenção foram utilizadas várias estratégias cognitivo-Comportamentais, tais como a psicoeducação sobre a ansiedade e depressão, técnicas de relaxamento, tarefas de ativação do comportamento, exposição e reestruturação cognitiva. O tratamento foi estruturado por um manual terapêutico, detalhando as instruções que o terapeuta podia utilizar. O grupo foi sujeito a 10 sessões de 2 horas de terapia de grupo Cognitivo-Comportamental, com *follow-up* de 1 mês. A sua avaliação no pré e pós intervenção foi realizada através da aplicação do BDI (Beck Depression Inventory).

A motivação para este estudo surgiu da constatação de que, nos centros de intervenção, por vezes não existem participantes suficientes para se realizar uma intervenção em grupo focada numa perturbação específica. Em alternativa, o terapeuta pode realizar uma intervenção mais direcionada para uma perturbação primária com comorbilidade com outras perturbações, em vez de realizar uma terapia diferencial para cada perturbação (McEvoy & Nathan, 2007).

Segundo o estudo realizado por estes autores os níveis de ansiedade e depressão reduziram significativamente após a intervenção em grupo, comprovando que um único tratamento é eficaz na redução da sintomatologia em grupos mistos (McEvoy & Nathan, 2007).

#### **1.4 Objetivos do presente estudo**

Em síntese, devido a uma conjugação de fatores tanto científicos como económicos, tornou-se pertinente que pesquisadores na área da saúde mental avaliem a eficácia da terapia de grupo Cognitivo-Comportamental no tratamento de várias

perturbações (McDermut, Miller & Brown, 2001). Analisando a Terapia de Grupo, pode-se constatar que tem menos custos económicos que a terapia individual. A relação custo-efetividade da terapia de grupo levou, assim, algumas organizações a utilizar com mais frequência esta forma de intervenção (Jeffrey 1999 cited in Mcdermut, Miller & Brown, 2001). Para além disso, as diferenças entre a terapia Cognitivo-Comportamental individual e de grupo não são significativas, revelando-se uma elevada eficácia nestas duas formas de intervenção em relação à diminuição simultânea da sintomatologia ansiosa e depressiva, na presença de quadros mistos. Deste modo, o tratamento de pacientes com ansiedade e depressão em terapia de grupo resulta em termos económicos e de tempo, tendo em conta o número de pacientes inseridos no grupo, o custo e a duração das sessões (Mcdermut, Miller & Brown, 2001).

O objetivo geral do presente estudo é a avaliação da eficácia de uma intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo para adultos com Perturbação de Ansiedade e Depressão. Com este estudo pretende-se verificar se, para além da intervenção individual e do tratamento farmacológico que surgem como os tratamentos usuais em contextos hospitalares ou contextos com elevada população de utentes, é benéfico utilizarem-se terapias de grupo, em particular para o tratamento de utentes com perturbações de ansiedade e depressão.

## **Capítulo II – Estudo Empírico**

O presente estudo assume-se como um estudo piloto, em contexto hospitalar, que pretende avaliar a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo para adultos com Perturbação de Ansiedade e Depressão, mediante um design de ensaio clínico: Pretende-se desta forma contribuir para o conhecimento em psicoterapia, podendo-se assim ter uma descrição da eficácia desta intervenção na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva.

O estudo é constituído por dois grupos de intervenção, denominados de grupo clínico e grupo de controlo. O grupo clínico usufruiu de intervenção cognitivo-comportamental em grupo e o grupo de controlo usufruiu de tratamento usual (farmacológico e consulta psicológica individual).

Os participantes foram sujeitos a uma avaliação inicial numa primeira consulta (pré-teste) e posteriormente a uma avaliação efetuada numa consulta 12 semanas após a primeira avaliação (pós-teste)

### **2. Questão de partida e objetivos do presente estudo**

O presente estudo procura avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo Cognitivo-Comportamental para adultos com Perturbação de Ansiedade e Depressão realizada na unidade de um centro hospitalar. Neste sentido, procura responder a algumas questões de investigação, nomeadamente:

- 1) Existem diferenças significativas entre os grupos, no que concerne à avaliação inicial (pré-teste)?
- 2) Existe diminuição estatisticamente significativa da sintomatologia ansiosa e depressiva quando se compara o pré (1ºsessão) e pós testes (12ºsessão) em ambos os grupos contrastantes (clínico e de controlo)?
- 3) Ocorrendo uma diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva ao longo do tempo o tamanho do efeito é maior na intervenção usual (tratamento farmacológico e consulta psicológica periódica) ou na intervenção em grupo?
- 4) Na comparação entre o tratamento usual (tratamento farmacológico e consulta psicológica periódica) e tratamento de intervenção cognitivo-comportamental em grupo, existe superioridade na eficácia do tratamento em grupo?

Dessa forma surgem os seguintes objetivos:

- a) b) Comparar o grupo clínico e de controlo, em relação à avaliação pré-teste ao nível da sintomatologia ansiosa e depressiva e dos traços de personalidade;
- b) Descrever como evolui a sintomatologia dos utentes participantes em ambos os grupos ao longo do tratamento;
- c) Comparar os resultados ao nível da sintomatologia dos grupos clínicos com o grupo controlo em pré e pós-teste;
- d) Comparar a eficácia dos dois grupos, mediante o tamanho do efeito das diferentes condições.

### **3. Método**

De seguida apresenta-se a descrição dos critérios e procedimentos de amostragem. São ainda descritos e caracterizados os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos de investigação.

#### **3.1. Participantes**

*Clientes.* Este programa de intervenção contempla uma amostra de 25 indivíduos do sexo masculino e feminino, acompanhados num centro hospitalar do Norte de Portugal durante o período de Março a Setembro de 2014, com diagnóstico Perturbação de Ansiedade e Perturbação Depressiva. As idades devem ser compreendidas entre os 18 e 65 anos. Da totalidade dos 25 utentes, 10 (40%) foram integrados no grupo clínico (usufruindo de psicoterapia em grupo) e 15 (60%) constituem o grupo de controlo (usufruindo do tratamento usual no serviço caracterizado por farmacologia e consulta psicológica individual).

##### **3.1.1 Caracterização sócio-demográfica da amostra**

A tabela 1 apresenta os dados sócio-demográficos dos participantes neste estudo.

A idade dos participantes varia entre os 18 e 65 anos, tendo uma média no grupo clínico de 30 e um desvio padrão de 7,14; no grupo de controlo a média é de 47,2 e o desvio padrão de 8,88. Da totalidade dos sujeitos no grupo clínico e de controlo 80% são do sexo masculino e 20% do sexo feminino. Relativamente á nacionalidade constatou-se que nos dois grupos, todos os sujeitos (100%) são de nacionalidade Portuguesa.

**Tabela 1:** Caraterização sociodemográfica

	Grupo Clínico	Grupo Controlo
Idade	Média= 30; DP=7,14	Média=47,2; DP=8,88
Sexo	Masculino: 20% Feminino: 80%	Masculino: 20 Feminino: 80%
Nacionalidade	Portuguesa 100%	Portuguesa 100%
Estado civil	Solteiro 80% Casado 20%	Solteiro: 6,7%, Casado:73,3% Divorciado: 20%
Composição do Agregado familiar	Marido/Mulher e Filhos:20% Pais/Irmãos: 80%	Marido/Mulher: 13,3% Filhos: 13,3% Sozinho: 6,7% Marido/Mulher/Filhos:46,7% Marido/Mulher/Filhos e Sogros:6,7% Pais/Irmãos:6,7% Netos: 6,7%
Situação profissional	Empregado:80% Desempregado S/Subsídio:20%	Empregado:46,7% Desempregado S/Subsídio:26,7% Reformado:26,7%
Habilitações literárias	3ºciclo:40% Secundário:20% Novas Oportunidades:20% Ensino Superior:20%	1ºciclo:13,3% 2ºciclo:53,3% 3ºciclo:6,7% Secundário:6,7% Novas Oportunidades:20%
Rendimento Familiar	Até 500€:60% 1000-1500€:20% 1500-2000€:20%	Até 500€:40% 500-1000€:60%

Quanto ao estado civil, no grupo clínico 80% são solteiros e 20% casados, no que concerne ao grupo de controlo 6,7% são solteiros, 73,3% casados e 20% são divorciados.

