

PROTOCOLO BASEADO NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Antônio Medeiros^{□1}, & José Hartmann Júnior²

¹Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Brasil, antonio.2020803012@unicap.br

²Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil, jose_spencer@yahoo.com.br

RESUMO: O envelhecimento da população aponta à necessidade de novas formas de cuidado às demandas que começam a surgir. Em idosos, a depressão se apresenta a partir do isolamento, sentimento de desesperança, irritabilidade e baixa tolerância à frustração. A partir disso, este estudo teve como objetivo avaliar um protocolo de psicoterapia para depressão geriátrica desenvolvido a partir da integração da Terapia de Aceitação e Compromisso com outros modelos teóricos. Trata-se de um ensaio clínico randomizado-controlado, paralelo, aberto, com um braço, sem grupo controle. Contou-se com nove idosas, submetidas a 12 sessões. Foram mensurados os níveis de depressão geriátrica, positividade, satisfação com a vida e ansiedade. As testagens ocorreram na primeira sessão, na sexta, na última e três meses após o fim da intervenção e foram analisadas através do teste de Wilcoxon. Os resultados apontam diminuição nos níveis de depressão ($T = 0,09$) e ansiedade ($T = 0,04$) e aumento da Positividade ($T = 0,09$) e da satisfação com a vida ($T = 0,09$). Concluiu-se que o protocolo Kairós apresenta evidências de eficácia para tratamento da depressão geriátrica, apesar da não generalização dos dados. Faz-se necessária a realização de novos estudos com populações maiores.

Palavras-Chave: Idosos, depressão, terapia de aceitação e compromisso, ensaio clínico

PROTOCOL BASED ON ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY FOR GERIATRIC DEPRESSION

ABSTRACT: The aging of the population leads us to think about the need for new forms of care to the demands that start to emerge. Geriatric. In the elderly, depression comes from isolation, feelings of hopelessness, irritability and low tolerance for frustration. From that, this study aimed to evaluate a psychotherapy protocol for geriatric depression developed from the integration of Acceptance and Commitment Therapy with other models. It is a randomized, open, controlled, parallel, one-arm clinical trial with no control group. A total population of nine elderly women who underwent 12 sessions. To assess its effectiveness, levels of geriatric depression, positivity, life satisfaction and anxiety. The tests occurred at four moments: the first session, the sixth, the last, and three months after the end of the intervention and were analyzed using the Wilcoxon test. The results show a decrease in depression ($T = 0.09$)

[□]Rua Major Médico Vicente Fonseca de Matos, nº670, apto. 304, 54440-370, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, antonio.2020803012@unicap.br

and anxiety ($T = 0.04$) and an increase in Positivity ($T = 0.09$) and satisfaction with life ($T = 0.09$). It was concluded that the Kairós protocol presents evidence of efficacy, despite the non-generalization of the data. Further studies with larger populations are required.

Keywords: Elderly, depression, acceptance and commitment therapy, clinical trial

Recebido em 04 de maio de 2020/ Aceite em 23 de maio de 2021

O envelhecimento é caracterizado pela não linearidade e complexidade nas mudanças ocorridas nos aspectos biológico, fisiológico e psicossocial (Organização Mundial da Saúde, 2015). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2030 teremos mais idosos que crianças com idade até 14 anos e em 2055 que crianças e jovens com até 29 anos (2013). Novas práticas visando qualidade de vida para essa população necessitam ser desenvolvidas e as atuais aprimoradas. Ainda comentando a população idosa brasileira, podemos nos basear em uma expectativa média de vida de 76 anos, sendo 79,6 para mulheres e 72,5 para homens. Aprofundando os dados, obtemos 17% desse grupo na população total do país, sendo 7,2% ativos, formal ou informalmente, no mercado de trabalho (IBGE, 2018).

O idoso ainda passa por processos marcantes como aposentadoria, morte de pessoas próximas e reconfiguração financeira. Questões culturais como, por exemplo, a desvalorização e a descrença nas capacidades da pessoa idosa e de seu potencial funcional levam muitos familiares e demais rede de apoio a minar as possibilidades de desenvolvimento, aprendizagem e manutenção dos ganhos (Marchi et al., 2010; Oliveira et al., 2006). Quando pensamos em um país que envelhece, mas que não se organiza socialmente para tal, qual será o perfil do idoso brasileiro? Falamos de uma parcela da população que, em 30 anos, será maioria em comparação a crianças e jovens.

