

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC): Habilidades sociais, possibilidades terapêuticas para pacientes com Parkinson na clínica escola FísioIguaçu

Alexandre Vitorino Figueiredo

Psicólogo Cognitivo-Comportamental - Universidade Estácio de Sá (UNESA).
Especialista em Docência no ensino superior - Universidade Estácio de Sá (UNESA).
Psicoterapeuta na ACENI – Associação das crianças excepcionais de Nova Iguaçu.

✉ vitorinopsicologia@gmail.com

Marize Silva de Oliveira

Psicóloga Cognitivo- Comportamental Universidade Estácio de Sá (UNESA)
Psicoterapeuta particular.

✉ marizeoliver.jc@bol.com.br

Recebido em 16 de julho de 2016

Aceito em 10 de outubro de 2016

Resumo:

A terapia Cognitivo-Comportamental desempenha um importantíssimo papel dentro das práticas em Psicologia, a sua composição estruturada, objetiva e direcionada para solucionar problemas através da modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais atende com maestria as inúmeras demandas da saúde. O Parkinson é uma doença neurodegenerativa, progressiva, recorrente e pode desencadear uma série de graves sintomas, dentre eles a depressão, sintoma que afeta visceralmente a qualidade de vida dos portadores da doença; e partindo desta temática surgiu a proposta deste artigo que pretende apresentar algumas contribuições oriundas da abordagem Cognitivo-Comportamental em terapia grupal com pacientes portadores do Parkinson. O trabalho ocorreu nas dependências da Clínica Escola FísioIguaçu, no município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, no período que abrange março a outubro de 2015. Métodos: O estudo foi realizado com sete indivíduos diagnosticados com a patologia, todos inseridos no projeto de Parkinson da clínica escola e com atendimento em fisioterapia duas vezes por semana. Os responsáveis pelo projeto com os parkinsonianos aprovaram a proposta contida nesta pesquisa e a Psicoterapia grupal foi agregada aos atendimentos regulares, o trabalho desenvolvido concentrou-se na verificação da depressão, avaliação das habilidades sociais, (utilização de instrumentos validados), no treino das habilidades sociais (assertividade, empatia, resiliência) e na psicoeducação. Os resultados obtidos no trabalho de campo confirmaram as hipóteses levantadas na pesquisa, ou seja, o treino das habilidades sociais como estratégia da Psicoterapia reduziu a depressão nos pacientes portadores de Parkinson, (86% dos participantes da pesquisa tiveram o nível da depressão diminuído após a psicoterapia) e, conseqüentemente houve melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Parkinson; depressão; habilidades sociais.

Cognitive behavioral therapy (TCC): social skills, therapeutic possibilities for Parkinson's patients in clinical school FísioIguaçu

Abstract:

Cognitive-behavioral therapy plays an important role within the practices in psychology, its composition structured, objective and directed to solve problems by modifying thoughts and dysfunctional behaviors

serves expertly the many demands of health. Parkinson's is a neurodegenerative disease, progressive, recurrent and can trigger a series of severe symptoms, including depression, symptom that viscerally affects the quality of life of sufferers; and based on this theme was proposed that this article intends to present some contributions from the cognitive-behavioral approach to group therapy with some patients of Parkinson's. The work took place on the premises of Clinical School Fisiologia, in Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, in the period spanning from March to October 2015. Methods: The study was conducted in seven individuals diagnosed with the disease, all inserted in the school clinic Parkinson with physiotherapy in attendance twice a week. Those responsible for the project with the parkinsonian approved the proposal contained in this research and group psychotherapy was aggregated to regular calls, and the work focused on the verification of depression, assessment of social skills (use of validated instruments), the training of social skills (assertiveness, empathy, resilience) and psychoeducation. Results obtained in the field work confirmed the assumptions made in the research, ie the training of social skills as psychotherapy strategy reduced depression in patients with Parkinson's, (86% of respondents research had decreased the level of depression after psychotherapy), and consequently there was an improvement in quality of life.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy; Parkinson; Depression; Social skills.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Las habilidades sociales, posibilidades terapéuticas para los pacientes con Parkinson en la clínica de la escuela Fisiologia

Resumen:

La terapia cognitivo-conductual desempeña un papel importante dentro de las prácticas de la psicología, su composición estructurada, objetiva y dirigida a resolver problemas mediante la modificación de pensamientos y comportamientos disfuncionales sirve magistralmente las muchas demandas de la salud. El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva, recurrente y puede desencadenar una serie de síntomas graves, como la depresión, los síntomas que afecta visceralmente la calidad de vida de los enfermos; y en base a este tema se propone que este artículo pretende presentar algunas aportaciones del enfoque cognitivo-conductual para la terapia de grupo con algunos pacientes de Parkinson. El trabajo se llevó a cabo en las instalaciones del Clínico Fisiologia School, en Nova Iguaçu, Río de Janeiro, en el período que abarca de marzo a octubre de 2015. Métodos: El estudio se llevó a cabo en siete individuos diagnosticados con la enfermedad, todos insertados en el proyecto Parkinson clínica de la escuela con la fisioterapia en la asistencia dos veces por semana. Los responsables del proyecto con el parkinsoniano aprobó la propuesta contenida en esta investigación y psicoterapia de grupo fue agregada a las llamadas regulares, y el trabajo se centró en la verificación de la depresión, la evaluación de las habilidades sociales (uso de instrumentos validados), la formación de los habilidades sociales (asertividad, la empatía, la capacidad de recuperación) y psicoeducación. Los resultados obtenidos en el trabajo de campo confirmaron las hipótesis formuladas en la investigación, es decir, la formación de habilidades sociales como estrategia de la psicoterapia reduce la depresión en pacientes con Parkinson, (86% de los encuestados de la investigación se había reducido el nivel de depresión después de la psicoterapia), y en consecuencia una mejora en la calidad de vida.