No que diz respeito à composição do agregado familiar no grupo clínico, 20% coabitam com o Marido/Mulher e filhos e 80% com os pais e irmãos, relativamente ao grupo de controlo 13,3% coabitam com o Marido/Mulher, 13,3% com os filhos, 6,7% vive sozinho, 46,7% vivem com Marido/Mulher e filhos, 6,7% com Marido/Mulher e sogros, 6,7% com pais e irmãos e 6,7% com os netos.

Em relação à situação profissional atual no grupo clínico, 80% encontra-se empregado e 20% desempregado sem subsídio, relativamente ao grupo de controlo, 46,7 encontra-se empregado, 26,7% desempregado sem subsídio e 26,7% reformado.

Relativamente às habilitações literárias no grupo clínico, 40% tem o 3ºciclo, 20% o Ensino Secundário, 20% um curso de novas oportunidades e 20% o ensino superior, no que concerne ao grupo de controlo, 13,3% tem apenas o 1º ciclo, 53,3% o 2º ciclo, 6,7% o 3ºciclo, 6,7% o Ensino Secundário e 20% curso de novas oportunidades.

No que diz respeito Rendimento familiar no grupo clínico, 60% até 500€, 20% de 1000 a 1500€ e 20% de 1500 a 2000€, em relação ao grupo de controlo 40% até 500€ e 60% de 500 a 1000€.

A tabela 2 apresenta os dados relativos ao estado clínico dos participantes, no momento da avaliação inicial.

**Tabela 2:** Dados clínicos

	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tratamento Farmacológico</b>
	Percentagem	Percentagem
<b>Grupo Clínico</b>	Ansiedade:50%	Não:40%
	Ansiedade e Depressão: 50%	Sim:60%
<b>Grupo Controlo</b>	Ansiedade:13.3%	Sim:100%
	Ansiedade e Depressão 86.7%	

Analisando a tabela 2 constatou-se que no grupo clínico existe uma maior prevalência de comorbilidade entre Ansiedade e Depressão, sendo que no grupo de controlo a Ansiedade e Depressão obtiveram a mesma percentagem. Em relação ao tratamento farmacológico verificou-se que nos dois grupos a maioria dos participantes detém deste tipo de tratamento.

*Terapeutas.* Os terapeutas são do sexo masculino e feminino, estando inseridos na unidade de psicologia do Centro Hospitalar. O Terapeuta do sexo masculino, encontra-se na casa dos 40 anos e possui 14 anos de experiência enquanto psicoterapeuta na área da intervenção individual e em grupo e é mestre em psicologia clínica.

Em relação às terapeutas do sexo feminino, encontram-se na casa dos 20 anos, no presente ano frequentam o 2º ano, estando a terminar o mestrado de psicologia clínica e da saúde, sendo estagiárias de um Centro Hospitalar do Norte e alunas de Universidades da zona Norte.

### **3.2. Tratamento**

*Grupo clínico.* A intervenção em grupo cognitivo-comportamental consistiu em 12 sessões quinzenais de 1,5 horas com a psicóloga clínica estagiária (membro da equipa). As 12 sessões do tratamento englobaram as seguintes fases terapêuticas:

- a) Psicoeducação sobre a ansiedade e preocupação (1 sessão):

Nesta sessão pretendeu-se informar os participantes acerca da abordagem cognitivo-comportamental no tratamento da ansiedade e depressão, referenciando que se pretende ajudar o paciente a identificar a ansiedade, preocupação excessiva e respetivos sintomas.

- b) Treino de relaxamento (2 sessões):

Ensinou-se estratégias de relaxamento para 16 grupos musculares, de forma a diminuir a sintomatologia ansiosa. Realizar o treino de relaxamento para 16 grupos musculares durante a sessão.

- c) Treino de resolução de problemas (2 sessões):

Pretendeu-se que os participantes aprendam a lidar com as suas preocupações relativas aos problemas atuais, será necessário formular e definir individualmente o problema e gerar soluções alternativas.

d) Reestruturação cognitiva dos pensamentos automáticos negativos (2 sessões):

Nestas sessões, pretendeu-se desenvolver: uma avaliação dos erros cognitivos; a categorização dos erros cognitivos; o desafio aos pensamentos automáticos/erros cognitivos durante a sessão; usar técnicas cognitivas específicas para ajudar o cliente a desafiar os pensamentos automáticos negativos.

e) Exposição à preocupação e relaxamento por imaginação (2 sessões):

Neste módulo pretendeu-se fazer exposição à preocupação, através da hierarquização da preocupação, posteriormente, exercitou-se a imaginação destas imagens por 25-30 minutos.

f) Reestruturação cognitiva das crenças e esquemas cognitivos (2 sessão):

Neste módulo foram desenvolvidos os seguintes processos: categorização das crenças presentes na ansiedade, desafio das crenças e esquemas cognitivos durante a sessão, utilização das técnicas cognitivas específicas para ajudar o cliente a desafiar as crenças e esquemas cognitivos, explicação do cartão de confronto (*Schema Flashcard*).

g) Promoção de técnicas de resolução de problemas e autocontrole (1 sessão):

Neste módulo foram desenvolvidos os seguintes processos: identificação de um problema, aceitação do problema, revisão de soluções de problemas e afirmações de auto-reforço.

*Grupo de controlo.* O grupo de controlo foi sujeito ao tratamento usual no serviço, que consiste em farmacoterapia e consulta psicológica com uma periodicidade de 3 meses (de monitorização das variáveis em estudo pelos membros de investigação).

### 3.3 Medidas

#### 3.3.1. Medidas de resultado

##### 3.3.1.1. *Questionário sociodemográfico*

O questionário sociodemográfico, construído pelos membros da presente equipa de investigação, pretendeu fazer o levantamento das características sociodemográficas dos participantes quer a nível individual e familiar de modo a, operacionalizar o processo de amostragem dos participante e obter de forma mais detalhada as características da amostra dos participantes inseridos no estudo. Assim, reúne informações pessoais e, sociodemográficas e económicas como: sexo, idade, ano de escolaridade, com quem vive, habilitações literárias, profissão e rendimento mensal (ver anexo 1, com um exemplar do questionário sociodemográfico).

3.3.1.2. *Beck Depression Inventory – II (BDI-II)* (Beck, Steer, & Garbin, 1988; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1999; Versão Portuguesa: Coelho, et al., 2002)

O Inventário de Depressão de Beck - BDI-II (Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1999; Versão Portuguesa de Coelho, Martins & Barros, 2002), consiste num instrumento de auto-relato constituído por 21 itens, que medem a intensidade da sintomatologia depressiva em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos, tendo por base os critérios de diagnóstico do DSM-IV (2002). São avaliados quatro tipos de sintomas: agitação, dificuldades de concentração, inutilidade e perda de energia. As opções de resposta são referentes às duas semanas anteriores, incluindo o próprio dia do preenchimento do teste. Em média, a sua aplicação tem uma duração de 5 a 10 minutos. A sua cotação varia entre 0 (ausência de sintoma) a 3 (grave) valores, de acordo com as opções de resposta. Assim, pode obter-se uma pontuação total que varia entre 0 e 63 valores. Permite avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva do sujeito, através das categorias: sintomatologia ligeira (0 a 13 pontos), depressão ligeira (14-19), depressão moderada (20-28) e depressão severa (29-63). Deste modo, são usadas as seguintes categorias: 0-13: sintomatologia ligeira, 14-19: depressão ligeira, 20-28: depressão moderada e 29-63: depressão severa (Community- University Partnership for the Study of Children, Youth and Families, 2011; Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1999). Importa referir que se considera a existência de uma mudança significativa (*relibale change*) quando o cliente atinge um nível não clínico e exhibe uma diferença de 9 valores entre

um momento de preenchimento de um questionário e da sua replicação em outro momento temporal (McGlinchey, Atkins & Jacobson, 2002; Seggar, Lambert, & Hansen, 2002).