A partir do prejuízo na relação com os afetos, o idoso poderá desenvolver sintomatologia depressiva, que engloba isolamento, irritabilidade, baixa tolerância à frustração, humor rebaixado, mudanças no ciclo sono-vigília, e baixo nível de atividade cerebral (Marchi et al., 2010). Se formos às atuais causas de óbito ou incapacidade no idoso, encontramos: complicações cardíacas, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e as síndromes demenciais. Todas possuem relação com sintomas depressivos ou comorbidade (Gallucci Neto et al., 2005; Nasser et al., 2016; Paula et al., 2008; Soares et al., 2006; Terroni et al., 2009).

A depressão no idoso impacta, além do mesmo, sua família e comunidade. Pelas particularidades dessa fase do desenvolvimento, desde os aspectos naturais aos sociais, é um transtorno que traz consigo preocupação. O produto de quadros depressivos traz um maior comprometimento e custo físico, emocional, cognitivo, funcional, financeiro e um maior risco de morte (Richardson et al., 2012).

Lima e colaboradores (2016) denunciam a necessidade de cuidado especializado para o idoso diagnosticado com depressão ou subsindrômico, ou seja, que possui sintomatologia, mas não o transtorno. Juntamente às demências, a depressão é o quadro psiquiátrico mais prevalente em pessoas acima dos 60 anos.

Nesta pesquisa, temos como proposta apresentar a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) como estratégia, a nível comportamental, de caráter preventivo e interventivo na depressão geriátrica, a partir de um protocolo de psicoterapia formulado para este fim.

Terapia de Aceitação e Compromisso

A ACT está no escopo da terceira geração das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC), também chamadas contextuais. Menos diretiva que as abordagens antecessoras, trabalha o reforçamento positivo a partir da análise das contingências. Sua marca é o trabalho com a

experiência a partir de uma análise contextual, incluindo as experiências externas e internas do sujeito, em detrimento de uma análise ativa para modificação de crenças (Hayes et al., 2011).

Aqui, é preciso compreender que as experiências internas compreendem pensamentos, emoções, memórias e sensações. Já as externas, os comportamentos. A linguagem é compreendida como intermediária entre os eventos internos e externos, além de um comportamento verbal. Pensamentos e emoções passam a ser variáveis dependentes do comportamento, por um maior foco interventivo comportamental da ACT (Hayes et al., 2011). Para a ACT, o comportamento é responsável pela mudança do contexto.

A proposta contextualista assume variáveis como cognição, mente e consciência, mesmo que trabalhas de forma diferente das Terapias Cognitivas tradicionais, mas compactua com a visão ativa do sujeito no ambiente. A ACT se pretende uma tecnologia funcional e operacionalizável, promovendo a integração entre componentes cognitivos e comportamentais para maximizar a eficácia das intervenções.

Principal fonte de compreensão das experiências internas, a linguagem é responsável pela via de acesso aos comportamentos e com isso pode também denunciar comportamentos desadaptativos. A Teoria dos Quadros Relacionais (TQR), outro pilar da ACT, compreende que a relação arbitrária entre estímulos pode levar a uma linguagem conceitual, regida por regras que podem generalizar as respostas independentemente do contexto (Hayes et al., 2011). Uma linguagem conceitual, literalizada, substitui de forma problemática a experiência consciente, podendo levar o sujeito a repetidas experiências desadaptativas, fazendo-o fundir aos seus pensamentos. Na ACT, esse processo é chamado fusão cognitiva e é o primeiro passo para o desenvolvimento de psicopatologias (Hayes et al., 2011).

Juntamente à fusão, outro elemento da psicopatologia é a evitação experiencial. Esta, por sua vez, revela que a pessoa fundida a sua crença evitará situações que ativem experiências internas com o objetivo de evitar desconforto. Apesar de um alívio inicial, a evitação trará uma carga ainda maior de sofrimento, podendo ser reforçada por comportamentos autodestrutivos. Por último, a restrição comportamental diz da incapacidade de agir em conjunto com os valores pessoais. Como são as regras impostas por uma experiência negativa ou pelos códigos morais, passa-se a comportar-se regido por valores de terceiros (Roemer & Orsillo, 2010).

A ACT compreende que a aceitação da experiência e a ação comprometida com os valores são a base para um enfrentamento saudável do sofrimento (Saban, 2015). Deve-se estar sempre consciente das experiências para a compreensão do contexto e tomada de decisão. Não é possível agir sobre um contexto se evitamos vivenciá-lo. As intervenções em ACT contemplam automonitoramento, *mindfulness*, análise de contingências, reforçamento positivo, exercícios de desfusão e uso de metáforas (Roemer & Orsillo, 2010).