Palabras clave: Terapia Cognitivo-conductual; Parkinson; Depresión; Habilidades sociales.

INTRODUÇÃO

Um assunto com tal envergadura que afeta a saúde pública mundial, jamais poderia ficar de fora da agenda dos psicoterapeutas Cognitivo-Comportamentais, primeiro pelo fato do Parkinson se tratar de uma doença degenerativa do sistema nervoso central, e que traz consigo a manifestação de severos sintomas que evoluem com o passar do tempo: Rigidez

muscular, tremores, bradicinesia (lentificação dos movimentos), comprometimento de memória, depressão, e tantos outros que afetam visceralmente a qualidade de vida de uma pessoa, e em uma segunda instância, mas tão imponente quanto o primeiro motivo, a percepção da pessoa diante do quadro insidioso que se revelou, e que muitas das vezes conduz o indivíduo para a dor emocional. O Parkinson, segundo projeções estatísticas da ¹Organização Mundial de saúde, atingirá a marca de dois milhões de casos em todo o mundo no ano de 2030 e será responsável por 28 óbitos por cada cem mil habitantes. Segundo Limongi 2001, p. 13 a taxa de prevalência da doença na população de um modo geral varia de 100 a 150 casos para 100.000 habitantes. De acordo com pesquisas levantadas por Bruner e Sudarth, 2012, p. 1989, apenas nos EUA são relatados a cada ano 50.000 novos casos.

A etiologia da doença de Parkinson, segundo as teorias mais atuais, está relacionada a múltiplos fatores, ou seja, tanto por uma pré-disposição genética, como também pela interação de fatores ambientais o que torna seu rastreamento um processo distante da nitidez esperada, no entanto, dentro do campo da fisiopatologia já é possível vislumbrar sólidos alicerces para a compreensão do Parkinson:

A doença de Parkinson está associada a níveis diminuídos de dopamina em consequência da destruição das células neuronais pigmentadas na substância nigra na região dos gânglios da base do encéfalo. Acredita-se que a perda de células nervosas dopaminérgicas da substância nigra do encéfalo seja responsável pelos sintomas do parkinsonismo. A perda das reservas de dopamina nessa área do encéfalo resulta em mais neurotransmissores excitatórios do que inibitórios, levando a um desequilíbrio que afeta o movimento voluntário. **(Os sintomas clínicos só aparecem quando 60% dos neurônios pigmentados estão perdidos, e o nível de dopamina do estriado está diminuído em 80%).** (BRUNER e SUDARTH, 2012. P. 1989, grifo nosso).

Não obstante os inúmeros sintomas decorrentes desta patologia, a depressão reclama para si atenção exclusiva, sua manifestação quase natural entre os portadores do Parkinson dificilmente pode ser negada, seja pelos fatores bioquímicos, ou pelos desdobramentos ambientais e circunstanciais como, senectude, abandono, limitações cognitivas, motoras e etc.

O DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais), 2014, p. 155 apresenta como característica comum nos transtornos depressivos “*a presença de humor triste, vazio ou irritável acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo*”. A abordagem Cognitiva-

¹ NEUROLOGICAL DISORDERS public health challenges. 2006.

comportamental está intimamente ligada a diversos estudos sobre a depressão, um de seus fundadores, o psiquiatra Norte americano Aaron Beck, reconhecido como um dos mais influentes psicoterapeutas da história demonstrou interesse especial por esta patologia, a ponto de dedicar-se em criteriosa investigação sobre as causas da depressão, e os resultados obtidos o conduziram ao conceito da “tríade cognitiva”, que explica o transtorno através da visão irrealista e pessimista que o indivíduo nutre a respeito do mundo, de si mesmo e de seu porvir. Outra possível conjugação sobre a depressão emerge da abordagem psicanalítica, de acordo com Tavares, (2010, p. 17), a depressão seria uma incapacidade, “mal-estar” que boicota o espetáculo das aparências forjado pela sociedade e suas ideologias, onde indivíduo depressivo estaria a margem desta representação vigente.

Para não privilegiar em demasia apenas a esfera psicológica, ou seja, os fatores comportamentais e cognitivos da depressão, estudos recentes em Neurobiologia sinalizam que na totalidade dos sintomas verificados da depressão, existe uma base biológica, ligada por sua vez a um funcionamento irregular de neurônios localizados na amígdala e acaba por subsidiar os episódios depressivos, além disso, outros achados ainda ressaltam os marcadores bioquímicos e genéticos que corroboram com as consagradas informações “*da diminuição do transportador de serotonina nas plaquetas e linfócitos*” (FALCONE e OLIVEIRA, 2012, p. 18,19).

No que tange as habilidades sociais sabe-se que o desempenho social adequado está intrinsicamente relacionado com a qualidade de vida, enquanto que o repertório precário de habilidades sociais interfere nas relações interpessoais estando associado a uma série de transtornos psicológicos, dentre eles a depressão, (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 1999, 2002 apud CARNEIRO, 2007, P. 230). Não seria possível prescindir o aspecto das habilidades sociais em pacientes com perdas significativas em diversas esferas cognitivas e motoras, tampouco desprezar a possível relação entre o declínio destas capacidades com o desejo pelo isolamento e a perda pelo prazer. Falcone e Oliveira, 2012 citam diversos autores e seus respectivos estudos que trazem como resultados a correlação entre as deficiências em habilidades sociais e a depressão. Caballo, 2012 destaca a seguinte premissa como embasamento para o treino de habilidades sociais: “*Qualquer conjunto de técnicas que ajude o paciente deprimido a aumentar a qualidade de seu comportamento interpessoal diminuiria o afeto depressivo aumentando comportamentos não depressivos*” (CABALLO, 2012, p. 329).