3.3.1.3. *STAI (State-Trait Anxiety Inventory)* (Spielberger, 1983; Versão Portuguesa: Silva & Correia, 1997).

O STAI é um inventário de relato pessoal composto por duas medidas, uma que avalia o estado (10 itens) e, a outra, o traço de ansiedade (9 itens). No total existem quarenta itens que são respondidos recorrendo a uma escala de Likert com quatro pontos (1 a 4). As pontuações podem variar entre 20 e 80 pontos, em cada escala.

Caso existam 1 ou 2 itens não respondidos, o procedimento a utilizar deve passar por calcular a nota média dos itens da escala respondidos, multiplicar esse valor por 20 e arredondar o produto obtido para o número inteiro mais alto. Para referenciar os clientes na ansiedade é necessário obter as seguintes médias: homens STAIY1, média de 36,3 e desvio-padrão de 9,61, STAIY2 média de 35 e desvio-padrão 8,35. No que concerne às mulheres no STAIY1, a média 38,2 e desvio-padrão de 10,8, STAIY2, uma média 37,3 e desvio-padrão de 7,9 (Silva & Correia, 1997).

3.3.1.4. *CORE-OM (CORE Outcome Measure)* (Evans, et.al., 2002; versão Portuguesa de Sales, et.al., 2011).

O CORE-OM é composto por 34 itens, que podem ser agrupados em várias dimensões: a) Bem-estar subjetivo (4 itens), b) Queixas e sintomas (12 itens), c) Funcionamento social e pessoal (12 itens) e d) Comportamentos de risco (6 itens). Os 34 itens do CORE-OM foram formulados com diferentes níveis de intensidade, incluindo experiências de elevado desconforto ou de sofrimento psicológico e situações relativamente frequentes na população geral (Sales, Moleiro, Evans & Alves 2011).

3.3.1.5. *NEO-PI-R (Inventário de Personalidade Neo - Revisto)* (Costa & McCrae, 1992; Versão Portuguesa de Lima & Simões, 2000).

Este questionário contém 240 questões. É uma medida constituída pelas cinco grandes dimensões da personalidade (os Cinco Grandes Factores, ou Big Five): i) Neuroticismo; ii) Extroversão; iii) Abertura à Experiência; iv) Amabilidade; v) Conscienciosidade (Lima & Simões, 2000).

3.3.1.6. *Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Reduzida (IAT; Working Alliance Inventory – Short Form)* (Horvath & Greenberg, 1986; Versão Portuguesa de Paulo Machado).

Este inventário decorre da conceção teórica de Bordin que compreende três aspetos do conceito de aliança terapêutica: tarefa, vínculo e objetivo. A versão C (do cliente), que foi aplicada, é constituída por 12 itens (4 por cada subescala), classificáveis numa escala de Likert de 7 pontos (1 – Raramente a 7 – Sempre). No entanto, os dados deste inventário não foram trabalhados no presente estudo e não serão patentes na secção dos Resultados (abaixo).

#### **4. Procedimentos**

Este estudo desenvolveu-se ao longo de seis fases, que serão posteriormente descritas.

*Recrutamento de participantes.* Os participantes foram recrutados por parte dos técnicos que acompanham os pacientes com o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade e Depressiva nas consultas do departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Foi efetuado o convite para participação na investigação, sendo dada uma explicação inicial breve acerca dos objetivos e dos procedimentos da investigação, de forma a obter o consentimento informado (este formulário foi adaptado a partir do modelo de consentimento informado habitual no presente centro hospitalar – ver anexo 2). Os participantes que concordarem em participar, serão posteriormente submetidos aos procedimentos de avaliação inicial, efetuados pela psicóloga clínica estagiária que faz parte da equipa de investigação.

*Procedimentos de avaliação inicial dos participantes.* Para a avaliação inicial dos participantes, foram usados seguintes instrumentos (já descritos acima): Ficha sociodemográfica, o CORE (para avaliação da sintomatologia geral), a escala AGF (Avaliação Global do Funcionamento) do DSM-IV-TR (para avaliação global do funcionamento individual) e o NEO-PI-R (avaliação da personalidade), BDI (avaliação da sintomatologia depressiva) e STAI (avaliação da sintomatologia ansiosa)

No grupo de controlo (tratamento usual no serviço), após a avaliação inicial no pré-tratamento, repetiram-se os procedimentos de avaliação da sintomatologia pela psicóloga clínica estagiária, ao fim das 12 semanas previstas (num momento

equivalente ao pós-teste, relacionado com a finalização da intervenção no grupo clínico).

Foram contemplados os seguintes critérios de exclusão:

- a. Participantes com consumo regular (e/ou excessivo) substâncias como drogas e álcool;
- b. Participantes com o diagnóstico de esquizofrenia, outras perturbações psicóticas ou perturbação bipolar;
- c. Participantes com problemas neurológicos passados e recorrentes.

Foram também tidas em atenção as alterações à medicação nas últimas 4 a 12 semanas, visto que estas podiam originar alterações no estado clínico do paciente sendo consultado o sistema de apoio médico, onde consiste toda a informação acerca das alterações realizadas pelos psiquiatras no tratamento farmacológico.

*Constituição dos grupos clínicos e de controlo.* Os grupos foram constituídos após a avaliação inicial dos participantes. A discussão periódica entre a autora desta dissertação e a sua orientadora científica, após a avaliação inicial de cada participante permitiu: 1) chegar a uma conclusão sobre a inclusão ou exclusão de participantes no estudo, mediante os critérios apresentados anteriormente. Apesar de terem sido inicialmente previstos procedimentos de aleatorização dos participantes pelos dois grupos após a avaliação inicial, os constrangimentos do serviço hospitalar não permitiram a sua concretização, pelo que inicialmente foram recrutados um máximo de participantes para se darem início aos grupos clínicos e, posteriormente, se recrutaram os participantes para o grupo de controlo.

*Avaliação da sintomatologia no pré e pós-tratamento (grupo clínico e grupo de controlo).* A avaliação da sintomatologia dos participantes no início e fim do tratamento, foi efetuada através da aplicação do STAI (sintomatologia ansiosa), do BDI (sintomatologia depressiva), do CORE (sintomatologia geral). No caso dos participantes que constituem o grupo experimental, transmitem-se as informações gerais relativamente aos horários e funcionamento, de forma a iniciar as sessões em grupo. No caso dos participantes que constituem o grupo de controlo, a avaliação inicial é feita após uma consulta programada no tratamento individual e a avaliação pós-teste foi efetuada numa consulta posterior, 12 semanas após a avaliação pré-teste.

*Monitorização da sintomatologia durante o tratamento e variáveis processuais (grupo experimental).* Ao longo do tratamento, os participantes do grupo experimental foram avaliados periodicamente ao nível do processo de mudança, mediante a aplicação

dos seguintes instrumentos STAI (sintomatologia ansiosa), do BDI (sintomatologia depressiva), do CORE (sintomatologia geral) e o WAI (monitorização da aliança terapêutica). O BDI, o CORE e o WAI serão aplicados de 4 em 4 sessões (na 1<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>) e o STAI no final de todas as sessões.

*Procedimentos de análise de dados.* O tratamento quantitativo dos dados foi efetuado pela autora da presente dissertação e pela sua orientadora científica, mediante os objetivos delineados acima, com recurso ao *software* SPSS (Statistical Package for the social Sciences; versão 20.0).

Para dar resposta às questões de investigação formuladas e aos objetivos traçados neste estudo foi inicialmente feita uma análise da normalidade ao nível da distribuição das variáveis principais (BDI, STAI, CORE). Apesar da distribuição de algumas variáveis não se ter revelado significativamente diferente da distribuição normal, uma análise dos histogramas e o limitado tamanho da amostra excluiu a utilização dos testes paramétricos (Field, 2005).

## **5. Resultados**

Nesta secção são detalhados os valores descritivos relativos à evolução da sintomatologia e, posteriormente, apresentam-se os resultados da análise estatística de diferenças entre os grupos (Martins, 2011).