Hayes e colaboradores (2008) definem a partir de um hexagrama os seis pontos os quais o terapeuta ACT precisa focar sua intervenção, com o objetivo de auxiliar o paciente a obter flexibilidade psicológica. Todos os pontos estão interligados, ilustrando o caráter dinâmico da abordagem. São eles: aceitação, desfusão cognitiva, contato com o momento presente, eu contextual, valores, e ações de compromisso. A integração dos seis pontos auxilia uma experiência consciente, compreendendo eventos naturais apenas como parte de um todo, onde nós estamos inseridos (Hayes et al., 2008).

Já existem, na literatura, artigos em ACT para depressão com resultados promissores (Losada et al., 2015; Pots et al., 2016), para citar alguns mais relevantes. Quando buscamos intervenções focadas no público idoso, encontramos resultados escassos. Em revisão sistemática, Monteleone (2015) detectou apenas dois estudos ACT para idosos, sendo um para depressão (Karlin et al., 2013) e um para dor crônica (McCracken & Jones, 2012).

Em revisão mais recente, Medeiros e Hartmann Júnior (2019) apresentaram três artigos, sendo um para depressão, o mesmo da revisão anterior, e dois para dor crônica (Alonso-Fernández et al., 2016; Scott et al., 2016).

Para a formulação deste trabalho, levantamos a hipótese do ganho do idoso deprimido a partir de um protocolo de psicoterapia baseado em ACT visando trabalhar a flexibilidade psicológica. Apesar da capacidade de reserva e da plasticidade neuronal que possibilitam ao idoso capacidade adaptativa e de modelação, a capacidade mecânica da inteligência, por exemplo, declina. Já a pragmática, não. Nesta última se constitui o conhecimento e a sabedoria (Papalia, 2013). Em uma intervenção tradicional, haveria apelo para a modificação do conteúdo do pensamento, o que poderia ser difícil para uma parcela dessa população e prejudicar a aderência ao tratamento. A ACT promove a modelação através das contingências, sem perder de vista a sabedoria e os valores construídos ao longo da vida.

O objetivo deste estudo foi testar um protocolo piloto de psicoterapia para depressão geriátrica desenvolvido a partir da integração da ACT com outros modelos teóricos. A justificativa para a integração vem do próprio Hayes que, apontando a ACT como uma tecnologia mais que uma teoria psicológica, permite que técnicas de outros modelos sejam utilizadas desde que se façam operacionalizáveis (Hayes et al., 2011).

MÉTODO

Trata-se de um ensaio clínico controlado, paralelo, aberto, com um braço, sem grupo controle. Este método analítico de pesquisa caracteriza-se pela testagem de novos modelos de tratamento buscando comprovar sua eficácia possibilitando sua utilização futura (Shaughnessy et al., 2012). Diante disso, consideramos este estudo como piloto e de caráter exploratório.

Com relação a aleatorização da amostra, houve uma disparidade entre a quantidade de possíveis participantes e o N esperado para a pesquisa. A alternativa foi encontrada em Shaughnessy et al. (2012), que propõem um delineamento *quasi-experimental*, não havendo aleatorização total da amostra nem grupo controle. A pesquisa foi realizada em consultório particular, pertencente aos pesquisadores, no município de Garanhuns, Pernambuco, Brasil. Todas as etapas, salvo o recrutamento, ocorreram no mesmo local.

A pesquisa está cadastrada no comitê de ética em pesquisa da Universidade de Pernambuco, CAEE: 02697518.1.0000.5207. O mesmo também está cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), com o código de acesso RBR-4vsv5c.

Participantes

Contou-se inicialmente com uma amostra de 10 idosas, havendo uma perda amostral por desistência, findando em nove. Para a formalização da participação, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O N total baixo justifica-se pelo caráter da pesquisa. Além do conteúdo aqui apresentado, as participantes responderam a uma entrevista semiestruturada para avaliação e melhorias no protocolo.

As participantes foram convidadas a partir dos serviços de Saúde e Assistência Social do município, de forma livre. A pesquisa fora apresentada nos grupos de convivência para idosos e os interessados entraram em contato. Ao atingir 10 voluntárias que cumpriram os critérios de inclusão, encerrou-se o recrutamento. Todas preencheram um questionário sociodemográfico.