Este estudo se destaca em alguns pontos sensíveis, primeiro pela forte ligação entre

o Parkinson e a depressão, em segunda instância, a tentativa em conciliar a senectude com as possibilidades de aprendizagem e melhoraria do repertório das habilidades sociais através do trabalho de psicoterapia grupal. Neste caso, como hipótese de pesquisa, a relação gerada nas sessões e a aplicação de técnicas e exercícios da abordagem Cognitivo-Comportamental contribuiriam para o aumento da qualidade de vida e conseqüentemente na redução da depressão. Neste caso, a relação gerada nas sessões e a aplicação de técnicas e exercícios da abordagem Cognitivo-Comportamental contribuiriam para o aumento da qualidade de vida e conseqüentemente a redução da depressão. Esta pesquisa quanto aos objetivos pode ser caracterizada como exploratória, pois visa explicitar a eficácia da psicoterapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão em pacientes portadores do Parkinson, quanto a natureza trata-se de pesquisa aplicada que atende uma demanda específica buscando a melhora da qualidade de vida dos pacientes com Parkinson da clínica escola FísioIguaçu, e finalmente quanto os procedimentos se configura como pesquisa de campo.

O objetivo principal deste trabalho é empregar a abordagem Cognitivo-Comportamental conjugada com o treino de habilidades sociais no tratamento com pacientes portadores de Parkinson na Clínica Escola FísioIguaçu visando melhora da depressão. Foram objetivos específicos desta pesquisa:

Avaliar a presença e o nível de depressão nos pacientes através do BDI – Inventário de depressão Beck.

Verificar o repertório de habilidades sociais dos pacientes pelo IHS – Inventário de Habilidades sociais.

Empregar técnicas de treino de habilidades sociais em grupo nos pacientes da clínica.

Mensurar após 15 sessões o nível de depressão - Reaplicar o BDI e entrevistar os pacientes e os profissionais que realizaram o tratamento fisioterápico.

Averiguar a efetividade da Terapia cognitivo-comportamental aliada ao treino das habilidades sociais como estratégias terapêuticas importantes para diminuir e/ou controlar a depressão nos pacientes com Parkinson na clínica escola FísioIguaçu.

METODOLOGIA

Participantes

A amostra da pesquisa consistiu de sete portadores da doença de Parkinson que se dispuseram a participar da pesquisa, todos são integrantes do projeto de Parkinson e estão recebendo tratamento fisioterápico na clínica escola FísioIguaçu. N = 07; 06 homens, 86% do total de participantes (idade média dos homens 65,83 anos), e 01 mulher, 14% do total dos participantes (idade da única participante do sexo feminino 45 anos). A idade dos pacientes variou entre 45 a 88 anos.

Instrumentos e Material

O BDI – Inventário de Depressão de Beck é utilizado para mensurar a severidade da depressão. Consiste em um questionário com 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com possibilidades de escores de 0 a 3, e o indivíduo deverá marcar aquele que melhor descreve como ele tem se sentido na última semana, inclusive o dia da aplicação. Os itens do BDI se referem a: 1) Tristeza; 2) Pessimismo; 3) Sentimento de fracasso; 4) Insatisfação; 5) Culpa; 6) Punição; 7) Auto aversão; 8) Autoacusações; 9) Ideias suicidas; 10) Choro; 11) Irritabilidade; 12) Retraimento social; 13) Indecisão; 14) Mudança na autoimagem; 15) Dificuldade de trabalhar; 16) Insônia; 17) Fatigabilidade; 18) Perda de apetite; 19) Perda de peso; 20) Preocupações somáticas; 21) Perda da libido. Os resultados, de acordo com o manual da versão em português, apresentam os níveis de escore: 0 - 11 Mínimo; 12 - 19 Leve; 20 - 35 Moderado; 36 - 63 Grave.

O IHS – Inventário de Habilidades Sociais – Del-Prette é um instrumento de auto relato para aferir o repertório de habilidades sociais usualmente requerido em uma amostra de situações interpessoais do dia a dia. O instrumento é composto de 38 itens que se agrupam em cinco fatores: 1. Enfrentamento e autoafirmação. 2. Autoafirmação na expressão de sentimentos positivos. 3. Conversação e desenvoltura social. 4. Auto exposição a desconhecidos e situações novas. 5. Autocontrole da agressividade. Uma escala tipo Likert, com cinco pontos: A (nunca ou raramente), B (com pouca frequência), C (com regular frequência), D (muito frequentemente), E (sempre ou quase sempre). Ressalta-se que para esta pesquisa foi levado em consideração apenas o escore total.

Também foi utilizado o Datashow para apresentação de vídeos motivacionais, apresentação das perguntas do IHS e para a Psicoeducação.

Procedimento de coleta de dados

A coleta dos dados foi efetuada em um dos espaços reservados para a atividade de pesquisa, o laboratório de Psicomotricidade da Clínica, e não ofereceu quaisquer riscos aos participantes. Os dados coletados serão mantidos arquivados respeitando a privacidade de cada paciente, sendo divulgados apenas os resultados de forma geral ou anônima. Em razão dos comprometimentos oriundos do Parkinson e a idade elevada de alguns dos participantes os instrumentos (BDI e IHS) foram aplicados sob a supervisão dos pesquisadores. Inicialmente a pesquisa contava com nove pacientes, no entanto, um deles recebeu diagnóstico médico diferenciado, seu caso não era a doença de Parkinson e naturalmente deixou o projeto, em outro caso, a participante não demonstrou assiduidade suficiente, e as sucessivas ausências impediram que a psicoterapia e o treino das habilidades sociais se consolidassem, não sendo possível mantê-la na pesquisa. Os sete pacientes que permaneceram no projeto participaram das três etapas da coleta de dados e de todo o trabalho psicoterápico desenvolvido. Sobre as faltas que ocorreram ao longo da pesquisa, o procedimento do estudo seguiu os moldes do trabalho clínico, ou seja, a psicoterapia sempre era iniciada com a revisão do atendimento passado, o que garantiu atualização constante e a linearidade do trabalho, além do enfoque individualizado, sempre que necessário equiparava-se as informações através de folhetos e transmissão oral visando o nivelamento do processo.