### **5.1. Evolução da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral nos grupos clínico e de controlo.**

Na tabela 3 está descrito, através das médias respetivas, a evolução da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral nas diferentes sessões de avaliação no grupo clínico e de controlo.

**Tabela 3:** Evolução da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral nas diferentes sessões de avaliação nos dois grupos.

		Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12
		Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)
Grupo clínico	BDI	27.4(20.1)	22.77(18.1)	13.8(9.4)	9.6(8.1)
	STAI-Y1	55.4(14.2)	57.7 (13.9)	48.8 (5.5)	40.0 (5.7)
	STAI-Y2	55.7 (12.8)	55.0 (10.5)	51.6 (2.7)	40.6 (5.0)
	CORE	55.7(27.3)	68.3(24.9)	37.0(8.2)	35.2(7.6)
Grupo Controlo	BDI	30.6(13.0)	--	--	25.8(14.7)
	STAI-Y1	64.5 (7.3)	--	--	44.6 (5.8)
	STAI-Y2	60.4 (8.6)	--	--	43.9 (6.3)
	CORE	68.2(17.8)	--	--	58.5(17.8)

Tal como podemos verificar através da tabela 3, ao longo das sessões analisadas verificou-se uma diminuição gradual da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral no grupo clínico e de controlo.

Relativamente ao grupo clínico, este apresentou um decréscimo gradual no BDI desde a primeira sessão (Média=27.4; DP=20.1), para a última (Média=9.6; DP=8.1). Em relação à avaliação do STAI-Y1 (estado), da sessão 1 (Média=55.4; DP=14.2) para a sessão 4 (Média=57.7; DP=13.9) existiu um aumento da sintomatologia, apresentando posteriormente um decréscimo gradual da sessão 8 (Média=48.8; DP=5.5) para a sessão 12 (Média=40.0; DP=5.7). Assim, da sessão 1 para a sessão 12 existiu uma diminuição global da sintomatologia ansiosa. No que concerne à avaliação do STAI-Y2 (traço), da sessão 1 (Média=55.7; DP=12.8), para a sessão 4 (Média=55.0; DP=10.5), sessão 8 (Média=51.6; DP=2.7) e sessão 12 (Média=40.6; DP=5.0), existiu um decréscimo gradual da sintomatologia ansiosa.

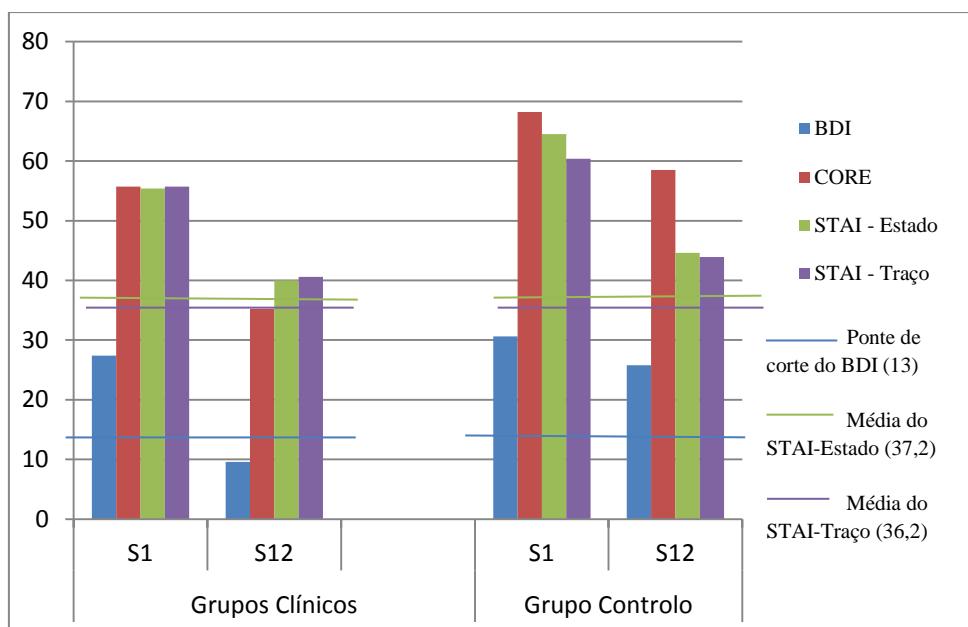
No que concerne ao CORE, da sessão 1 (Média=55.7; DP=27.3), para a sessão 4 (Média=68.3; DP=24.9) existiu um aumento da sintomatologia, apresentando posteriormente um decréscimo gradual da sessão 8 (Média=37.0; DP=8.2) para a sessão

12 (Média=35.2; DP=7.6). Conclui-se que da sessão 1 para a sessão 12 existiu uma diminuição global da sintomatologia geral.

Em relação ao grupo de controlo, o BDI da sessão 1 (Média= 30.6; DP=13.0), para a sessão 12 (Média= 25.8; DP=14.7), apresentou uma diminuição gradual da sintomatologia depressiva. No que concerne ao STAI-Y1 (estado), verifica-se que da sessão 1 (Média=64.5; DP=7.3) para a sessão 12 (Média=44.6; DP=5.8), existiu uma diminuição da sintomatologia ansiosa. Relativamente ao STAY2 (traço), verificou-se que da sessão 1 (Média=60.4; DP=8.6) para a sessão 12 (Média=43.9; DP=6.3), existiu uma diminuição da sintomatologia. Em relação ao CORE da sessão 1 (Média=68.2; DP=17.8), para a sessão 12 (Média=58.5; DP=17.8), apresentou uma diminuição gradual da sintomatologia depressiva.

Segundo a análise da figura 1, podemos verificar uma diminuição da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral no grupo de controlo e clinico.

**Figura 1:** Evolução da sintomatologia no pré e pós-teste, em ambos os grupos.



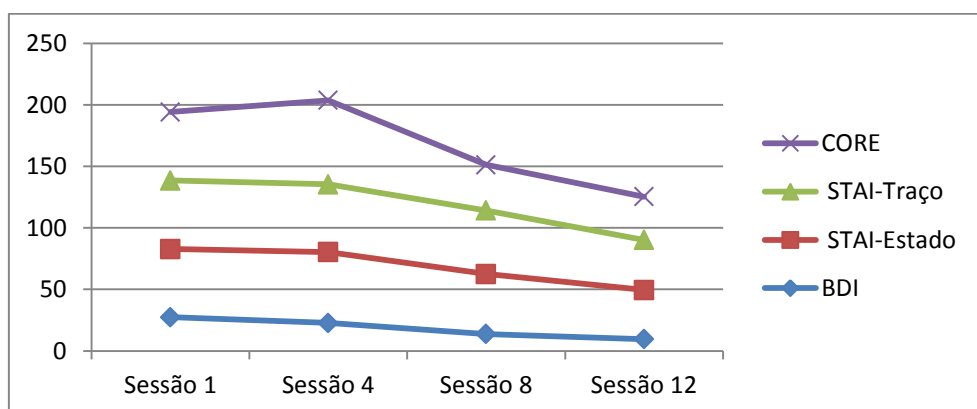
Em relação ao BDI no grupo clínico, verifica-se que da 1ª sessão para a 12ª sessão, existiu uma diminuição acentuada da sintomatologia depressiva, sendo que na última sessão os valores encontram-se abaixo do ponto de corte (13), revelando que no grupo clinico existe uma ausência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa. No que concerne a evolução do STAI-Y1 e STAI-Y2 no grupo de clinico, verifica-se que existe uma diminuição da sintomatologia ansiosa da 1ª sessão para a 12ª sessão, contudo não se encontram abaixo do ponto de corte na avaliação pós-teste. Relativamente ao CORE, verifica-se que existe uma diminuição da sintomatologia geral da 1ª sessão para a 12ª sessão.

Em relação ao BDI no grupo de controlo, verifica-se que da 1ª sessão para a 12ª sessão, existiu uma diminuição acentuada da sintomatologia depressiva, contudo não se encontram abaixo do ponto de corte na avaliação pós-teste. No que diz respeito à evolução do STAI-Y1 e STAI-Y2 no grupo de controlo, verifica-se que existe uma diminuição da sintomatologia ansiosa da 1ª sessão para a 12ª sessão, contudo não se encontram abaixo do ponto de corte na avaliação pós-teste. Relativamente ao CORE,

verifica-se que existe uma diminuição da sintomatologia geral da 1ª sessão para a 12ª sessão.

Na figura 2 podemos analisar a evolução da sintomatologia nos grupos clínicos ao longo das várias sessões de avaliação.

**Figura 2:** Evolução da sintomatologia nos grupos clínicos



Como podemos verificar através da figura 2, ao longo das sessões analisadas verificou-se uma diminuição gradual da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral no grupo clínico. Relativamente ao BDI no grupo clínico, este apresentou um decréscimo gradual desde a primeira sessão, para a última. Em relação ao STAI-Y1 e STAI-Y2, a sua diminuição foi gradual ao longo das sessões, verificando-se uma diminuição significativa da sintomatologia da 1ª sessão para a 12ª sessão.

No que concerne ao CORE, da 1ª sessão, para a 4ª sessão existiu um aumento da sintomatologia, apresentando posteriormente um decréscimo gradual da 8ª sessão para a 12ª sessão, conclui-se que houve uma diminuição gradual da sintomatologia geral.

No que concerne à tabela 4, podemos analisar os participantes que obtiveram uma mudança fidedigna no BDI.

**Tabela 4:** Mudança no BDI (*Reliable Change Index*)

Classificação	Grupo Clinico	Grupo de Controlo
	N	N
Mudança Fidedigna	3	1
Melhoria mas a mudança não é fidedigna	0	2
Melhoria significativa mas não é sucesso clinico	0	4
Sem alterações	1	6
Deterioraram	1	2

Analisando a tabela 4, relativa às mudanças do BDI que ocorreram no grupo clinico, verifica-se que, no grupo clinico: três participantes tiveram uma mudança fidedigna, um não sofreu alterações clinicas e um deteriorou o seu estado clinico. No que concerne ao grupo de controlo: um participante teve mudança fidedigna, dois melhoria mas a mudança não é fidedigna, quatro com melhoria significativa mas sem sucesso clinico, seis sem alterações ao nível clinico e dois deterioraram.

Relativamente às tabelas 5 e 6, podemos aqui analisar as mudanças significativas que existiram nos participantes ao nível do STAI-Y1 e STAI-Y2.

**Tabela 5:** Mudança no STAI-Y 1

Classificação	Grupo Clinico	Grupo de Controlo
	N	N
Mudança significativa com sucesso clinico	0	0
Melhoria significativa sem sucesso clinico	3	7
Sem alterações	2	8
Deterioraram	0	0

Relativamente à mudança significativa do grupo clinico no STAI-Y1 (tabela 5) verifica-se que três participantes tiveram uma melhoria significativa sem sucesso clinico dois não tiveram alterações clinicas. No que concerne ao grupo de controlo, sete participantes tiveram uma melhoria significativa sem sucesso clinico e oito não tiveram alterações clinicas.

**Tabela 6:** Mudança no STAI-Y 2

Classificação	Grupo Clinico	Grupo de Controlo
	N	N
Mudança significativa com sucesso clinico	0	0
Melhoria significativa sem sucesso clinico	4	8
Sem alterações	1	7
Deterioraram	0	0

Em relação ao STAI-Y2 (tabela 6), verifica-se que, no grupo clinico, os participantes tiveram uma melhoria significativa sem sucesso clinico e um não teve alterações clinicas. No que concerne ao grupo de controlo, oito participantes tiveram uma melhoria significativa mas sem sucesso clinico e sete não tiveram alterações clinicas.

### **5.2. Análise de diferenças na sintomatologia ansiosa e depressiva na comparação entre o grupo clínico e o grupo de controlo no pré-teste**

Para avaliar as diferenças entre os grupos no pré-teste, foram utilizados testes não paramétricos de Mann-Whitney (Martins, 2011).

**Tabela 7:** Comparação dos grupos clínico e de controlo, em relação à avaliação pré-teste em termos de sintomatologia depressiva, ansiosa e geral.

	<b>BDI</b>	<b>STAY 1</b>	<b>STAY 2</b>	<b>CORE</b>
	Média (Desvio- padrão)	Média (Desvio- padrão)	Média (Desvio- padrão)	Média (Desvio- padrão)
Grupo Clínico				55.7(27.3)
	27.4(20.1)	55.4(14.2)	55.7 (12.8)	Queixas e sintomas: 23.0(8.54) Func. Pessoal e social: 15.7(7.98) Bem-estar subjetivo: 9.4(3.83) Comport. Riscos: 7.1(6.0)
				68.2(17.8)
Grupo Controlo	30.6 (13.01)	64.5(7.3)	60.4 (8.6)	Queixas e sintomas: 29.5(7.8) Func. Pessoal e social: 20.4(4.10) Bem-estar subjetivo: 10.2(2.28) Comport. Riscos: 7.4(3.88)

Analisando a tabela 7 relativamente à avaliação pré-teste do BDI, verifica-se que entre o grupo clínico (Média=27.4; DP=20.1) e o grupo de controlo (Média=30.6; DP=13.01) não existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao nível de sintomatologia depressiva ( $U=65.5$ ;  $p=.598$ ).

Relativamente ao STAI-Y1, entre o grupo clínico (Média=55.4; DP=14.2) e o grupo de controlo (Média=64.5; DP=7.3) não existem diferenças estatisticamente significativas ( $U=47.5$ ;  $p=.126$ ).

Em relação ao STAI-Y2, entre o grupo clínico (Média=55.7; DP=12.8) e o grupo de controlo (Média=60.4; DP=8.6) não existem diferenças estatisticamente significativas ( $U=60.5$ ;  $p=.420$ ).

### **5.3. Traços de personalidade na avaliação pré-teste no grupo clínico e de controlo**

Para avaliar as diferenças entre os grupos no pré-teste ao nível dos traços de personalidade, foram utilizados testes não paramétricos de Mann-Whitney (Martins, 2011).

Analisando a tabela 8 relativamente à avaliação pré-teste do NEO PI-R, verifica-se que as várias dimensões da personalidade apresentam médias equivalentes no que diz respeito a alterações dos traços da personalidade.

Relativamente à avaliação pré-teste do NEO PI-R, verifica-se valores superiores ao nível do neuroticismo no grupo de controlo, sendo que esta diferença entre o grupo controlo (Média=115.5;DP=13.2) e o grupo clínico (Média=112.1;DP=21.2) não é significativa (U=33.0; p=.853).

No que concerne à extroversão, verifica-se valores superiores no grupo clínico, sendo que esta diferença entre o grupo clínico (Média=91.5;DP=14.5) e o grupo de controlo (Média=84.4;DP=16.4) não é significativa (U=25.5; p=.378).

Em relação à amabilidade, verifica-se valores superiores no grupo de controlo, sendo que esta diferença entre o grupo controlo (Média=123.6;DP=10.9) e o grupo de clínico (Média=114.7;DP=17.4) não é significativa (U=54.5; p=.437).

Relativamente à abertura à experiência, verifica-se valores superiores no grupo de clínico, sendo que esta diferença entre o grupo clínico (Média=100.1;DP=11.7) e o grupo de controlo (Média=93.2;DP=16.0) não é significativa (U=21.5; p=.211).

No que concerne à conscienciosidade, verifica-se valores superiores no grupo de controlo, sendo que esta diferença entre o grupo clínico (Média=108.6;DP=20.5) e o grupo de controlo (Média=106.9;DP=16.9) não é significativa (U=25.5; p=.295).

**Tabela 8:** Comparação dos grupos clínico e de controlo, em relação à avaliação pré-teste ao nível dos traços de personalidade

	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
	Média (Desvio- padrão)	Média (Desvio- padrão)	Média (Desvio- padrão)	Média (Desvio- padrão)	Média (Desvio- padrão)
Grupo Clínico	112.1 (21.2)	91.5 (14.5)	100.1 (11.7)	114.7 (17.4)	108.6 (20.5)
Grupo Controlo	115.5 (13.2)	84.4 (16.4)	93.2 (16.0)	123.6 (10.9)	106.9 (16.9)

#### 5.4. Análise de diferenças pré e pós-teste na evolução da sintomatologia ansiosa e depressiva nos grupos clínico e de controlo

Para avaliar o pré-teste e pós-teste no grupo clínico e de controlo, foram utilizados testes não-paramétricos de Wilcoxon (Martins, 2011).