IHS – Inventário de habilidades sociais: O inventário foi apresentado por Datashow com vistas a facilitar a visualização do conteúdo pelos pacientes, a leitura de cada item foi executada por um dos pesquisadores e a marcação na folha de respostas também foi acompanhada pelos aplicadores a fim de garantir a padronização deste procedimento. O BDI – Inventário de depressão de Beck foi aplicado de forma individual e conferido imediatamente pelo aplicador visando diminuir possíveis equívocos.

O BDI – Inventário de Depressão de Beck: Foi aplicado duas vezes ao longo da pesquisa, a primeira aplicação ocorreu logo no início do trabalho, sendo seguido da

psicoterapia grupal e o treino das habilidades sociais e então, após 15 sessões o instrumento foi reaplicado.

Estruturação da Psicoterapia grupal: As sessões foram organizadas de forma que em três sessões foi trabalhada uma habilidade social específica, seguida de duas sessões com exercícios (dinâmicas), e uma reflexão sobre os ganhos adquiridos. No campo do treinamento das habilidades sociais a seguinte ordem foi seguida: “Treinando a assertividade”; “treinando a empatia” e trabalho sobre a “resiliência” como fator de saúde.

Aspectos Éticos

A elaboração desta pesquisa foi realizada buscando observar e atender as diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNEP – do Ministério da saúde. Todos os sujeitos que participaram do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e da participação voluntária em todas as etapas do estudo, podendo desistir de colaborar em qualquer momento que desejassem, também foi explicado aos participantes que a identidade de cada um deles seria mantida em sigilo, sendo divulgadas apenas informações concernentes aos resultados obtidos. Os voluntários foram inseridos em um trabalho que não apresenta qualquer risco físico ou psicológico, já que o estudo se ampara na égide consagrada da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, abordagem amplamente difundida e com eficácia comprovada na literatura científica. Foram inseridas entrevistas com os participantes antes e após a pesquisa e verificou-se a pertinência do trabalho manifesto no desejo de que o trabalho multidisciplinar continuasse. Após os esclarecimentos, cada participante foi solicitado a ler o TCLE e assiná-lo, caso concordasse em colaborar com a pesquisa.

Pressupostos teóricos

O Parkinson é uma doença crônica e degenerativa do sistema nervoso central que afeta, em sua maioria, pessoas que estejam iniciando a meia idade ou idade avançada. Trata-se de um distúrbio recorrente e até certo ponto comum ocorrendo em duas a cada cem pessoas, sendo a segunda no ranking das neurodegenerativas, (MOREIRA, 2007, p. 19; WERNECK, 2010, p. 10). O diagnóstico é estabelecido a partir da esfera clínica, campo

altamente técnico que propicia análise da história do paciente e observação acurada de alguns dos sinais e sintomas que deflagram o quadro da doença como, rigidez muscular, tremor de repouso e alteração postural. De forma regular os pacientes apresentam melhora nos sintomas ao fazer uso dos fármacos Prolopa ou levodopa, no entanto, o Parkinson, por sua cronicidade degenerativa e caráter progressivo, não aponta para um prognóstico muito otimista, a remissão da doença ainda parece algo inatingível para a medicina atual, todavia, algumas projeções, dentre elas as pesquisas com células tronco, parecem agitar o debate sobre futuros tratamentos, (ZAGO e COVAS, 2004, p.12). É inevitável que a combinação de tantos fatores implique visceralmente na rotina dos portadores da doença, diagnóstico, a sintomatologia, a precariedade da saúde, as limitações motoras e cognitivas, o que por sua vez poderiam levar o indivíduo a um quadro depressivo. Diante do avanço da doença, a necessidade de apoio ao portador de Parkinson se torna evidente.

O diagnóstico de uma doença é fato corriqueiro nos consultórios médicos, quando finalizado, pode resultar em sentimentos de surpresa, preocupação e até indignação em um primeiro momento, pois imediatamente vêm a mente sentimentos negativos e perguntas sem resposta. Daí, até a aceitação existe um longo caminho a ser percorrido, em geral árduo e complexo, onde a convivência com a doença e seus sintomas acontece de forma particular para cada indivíduo (PETERNELLA e MARCON, 2008, p. 28).

Como mencionado na introdução, o Parkinson se caracteriza pela perda de células neuronais ou neurônios dopaminérgicos na substância negra que se localiza no mesencéfalo, estas células se projetam para o estriado, e sua degeneração no Parkinson está associada à redução de dopamina no estriado. Desta perspectiva, a mensuração da gravidade da síndrome motora, um dos sintomas clássicos, relaciona-se diretamente à deficiência de dopamina, porém, pesquisas confirmam que, ao menos em parte, esta diminuição pode ser corrigida através de reposição com L - DOPA (o precursor imediato da dopamina). Este tratamento não é capaz reverter as alterações morfológicas ou deter a progressão da Doença de Parkinson, e com o passar do tempo e devido o seu avanço, a terapia medicamentosa gradativamente torna-se menos eficaz, (ROBBINS e COTRAN, 2010, p. 1328,1329).

Apesar das conquistas no campo científico a grande maioria dos casos não possui causa definida recebendo o estigma de doença idiopática. O que se pode inferir é que o histórico familiar aumenta em até três vezes as chances do desenvolvimento da doença, e uma linha interessante aponta agentes tóxicos e químicos, como o monóxido de carbono, mercúrio, petróleo e até antidepressivos, como catalisadores da doença em indivíduos com

predisposição genética, (WERNECK, 2010, p. 12, 13).