Analisando as médias obtidas anteriormente verificamos que em relação ao BDI no grupo clínico do pré-teste (Média=27.4; DP=20.1) para o pós-teste (Média=9.6; DP=8.1), existiu uma diminuição da sintomatologia depressiva que, no entanto, não se revelou estatisticamente significativa ( $z=-1.084$ ;  $p=.279$ ) (tabela 9).

**Tabela 9:** Descrição dos valores obtidos no teste de Wilcoxon

	BDI		STAY 1		STAY2	
	Z	p	Z	P	Z	p
Grupo Clínico	-1.084	.279	-2.023	.043	-3.408	.043
Grupo Controlo	-1.052	.293	-2.023	.001	-3.408	.001

Relativamente ao STAI-Y1 no grupo clínico, da avaliação pré-teste (Média=55.4; DP=14.2), para o pós-teste (Média=40.0; DP=5.7), existiu uma diminuição da sintomatologia, sendo esta estatisticamente significativa ( $z=-2.023$ ;  $p=.043$ ). No que concerne ao STAI-Y2, da avaliação pré-teste (Média=55.7; DP=12.8),

para o pós-teste (Média=40.6; DP=5.0), existiu uma diminuição da sintomatologia sendo esta estatisticamente significativa ( $z=-3.408$ ;  $p=.043$ ).

Em relação ao grupo de controlo, na avaliação do BDI, do pré-teste (Média=30.6; DP=13.0) para o pós-teste (Média=25.8; DP=14.7), existiu uma diminuição da sintomatologia, contudo esta não foi estatisticamente significativa ( $z=-1.084$ ;  $p=.293$ )

Relativamente ao STAI-Y1 no grupo clínico, da avaliação pré-teste (Média=64.5; DP=7.3), para o pós-teste (Média=44.6; DP=5.8), existiu uma diminuição da sintomatologia, sendo esta estatisticamente significativa ( $z=-2.023$ ;  $p=.001$ ). No que concerne ao STAI-Y2, da avaliação pré-teste (Média=60.4; DP=8.6), para o pós-teste (Média=43.9; DP=6.3), existiu uma diminuição da sintomatologia sendo esta estatisticamente significativa ( $z=-3.408$ ;  $p=.001$ ).

### **5.5. Comparação da eficácia da intervenção no grupo clínico e no grupo de controlo (tratamento farmacológico e consulta psicológica periódica)**

Como podemos verificar nas análises anteriores, a sintomatologia depressiva e ansiosa diminuiu do pré para o pós-teste nos dois grupos embora, por vezes, esta diminuição não tenha sido estatisticamente significativa.

Nas análises descritivas realizadas anteriormente (ver tabela 3), verificamos que o grupo clínico obteve melhores resultados em relação à diminuição da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral. Sendo assim torna-se pertinente analisar a eficácia da intervenção em grupo (grupo clínico), relativamente a diminuição da sintomatologia.

Segundo Field (2005), para se calcular o tamanho do efeito é necessário fazer o seguinte cálculo  $r = \frac{z}{\sqrt{n}}$ , sendo o  $z$  o valor obtido pelos testes do Mann-Whitney e o  $n$  representa o número total de participantes.

Assim, em relação à eficácia da Intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo nos resultados do grupo clínico relativos à sintomatologia depressiva (BDI), ao tamanho do efeito obtém-se por:

$$r = \frac{-2.19}{\sqrt{25}} = -0.44$$

Em relação ao tamanho do efeito da Intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo na diminuição do STAI-Y1, ao tamanho do efeito obtém-se por:

$$r = \frac{-1.49}{\sqrt{25}} = -0.30$$

Em relação ao tamanho do efeito da Intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo na diminuição do STAI-Y2, ao tamanho do efeito obtém-se por:

$$r = \frac{-1.09}{\sqrt{25}} = -0.22$$

Em relação ao tamanho do efeito da Intervenção Cognitivo-Comportamental em grupo na diminuição do CORE, ao tamanho do efeito obtém-se por:

$$r = \frac{-2.41}{\sqrt{25}} = -0.48$$

No que concerne ao tamanho do efeito da intervenção cognitivo-comportamental em grupo (grupo clínico) na diminuição da sintomatologia depressiva, verifica-se que a intervenção em grupo o tamanho do efeito é considerado moderado (i.e.  $<.10$  – pequeno;  $<.30$  – moderado; segundo Cohen, 1988).

Segundo os valores encontrados, podemos verificar que o tamanho do efeito da intervenção cognitivo-comportamental em grupo na diminuição da sintomatologia ansiosa, no STAY1 e STAY2, é considerado pequeno a moderado grande (i.e.  $<.30$  – moderado;  $<.50$  – grande segundo Cohen, 1988), enquanto que o efeito na sintomatologia geral, medida com o CORE, é considerado grande.

## 6. Discussão

Esta investigação teve como principal objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo Cognitivo-Comportamental para adultos com Perturbação de Ansiedade e Depressão realizada na unidade de um centro hospitalar (grupo clínico).

No que concerne à primeira questão de investigação, não existem diferenças significativas entre os grupos, no que concerne à avaliação inicial (pré-teste). Assim, podemos verificar, pela análise das médias, que não existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao nível de sintomatologia depressiva e ansiosa. Também em relação à avaliação inicial ao nível dos traços de personalidade, verificou-se que as várias dimensões da personalidade, medidas pelo NEO PI-R, não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos (clínico e de controlo). Deste modo, pudemos verificar que os grupos são homogêneos relativamente a presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e ao nível dos traços de personalidade, apesar de não se ter adotado um procedimento de aleatorização na constituição inicial dos mesmos.

No que concerne à segunda questão de investigação, os valores descritivos indicam que existe diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva quando se compara o pré (1ª sessão) e pós testes (12ª sessão) nos dois grupos, No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nesta diminuição no grupo de clínico e de controlo. Estes valores sugerem que os participantes diminuíram a intensidade da sua sintomatologia depressiva do pré-teste para o pós-teste, não sendo no entanto uma diminuição estatisticamente significativa.

No que concerne ao STAI-Y1 e STAI-Y2, verificou-se que existe uma diminuição estatisticamente significativa da sintomatologia ansiosa no grupo clínico e de controlo. Estes resultados corroboram a revisão bibliográfica, na medida em que várias meta-análises comprovam e confirmam que a terapia cognitivo-comportamental individual e em grupo revelam um elevado grau de eficácia na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva (Dogaheh, Mohammadkhani & Dolatshahi 2011).

Relativamente à ausência de uma diminuição estatisticamente significativa da sintomatologia depressiva, pode-se justificar devido à existência de algumas limitações ao nível da intervenção, diminuindo assim a sua eficácia. Estas limitações podem caracterizar-se pelo abandono por parte dos participantes, não existir tanto foco de atenção nos problemas individuais de cada paciente por parte do terapeuta, crenças

disfuncionais, probabilidade de comportamentos de evitação devido às condições do grupo (Dogaheh, Mohammadkhani & Dolatshahi 2011). Num estudo realizado por Bieling et.al (2006) constatou-se que na intervenção em grupo é comum alguns pacientes evoluírem de uma forma mais positiva do que outros, em caso de desorganização ou não aceitação das regras por parte de um individuo é necessário encaminhá-lo para terapia individual, de forma a obter uma maior evolução.

Relativamente a terapia individual, outro aspeto que pode justificar a não significância dos resultados encontrados na intervenção, segundo Beck e Freeman (1993), pode existir uma falta de motivação por parte do cliente; presença de crenças disfuncionais por parte deste; os clientes podem obter ganhos pela manutenção do padrão disfuncional. No que concerne ao grupo clínico, este revelou melhores resultados ao nível da diminuição da sintomatologia depressiva do que na sintomatologia ansiosa, estes resultados poderão dever-se a comorbilidade existente entre diagnósticos, sendo a intervenção mais eficaz na redução da ansiedade do que na depressão.