A condição física e emocional do paciente é fator preponderante para se estabelecer o tratamento mais apropriado, no caso do mesmo se encontrar em um estado depressivo, a sua percepção pode ficar comprometida, e conseqüentemente sua qualidade de vida. E o cenário tende a se agravar, a medida que o indivíduo portador do Parkinson constata as limitações impostas com o avanço da doença, sendo que aqueles, com depressão apresentam maior incapacidade e se tornam mais dependentes do auxílio de terceiros. O que era a princípio um temor torna-se real para este indivíduo. Visto por este prisma, a depressão é concebida como o sintoma de maior impacto na qualidade de vida em pessoas com o Parkinson, (CAMARGOS *et al.*, 2004, p. 270). Levando-se em conta que os fatores emocionais exercem forte influência tanto nos doentes como também em seus familiares, o tratamento psicológico surge como poderoso aliado no tratamento do Parkinson, já que conflitos de cunho emocional poderão ser frequentes no decorrer da vida do indivíduo e pela própria vulnerabilidade biológica para transtornos depressivos, (SILBERMAN *et al.*, 2004, p. 57; STEIDL *et al.*, 2007, p. 124).

Devido a complexidade desta síndrome e seus variados sintomas, não é recomendável reduzir o Parkinson apenas a esfera do orgânico, segundo Prado, (2008, p.7), o estado emocional também funciona como reforçador da dependência, da incapacidade e conseqüentemente da depressão, e aponta ainda para a relação entre depressão e a doença de Parkinson, onde aquela estaria associada com o avanço da gravidade dos sintomas da doença, no entanto, em muitos indivíduos, a depressão pode preceder o aparecimento das manifestações motoras, (PRADO, 2008, p.22; WERNECK, 2010, p. 15). A terapia Cognitivo-Comportamental apregoa que a forma como o indivíduo percebe a realidade atua diretamente em seu comportamento e emoções sendo indissociável no processo físico/emocional. “Quando as pessoas aprendem a avaliar seus pensamentos de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento”, (BECK, 2013, p. 23).

A terapia em grupo e o treino de habilidades sociais aparecem como temática terapêutica promissora para o tratamento da doença em pacientes que fazem atendimento coletivo, segundo Lana *et al.*, (2007, p. 398), a própria qualidade de vida pode ser concebida, embora subjetivamente, como uma ideia multidimensional relacionada com inúmeros fatores, dentre eles o relacionamento interpessoal. O treino de habilidades sociais acoplado

a psicoterapia torna relevante e passível de operacionalizar o trabalho de reaprendizagem social, primeiro ao conduzir o paciente a um estado de aceitação de si e de sua nova realidade, segundo, por explorar a coletividade, condição tão humana e que desde os primórdios sustentou a sobrevivência de nossa espécie. “Habilidades sociais são comportamentos interpessoais necessários para a sobrevivência em comunidade, para independência e para estabelecer e manter e aprofundar relacionamentos de apoio, socialmente gratificantes”. (SADOCK, 2008, p. 451). No grupo, cada integrante tem sua própria história e pode contribuir com os demais, ouvir e readquirir confiança para enfrentar cada qual sua dificuldade física e/ou emocional, aprendendo novas habilidades para interagir, e, então, reduzir não só os eventos estressores do próprio indivíduo, como também de seus familiares e amigos. Ainda de acordo com Gonçalves *et al.*, (2005, p. 66), “Os grupos de ajuda mútua”, geralmente integradas por pessoas com os mesmos interesses ou que partilham semelhantes problemas de vida, representam indispensável recurso a ser estimulado nos serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Resultados obtidos na aplicação do IHS se limitam ao escore total da aplicação do instrumento. A tabela a seguir mostra os resultados obtidos comparados ao repertório mediano:

Tabela 1 – Repertório Mediano para homens: 96 / Repertório Mediano para mulheres: 92

PACIENTES	ESCORE TOTAL	REPERTÓRIO MEDIANO	POSIÇÃO EM PERCENTIS	REPERTÓRIO MEDIANO
Paciente 1 (F)	109	92	85	50
Paciente 2 (M)	60	96	01/03	50
Paciente 3 (M)	100	96	60/65	50
Paciente 4 (M)	97	96	50/55	50
Paciente 5 (M)	71	96	03/05	50
Paciente 6 (M)	103	96	70	50
Paciente 7 (M)	92	96	35	50

(F) sexo feminino; (M) sexo masculino

Fonte: Própria.

Nos resultados apontados na tabela 1, três dos pacientes masculinos estão abaixo do repertório mediano, ou seja, 50 dos indivíduos masculinos necessitariam de treinamento em habilidades sociais, sendo que dois deles com forte probabilidade de terem problemas de convivência devido o déficit nas competências sociais, enquanto a paciente do sexo feminino apresentou um repertório bastante elaborado. (Durante as sessões foi possível observar a relação entre os resultados do instrumento com as interações individuais dos integrantes dentro do grupo), os que tiveram maior escore se comunicavam mais do que aqueles com um escore menor.

Tabela 2 – Resultados referentes a primeira aplicação do Inventário de Depressão Beck – BDI (antes do treino das habilidades sociais)

PACIENTES	IDADE	ESCORE TOTAL	RESULTADOS
Paciente 1	45	04	Mínimo
Paciente 2	57	17	Leve
Paciente 3	61	20	Moderado
Paciente 4	88	13	Leve
Paciente 5	58	06	Mínimo
Paciente 6	58	27	Moderado
Paciente 7	74	08	Mínimo

Mínima: 0 – 11 / Leve: 12 – 19 / Moderada 20 – 35 / Grave 36 – 63

Fonte: Própria.

Uma leitura da Tabela 2 aponta que os indivíduos com baixo repertório social não apresentaram um quadro de depressão significativo (resultado: mínimo ou leve), mas o paciente 3 e o paciente 6, que haviam apresentado melhor resultado entre os pacientes homens no IHS, apresentaram um quadro de depressão moderado. No entanto, esta aparente contradição se justificou após observação clínica unida aos relatos durante a sessão, o paciente 6 apresentava a sintomatologia mais severa dentre os participantes, não conseguia controlar muitos dos seus movimentos e tinha sérios comprometimentos motores e emocionais, daí sua depressão apresentar-se na faixa moderada, e seu resultado no IHS, o mais elevado entre os homens se deu pela profissão que exercia até pouco tempo, o mesmo trabalhava em um sindicato, e as negociações verbais fazia parte de sua rotina. A paciente do sexo feminino, a paciente 1, corroborou com a hipótese inicial, de que quanto

maior o repertório em habilidades sociais menor a probabilidade de se apresentar um quadro depressivo relevante, a paciente era uma das mais comunicativas e incentivadoras do grupo.

A tabela 3 refere-se à segunda aplicação do BDI, e apresenta o panorama da depressão após o treino das habilidades sociais dentro da psicoterapia grupal (O inventário foi reaplicado 15 sessões após a primeira aplicação):

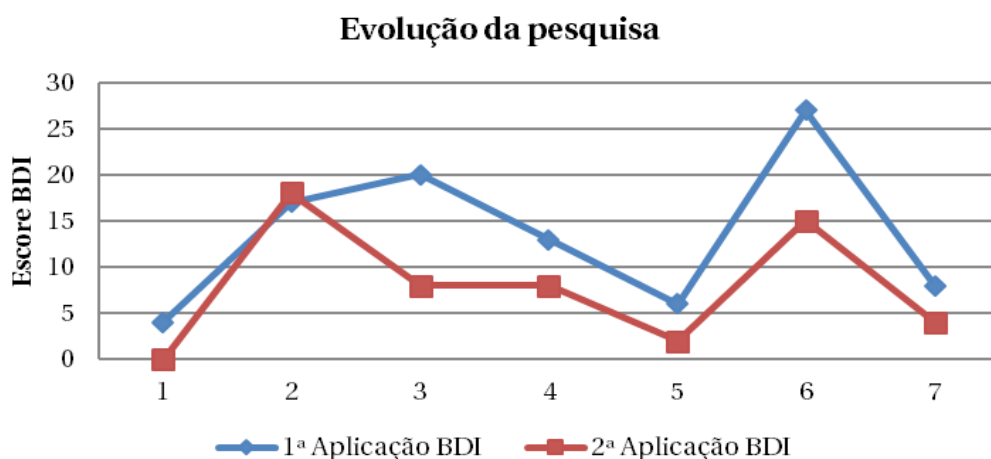
Tabela 3 – Segunda aplicação do BDI – Após o treino de Habilidades sociais

PACIENTES	IDADE	ESCORE TOTAL	RESULTADOS
Paciente 1	45	0	Mínimo
Paciente 2	57	18	Leve
Paciente 3	61	8	Mínimo
Paciente 4	88	8	Mínimo
Paciente 5	58	2	Mínimo
Paciente 6	58	15	Leve
Paciente 7	74	4	Mínimo

Mínima: 0 – 11 / Leve: 12 – 19 / Moderada 20 – 35 / Grave 36 – 63

Fonte: Própria.

Gráfico 1: Evolução da Pesquisa - Depressão



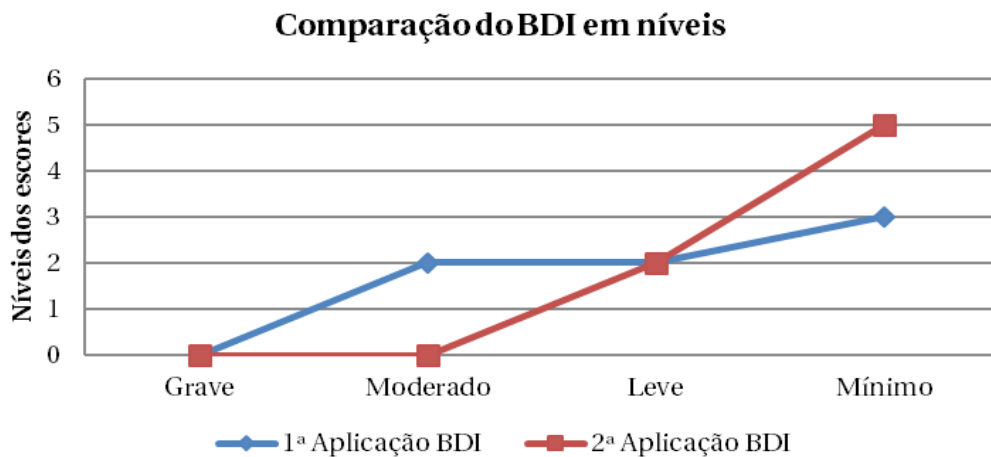
Legenda: 1ª Aplicação BDI - Representa os resultados em escores de depressão na primeira aplicação do inventário. 2ª Aplicação BDI - Representa os resultados da segunda aplicação, após intervenção psicoterápica.

Fonte: Própria.

O gráfico 1 revela diminuição considerável do nível da depressão após o treino das habilidades sociais. O gráfico ainda aponta que apenas em um caso, 14%, não houve a diminuição esperada, todavia, não se apresentou piora relevante no indivíduo (paciente2), apenas 1 ponto no escore total. Neste caso específico o trabalho precisaria ser estendido a esfera familiar, pois o relato de sofrimento do paciente era devido a um irmão dependente químico que gerava sérios conflitos em sua casa, a ponto do paciente enfatizar em sua fala e por diversas vezes sua relação familiar conturbada.