Na análise das médias do pré para o pós-teste nos dois grupos, foi visível uma diminuição significativa da sintomatologia ansiosa e depressiva ao longo do tempo. No grupo clínico, existiu uma diminuição mais significativa da sintomatologia depressiva, relativamente ao grupo de controlo, sendo que os valores apresentados no pós-teste encontravam-se abaixo do ponto de corte, existindo assim uma ausência de sintomatologia depressiva. No que concerne a sintomatologia ansiosa, no final do processo terapêutico verificou-se que a sintomatologia diminuiu de forma significativa nos dois grupos. No entanto, estas diferenças podem não se ter revelado estatisticamente significativas, devido ao reduzido número de participantes nos grupos clínicos (n=10).

Com a análise das tabelas de mudança fidedigna (BDI), a maioria dos participantes nos dois grupos teve uma melhoria no seu estado clínico. No que concerne à mudança significativa no STAI-Y1 e STAI-Y2, a maioria dos participantes teve uma melhoria no seu estado clínico. Estes resultados vão de encontro à literatura e corroboram o estudo realizado por Garçia (2004) onde refere que a maioria dos participantes após a intervenção recebeu alta do serviço e diminuíram os níveis de ansiedade, depressão e stress emocional, existindo uma melhoria significativa ao nível físico (diminuição da somatização) e psicológico, este estudo vai de encontro com os resultados acima apresentados.

No que concerne à terceira questão de investigação, que questionava se, ocorrendo uma diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva ao longo do tempo, o tamanho do efeito seria maior na intervenção usual (tratamento farmacológico e consulta psicológica periódica) ou na intervenção em grupo, pode-se concluir nas análises realizadas, que o grupo clínico obteve melhores resultados em relação a diminuição da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral. Sendo assim, no STAI-Y1 e STAI-Y2, verifica-se que o tamanho do efeito é considerado moderado na intervenção em grupo (grupo clínico), relativamente à diminuição da sintomatologia ansiosa. No que concerne ao BDI, analisa-se que o tamanho da eficácia é considerado pequeno na intervenção em grupo, relativamente à diminuição da sintomatologia depressiva. No que concerne ao CORE, analisa-se que o tamanho da eficácia é considerado grande na intervenção em grupo, relativamente à diminuição da sintomatologia geral.

Estes resultados corroboram a literatura, sendo que alguns estudos têm-se debruçado sobre a avaliação da eficácia do tratamento da depressão através do uso da farmacologia e psicoterapia individual ou terapia em grupo. Estes estudos revelaram que a utilização destas duas formas de tratamento quer em grupo ou individualmente têm revelado eficácia na diminuição da sintomatologia depressiva (Peterson & Halstead 1998). Outro estudo realizado por Lucas e Telch (1993, cit in Heimberg 2001), onde compararam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental de grupo e a terapia cognitivo-comportamental individual, concluíram que as duas formas de intervenção revelaram os mesmos resultados terapêuticos, contudo o protocolo de grupo torna-se mais rentável em termos de custo-eficácia.

Em relação à última questão de investigação, na comparação entre o tratamento usual (tratamento farmacológico e consulta psicológica periódica) e tratamento de intervenção cognitivo-comportamental em grupo, estes resultados indicam uma superioridade na eficácia do tratamento em grupo. Isto é, constatou-se, pelas várias análises realizadas, que o grupo clínico (intervenção em grupo), obteve melhores resultados que o grupo de controlo (intervenção usual). Segundo as análises da avaliação pós-teste do BDI, é possível verificar uma prevalência da sintomatologia depressiva clinicamente significativa no grupo de controlo (tratamento usual), constatando-se que a terapia de grupo foi mais eficaz na diminuição da sintomatologia. Deste modo, no grupo clínico, existiu uma diminuição mais significativa da sintomatologia depressiva relativamente ao grupo de controlo, sendo que os valores

apresentados no pós-teste encontravam-se abaixo do ponto de corte, existindo assim uma ausência de sintomatologia depressiva.

Além disso, relativamente à avaliação pós-teste do STAI-Y1 e STAI-Y2, é possível verificar uma prevalência da sintomatologia ansiosa no grupo de controlo (tratamento usual), confirmando desta forma que a intervenção em grupo revelou ser mais eficaz na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva, corroborando assim os estudos presentes na revisão da literatura. Segundo vários estudos realizados, os níveis de ansiedade e depressão reduziram significativamente após a intervenção em grupo, comprovando que um único tratamento é eficaz na redução da sintomatologia em grupos mistos Mcevoy e Nathan (2007). Num estudo realizado por Westen e Morrison (2001), a terapia em grupo revelou um alto nível de eficácia na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva em comparação com a terapia individual. Alguns autores verificaram que em termos de tempo de intervenção a terapia de grupo oferece um elevado grau de eficácia comparativamente com a terapia individual (Bieling et.al 2006).

Segundo a análise dos resultados podemos verificar que a intervenção em grupo obteve melhores resultados na diminuição da sintomatologia depressiva, ansiosa e geral, relativamente ao tratamento usual. Estes resultados comprovam que esta forma de intervenção é eficaz na diminuição da ansiedade e depressão, tornando-se assim uma alternativa à intervenção individual e farmacológica. No que concerne as vantagens desta intervenção são visíveis ao nível económico e de tempo, podendo assim dar resposta aos vários pedidos de avaliação e intervenção existentes nos contextos hospitalares.

## **7. Limitações**

Ao longo do desenvolvimento do presente projeto de investigação foram sendo encontradas algumas limitações. Uma primeira limitação prende-se no facto da amostra recolhida ser reduzida, não permitindo que tirar conclusões mais abrangentes que podem ainda apontar aspetos mais característicos de cada um dos clientes e não replicáveis noutros casos.

Uma outra limitação está relacionada com a junção de duas problemáticas, depressão e ansiedade num único grupo terapêutico, o que poderá ter tornado o programa menos eficaz.

Com o decorrer da análise estatística verificou-se na descrição do tratamento farmacológico no grupo clínico e de controlo, a ausência de uma descrição mais detalhada dos fármacos usados pelos participantes, apesar de ser algo que inicialmente se pretendia monitorizar.

Outro aspeto a salientar é o facto de não existir a aleatorização dos participantes, não permitindo assim que o estudo se tornasse verdadeiramente um ensaio clínico aleatorizado, e permitindo chegar a conclusões mais viáveis.

Por último, ao longo da aplicação dos instrumentos de avaliação, denotaram-se limitações sérias na compreensão das questões, por parte dos participantes. Esta situação deveu-se ao baixo nível sociocultural dos participantes. Estas dificuldades necessitaram de ser colmatadas com o apoio direto dos investigadores na explicação das questões, o que poderá assim ter enviesado algumas respostas.

## **8. Conclusão, direções futuras**

O presente projeto de investigação cumpriu todos os objetivos a que se propôs inicialmente; ou seja, os resultados encontrados contribuíram para comprovar a eficácia da terapia Cognitivo-Comportamental em grupo na diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa, em contexto hospitalar.

Os resultados da presente investigação apontam que no grupo clínico e no grupo de controlo existiu uma diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa do pré para o pós-teste, apontaram ainda que a terapia individual e em grupo demonstrou eficácia na sua intervenção. No entanto, a terapia em grupo revelou-se ser mais eficaz na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Com os resultados apresentados no estudo comprova-se mais uma vez que a terapia Cognitivo-Comportamental em grupo é eficaz na redução da sintomatologia ansiosa e depressiva. Com a utilização da intervenção em grupo, verificamos vantagens em termos económicos e de tempo. Visto que esta forma de intervenção revela altos níveis de eficácia na diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa, torna-se pertinente utilizar esta forma de intervenção em contextos de saúde e contextos hospitalares, dando alternativas às dificuldades económicas e de tempo existentes na aplicação da intervenção individual. Além disso torna-se pertinente pesquisar e fundamentar intervenções alternativas há farmacologia e terapia individual, sendo assim a terapia de grupo uma escolha mais lógica, na redução da sintomatologia das perturbações.