O gráfico 2 apresenta a comparação em relação aos níveis de depressão entre a primeira e segunda aplicação do BDI, facultando a possibilidade de se aferir os ganhos gerais da pesquisa realizada. O gráfico sinaliza que o nível de depressão moderada caiu de 29% para 0% e o nível de depressão mínima elevou-se de 43% para 71% após a psicoterapia.

Gráfico 2: Níveis dos escores - Depressão



Legenda: 1ª Aplicação BDI - Representa os resultados em níveis de depressão na primeira aplicação do inventário. 2ª Aplicação BDI - Representa os resultados da segunda aplicação, após intervenção psicoterápica.

Fonte: Própria.

O gráfico 2 apresenta a comparação em relação aos níveis de depressão entre a primeira e segunda aplicação do BDI, facultando a possibilidade de se aferir os ganhos gerais da pesquisa realizada. O gráfico sinaliza que o nível de depressão moderada caiu de 29% para 0% e o nível de depressão mínima elevou-se de 43% para 71% após a psicoterapia.

As pessoas reagem de forma particular diante das situações que a vida impõe, sejam elas estressoras ou agradáveis, e durante as sessões foi possível observar através de

dinâmicas de grupo, *role-playing* e exercícios, a atuação de cada paciente nos múltiplos cenários criados para enfrentamento e reflexão. Durante o treino de assertividade o paciente 3 demonstrou habilidades para lidar com situações em que foi necessário negar ou posicionar-se para não sofrer abuso, seu escore total (100) estava acima do repertório mediano (96) no IHS, e seu nível de depressão caiu de moderado para a faixa mínima. Este mesmo paciente mostrava no início da psicoterapia certo grau de sofrimento quando exposto a algum tipo de zombaria em relação a sua patologia, questão que foi abrandada ao final do trabalho, o paciente também desenvolveu-se em nível de autonomia/independência, à ponto de dizer “*se posso fazer algo não quero que outros façam por mim*”. O paciente 5 referiu não se incomodar com chacotas ou brincadeiras, ele próprio era brincalhão e aberto com o grupo, mas não conseguia ser assertivo, nuances confirmadas pelos instrumentos aplicados.

A experiência grupal foi extremamente positiva para os participantes, pois até então se reuniam para o atendimento em Fisioterapia e não era possível criarem vínculos mais próximos e sólidos, mas com a psicoterapia tiveram a oportunidade de se aproximarem, e se conhecerem um pouco mais. Relataram, nos momentos de feedback, a satisfação de expressarem suas frustrações e medos, de rever os amigos, “*somos uma família*”, “*aqui somos aceitos e temos basicamente os mesmos problemas*” diziam alguns pacientes. A supervisora da clínica não percebeu alterações significativas no humor dos pacientes, pois nas sessões de fisioterapia todos participam ativamente, e o espaço não é aberto para este tipo de investigação.

Ao longo das sessões verificou-se aumento gradativo da confiança, se expressavam sem inibição e algumas vezes se emocionavam uns com os outros. Na penúltima sessão foi elaborada uma dinâmica, onde cada indivíduo deveria dizer uma frase para alguém do grupo, o processo feito por sorteio, apesar do intenso momento afetivo, um deles chamou a atenção com a seguinte frase: “*você me faz sorrir*” e o paciente que recebeu a frase não conteve a emoção e pôs-se a chorar.

Dentro das estratégias utilizadas para diminuir a depressão aplicamos uma técnica de relaxamento sendo observada a eficácia do procedimento em todos os participantes, inclusive, no paciente 6, a melhora foi notória, pois a princípio mostrava tremores e movimentos acelerados e ao final do relaxamento estava reagindo de uma forma bem mais natural e relaxada.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos pelo estudo verificou-se que o trabalho desenvolvido com a psicoterapia e o treino das habilidades sociais minimizou o nível da depressão e melhorou a qualidade de vida dos pacientes portadores da doença de Parkinson atendidos no ano de 2015, nas dependências da clínica escola Fisiolguaçu, 86% dos participantes tiveram seu nível de depressão reduzido. A pesquisa endossa o grandioso arsenal de trabalhos que comprovam a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento de vários distúrbios, dentre eles a Depressão, destaca ainda o vínculo terapêutico como importante aliado que subsidia o bem-estar do atendido e oferece a possibilidade para a criação de novas propostas de trabalho adequando as teorias apresentadas com as necessidades contextuais específicas. A abordagem Cognitivo-Comportamental se destaca das demais pela metodologia pedagógica que apregoa, ou seja, todos os pacientes foram treinados para monitorar seus pensamentos, confrontar alguns erros cognitivos, a aplicarem o auto relaxamento, visando com isto a consolidação dos ganhos adquiridos e minimizando a possibilidade de recaídas.

As limitações neste momento se inserem nos itens referentes aos cinco escores fatoriais do IHS, ponto estrutural que impediu um aprofundamento em áreas mais focais do desempenho social e a relação com a depressão em cada uma delas, já que se optou, neste trabalho, utilizar apenas a avaliação mais geral do instrumento, o “escore total”, possibilidade garantida pelos autores do inventário. Outro importante limitador foi a descontinuidade do projeto, apesar do desmame cuidadoso, os pacientes não queriam romper o vínculo estabelecido e desejavam a psicoterapia como intervenção regular na clínica, questão notoriamente demarcada, todavia, além da proposta original da pesquisa.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S.. **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e pratica**. – 2ª Edição – Porto Alegre: Artmed, 2013.

BRUNER, L. S; SUDDARTH, D. S.. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Editores: Suzanne C. Smeltzer; Brenda G. Bare; Janice L. Hinkle; Kerry H. Cheever. 12ª Edição – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CABALLO, V. E.. **Manual de avaliação e treinamento de habilidades sociais**. 1ª Ed. [4ª reimpr.] São Paulo: Editora Santos, 2012.

CAMARGOS, A. C. R.; CÓPIO, F. C. Q.; SOUZA, T. R.; GOULART, F.. **O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: Uma revisão de literatura.** Rev. bras. fisioter. Vol. 8, No. 3 (2004), 267-272. Disponível em: <<http://www.crefito3.com.br/revista/rbf/rbfv8n3/pdf/267.pdf>> Acesso: Ago. de 2015.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E.; CLARK, C.; DEL PRETE, Z.; DEL PRETE, A.. **Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (2), 2007, 229-237. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2.pdf>> Acesso: Ago. de 2015.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Tradução: Dorgival Caetano. – Porto Alegre -: Artmed, 1993.

CUNHA, J. A.. **Manual da versão em português das escalas Beck.** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEL PRETE, Z. A. P.; DEL PRETE, A.. **Inventário de habilidades sociais: Manual de aplicação, apuração e interpretação.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEL PRETE, Z. A. P.; DEL PRETE, A.. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo.** 10ª Edição – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento; Paulo Henrique Machado; Regina Machado Garcez; Régis Pizzato, Sandra Maria Mallmann da Rosa. 5ª Ed. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

FALCONE, E. M. de O.; OLIVEIRA, M. da S.. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e prática.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. (Coleção Psicoterapia Cognitivo-Comportamentais, v.2).

GONCALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; ARRUDA, M. C.. **Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 20, n. 1, p. 62-68, Mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a11v20n1.pdf>> Acesso: Jul. de 2015.

LANA, R.C; ALVARES, L, M, R, S; NASCIUTTI-PRUDENTE, C; GOULART, F, R, P; TEIXEIRA-SALMELA, L, F; CARDOSO, F. E.. **Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39.** Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n5/a11v11n5.pdf>> Acesso: Jul. de 2015.

LIMONGI, J. C. P.. **Conhecendo melhor a doença de Parkinson. Uma abordagem multidisciplinar com orientações práticas para o dia a dia.** - 1ª Edição – São Paulo. Plexus Editora, 2001.

MOREIRA, C.; KAMILY, F. C. M.; NERI, V. C.; ARAÚJO, P. G.. **Doença de Parkinson: Como diagnosticar e tratar.** Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos. Vol. 2, nº 2, 2007. Disponível em: <<http://www.fmc.br/revista/V2N2P19-29.pdf>> Acesso: Ago. de 2015.

MOSCOVICI, F.. **Desenvolvimento interpessoal: Treinamento em grupo.** – 14ª Edição – Rio de Janeiro, 2004.

PETERNELLA, F. M. N.; MARCON, S. S.. **Descobrimo a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar.** Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 25-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/04.pdf>> Acesso: Ago. de 2015.

PRADO, A. L. C.. **Avaliação da memória emocional na doença de Parkinson.** 2008. 126 f. Tese (Doutorado em Ciências da saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/1377>> Acesso: Ago. de 2015.

ROBBINS, S.; COTRAN, R. S.; ABBAS, A. K.; KUMAR, V.; FAUSTO, N.; ASTER, J. C.. **Patologia: Bases patológicas das doenças**. Editores: Abul K. Abbas; Vinay Kumar; Nelson Fausto; Jon C Aster. 8ª Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

SADOCK, B. J.. **Manual conciso de psiquiatria clínica**. 2ª Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

SCHRAG, A.; CHOUDHURY, M.; KASKI, D.; GALLAGHER, D. A.. **Why do patients with Parkinson's disease fall? A cross-sectional analysis of possible causes of falls**. NPJ Nature Partner Journals. 2015. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/npjparkd201511#references>> Acesso: Ago. de 2015.

SILBERMAN, C. D; LAKS, J; RODRIGUES, C. S; ENGELHARDT, E.. **Uma revisão sobre depressão como fator de risco na Doença de Parkinson e seu impacto na cognição**. Rev Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, p. 52-60, jan./abr., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20477.pdf>> Acesso: Jul. de 2015.

SOUZA, C. F. M.; ALMEIDA, H. C. P.; SOUZA, J. B.; COSTA, P. H.; SILVEIRA, Y. S. S; BEZERRA, J. C. L.. **A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura**. Rev. Neurociências 2011; 19(4): págs. 718-723. Disponível em: <<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/revisao%2019%2004/570%20revisao.pdf>> Acesso: Abr. de 2015.

STEIDL, E. M. dos S.; ZIEGLER, J. R.; FERREIRA, F. V.. **Doença de Parkinson: Revisão bibliográfica**. Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2007. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2007/parkinson.pdf>> Acesso: Jul. de 2015.

TAVARES, L. A. T.. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistêmica do sujeito depressivo** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. ISBN 978-85-7983-113-3. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/j42t3/pdf/tavares-9788579831003.pdf>> Acesso: Mai. De 2015.

WERNECK, A. L. S.. **Doença de Parkinson: Etiopatogenia, clínica e terapêutica**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ - Rio de Janeiro 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/revistahupe/article/view/9026/6922>> Acesso: Ago. de 2015.

WRIGHT, J. H; SUDAK, D. M; TURKINGTON, D.; THASE, M. E.. **Terapia Cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves: Guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neurological Disorders public health challenges**. 1.Nervous system diseases. 2.Public health. 3.Cost of illness. I.World Health Organization. ISBN 92 4 156336 2 (NLM classification: WL 140) ISBN 978 92 4 156336 9. 2006. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563362_eng.pdf?ua=1> Acesso: Abr. de 2015.

ZAGO, M. A. e COVAS, D. T.. **Pesquisas com células-tronco: Aspectos científicos, éticos e sociais**. Seminário Instituto Fernando Henrique Cardoso. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.ifhc.org.br/wp-content/uploads/apresentacoes/1936.pdf>> Acesso: Ago. de 2015.