Para a realização de um novo estudo e face às limitações descritas anteriormente torna-se pertinente recolher um maior número de participantes de forma a aumentar a amostra e tornar o estudo mais viável. Seria também de repensar os instrumentos utilizados e verificar a existência de outros instrumentos que permitissem obter a mesma informação pretendida, mas que fossem menos extensos de maneira a que os participantes não tivessem tanta dificuldade em responder.

Esta forma de intervenção revelou ser eficaz na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva; contudo, devido a escassez de estudos sobre a sua eficácia, a sua aplicação não é tão frequente como a intervenção individual. Posto isto torna-se pertinente, continuar a realizar estudos a cerca da sua eficácia na depressão e ansiedade e nas várias perturbações existentes.

## 9.Referências bibliográfica

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1993) *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Bieling, P. J., McCabe, R.E. & Antony, M. M (2006). *Cognitive-behavioral Therapy in groups* (pp.3-104). New York: Guilford Press.
- Bleiberg, K. & Markowitz, J. (2008). *Interpersonal psychotherapy for depression*. In D.H. Barlow (ED.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (4th edition) (pp.306-327). New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585–599. doi:10.1037/0021-843X.110.4.585.
- Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families (2011). *Review of the Beck Depression Inventory 2nd Edition (BDI-II)*. Edmonton, Alberta, Canada.
- Conçalves, A., & Coelho, S. R. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada e cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 65-75*.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal Saúde Mental em Números*. Lisboa, Portugal.

- 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), 955–62. doi:10.2466/02.21.PR0.108.3.955-962
- Field (2005). *Discovering Statistics with SPSS. Publication of London: Thousand Oaks and New Delhi.*
- Flint, A. J., & Rifat, S. L. (2002). Relationship between clinical variables and symptomatic anxiety in late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*(3), 292–296.
- García, M. S. (2004). Effectiveness of Cognitive-Behavioural group therapy in patients with anxiety disorders. *Psychology in Spain, 8*(1), 89–97.
- Guerra, P. M & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde.* Climepsi Editores: Lisboa
- Hawton, P. M., Salkovskis, J. Kirk., & Clark. D. M. (1997) *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos.* São Paulo: Martins Fontes.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2014). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments for Mood, Anxiety, and Related Disorders. *Psychology/Psychologie Canadienne, 55*(3), 161–176. .doi: 10.1037/a0036933
- Knapp, P. & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(2), 54-64

- Leahy, L. R., Holland, J. F. S., & McGinn, K. L. (2012). *Treatment Plans and Interventions for depression and Anxiety Disorders* (pp. 165- 215). New York, NY: Guilford Press.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). NEO-PI-R, *Inventário de Personalidade Neo Revisto*. Manual Profissional (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: CEGOC-TEA, Lda – Investigação e Publicações Psicológicas
- Machado, P., & Horvath, A. (1999). *Inventário da aliança terapêutica – WAI*. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (2), pp. 89-94. Braga: Apport/Sho.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso a IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga:Psiquilibrios.
- McDermut W, Miller I, Brown R.(2001). The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-analysis and Review of the Empirical Research. *Clinical Psychology: Science & Practice* 2001, 8(1):98-116.
- McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: a benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 344–50. doi:10.1037/0022-006X.75.2.344
- Mergl.R., Seidscheck.I., Allgaier. A. K., Moller. H.J., Helgerl. U. & Henkel. V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depressive and Anxiety*, 24(2), 185-195
- Nierenberg, A. A., Trivedi, M. H. & Wisniewski, S.R. (2007). Family history mood disorders and characteristics of major depressive disorder: sequenced. Treatment alternatives to realive depression. *Journal of psychiatric Research*, 41(3-4), 214-221.

- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(2), 79–97. doi:10.1016/j.jbtep.2004.07.002
- Peterson, A. L., & Halstead, T. S. (1998). Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behavior Therapy*, 29(1), 3–18. doi:10.1016/S0005-7894(98)80015-4
- Roberge, P., Fournier, L., Menear, M., & Duhoux, A. (2014). Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 55(2), 60–67. doi:10.1037/a0036317
- Sales, C. M. D., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. (2012). *Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas* [Portuguese version of CORE-OM: Translation, adaptation and preliminary study of its psychometric properties]. *Revista de Psiquiatria Clínica [BRASIL]*, 39(2), 54-59. doi:10.1590/s0101-60832012000200003
- Silva, D. & Campos, R. (1999). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - forma Y (STAI-Y) de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Spielberger, C. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Mind Garden.
- Springer, D. W., Rubin, A. & Beevers, C. G. (2011). *Treatment of Depression in Adolescents and Adults* (pp. 1-4). New Jersey: John Wiley
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: Na empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 69(6), 875-899. Doi: 10.1037//0022-006x.69.6875

Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression.  
*Advances in Psychiatric Treatment*, 16(3), 219–227.  
doi:10.1192/apt.bp.108.005744

# Anexos

# Anexo I

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Data da informação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dia/mês/ano) CÓDIGO: \_\_\_\_\_

### Dados pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fem/\_\_\_\_\_ Masc

Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: Portuguesa \_\_\_\_\_ Outra: \_\_\_\_\_ Qual \_\_\_\_\_

Local de residência (apenas a terra/local): \_\_\_\_\_

Considera-se uma pessoa religiosa: Não \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_

### Estado civil:

Solteiro: \_\_\_\_\_

Casado: \_\_\_\_\_ há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Divorciado: \_\_\_\_\_ há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Recasado: \_\_\_\_\_ há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Em união de Facto: \_\_\_\_\_ há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Viúvo: \_\_\_\_\_ há quanto tempo: \_\_\_\_\_

### Composição agregado familiar:

Liste as pessoas que vivem na sua casa e o seu parentesco (exemplo, pai, mãe, filho/a, marido, mulher, irmã/o):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ocupação:

Profissão \_\_\_\_\_

Empregado \_\_\_\_\_

Desempregado com subsidio \_\_\_\_\_

Desempregado sem subsidio \_\_\_\_\_

Rendimento de inserção social \_\_\_\_\_

### Nível de escolaridade:

1º ciclo (4ª classe) \_\_\_\_\_

2º ciclo (6º ano) \_\_\_\_\_

3º ciclo (9º ano) \_\_\_\_\_

Ensino secundário \_\_\_\_\_

Curso profissional \_\_\_\_\_ Qual \_\_\_\_\_

Ensino superior \_\_\_\_\_ Qual \_\_\_\_\_

Grau \_\_\_\_\_

### Se puder, indique o rendimento familiar mensal:

Até 500€ \_\_\_\_\_

Entre 500€ e 1000€ \_\_\_\_\_

Entre 1000€ e 1500€ \_\_\_\_\_

Entre 1500€ e 2000€ \_\_\_\_\_

Acima de 2000€ \_\_\_\_\_

# Anexo II

## CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito da elaboração do Projeto de Investigação de mestrado, no departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHAA conjuntamente com o Instituto Universitário da Maia, venho, por este meio, solicitar a sua autorização para a sua participação num estudo científico que tem como objetivo Avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo cognitivo-comportamental para adultos com Ansiedade realizada na unidade do presente centro hospitalar.

Deste modo, e de forma a alcançar os objetivos do estudo, solicito a V. Ex.<sup>as</sup> autorização para a aplicação, de uns questionários que visa avaliar todas as variáveis presentes no estudo.

Informa-se, desde já, que a **confidencialidade** e a **privacidade** dos resultados obtidos serão asseguradas pelo anonimato da identificação dos participantes.

Mais informo que o presente estudo é realizado sobre a orientação científica da Professora Doutora Carla Cunha do Instituto Universitário da Maia e do Dr. José Luís Gouveia do Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Gratos pela vossa atenção e certos de que esta solicitação merecerá, por parte de V. Ex.<sup>as</sup>, toda a atenção, os nossos melhores cumprimentos.

A mestranda, Joana Filipa Martins Ribeiro

---

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento da aplicação dos referidos questionários. Deste modo, participo na realização dos mesmos.