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais, residir no município da pesquisa, não estar em outro processo psicoterapêutico e atingir pontuação esperada no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Brucki et al., 2003) e Escala de Depressão Geriátrica, em sua versão com 15 itens (EDG-

15) (Paradela et al., 2005), O primeiro, que fora utilizado apenas como critério de inclusão, teve ponto de corte padronizado de 21 pontos, usualmente utilizado para analfabetos. Já o segundo serviu como critério de inclusão e instrumento avaliativo durante o protocolo, com ponto de corte abaixo de 5 pontos. Idosos em acompanhamento psiquiátrico e neurológico puderam ingressar. Por questões éticas, não ingressaram na pesquisa idosos com indícios de quadro demencial ou pontuação total na EDG-15.

Instrumentos e Procedimentos

Além dos já mencionados, três outros instrumentos integraram a pesquisa, a saber: Escala Positividade (EP) (Borsa et al., 2012); Escala de Satisfação com a Vida (SWLS-BP) (Gouveia et al., 2009); e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) (Massena, 2014). As testagens ocorreram na primeira sessão, à exceção da EDG-15, na sexta, na última e em um *follow-up* de três meses.

Quadro 1. Instrumentos de mensuração

Instrumento	Avalia	Estrutura
MEEM	Rastreio de demências a partir da orientação, registro, atenção e cálculo e linguagem.	11 itens, com pontuação de zero a 30.
EDG-15	Sintomatologia depressiva.	15 itens com duas possibilidades de resposta, "sim" e "não". Pontuação varia de zero a 15.
EP	Positividade; a visão positiva dos participantes sobre si, a vida, o futuro e a confiança nos outros.	Escala tipo Lickert com oito itens e cinco possibilidades de resposta que vão de 1 (totalmente em desacordo) a 5 (concordo totalmente). Pontuação varia de zero a 40.
SWLS-BP	Satisfação com a vida a partir dos componentes cognitivo-crítico e bem-estar subjetivo (medida única).	Escala tipo Lickert com cinco itens e sete possibilidades de resposta que vão de 1 (descordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Pontuação varia de zero a 35.
GAI	Ansiedade geriátrica (fator geral).	20 itens com duas possibilidades de resposta, "concordo" e "discordo". Pontuação varia de zero a 20.

O protocolo testado, batizado de “Kairós”, contou com um total de 12 sessões semanais para todas as participantes. Apesar do referencial do que será trabalhado em cada sessão ou bloco, o protocolo Kairós apresenta flexibilidade para adaptar-se às especificidades do participante. As sessões foram divididas da seguinte forma: conceituação do caso e introdução a ACT, lado esquerdo do hexágono (aceitação e desfusão cognitiva), meio do hexágono (contato com o momento presente e eu contextual) e lado direito do hexágono (valores e ações de compromisso). A sexta e a última foram sessões de avaliação e *feedback*. A escolha dos blocos se deu propositalmente. O trabalho do lado esquerdo busca o estilo aberto à experiência. Já o do meio, centrado à experiência e ao aqui e agora. Por último, o direito refere o estilo engajado. (Barbosa et al., 2016). O protocolo Kairós contou com o suporte de técnicas advindas de outras abordagens, a saber: Psicologia Positiva, Estratégias em Selecionar, Otimizar e Compensar (SOC), Teoria Social Cognitiva e Terapia de Reminiscência. Tais aportes serão apresentados juntamente ao protocolo.

Quadro 2. Bloco de sessões do protocolo Kairós para depressão geriátrica

Bloco	Sessões	Ações realizadas
1 – Conceituação de caso, avaliação e introdução a ACT	1 e 2	Questionário Sociodemográfico, instrumentos de mensuração, Diário de Disposição Cotidiana e psicoeducação.
2 – Lado Esquerdo do Hexágono	3, 4 e 5	Diário de Disposição Cotidiana, metáforas, desfusão cognitiva, análise das contingências e psicoeducação.
3 – Meio do Hexágono	7 e 8	Diário de Positividade, metáforas, Terapia de Reminiscência, Atenção Plena e psicoeducação.
4 – Lado Direito do Hexágono	9, 10 e 11	Diário de Positividade, metáforas, estratégias em SOC, descoberta dos valores e psicoeducação.
Avaliação e <i>Feedback</i>	6, 12 e <i>Follow-up</i>	Aplicação dos instrumentos e <i>feedback</i> sobre o processo terapêutico.

Bloco 1

No bloco 1, fora realizada a conceituação do caso com a ajuda do preenchimento dos instrumentos (EP, SWLS-BP e GAI). As participantes foram introduzidas à ACT a partir de seus modelos e conceitos, principalmente os modelos de psicopatologia e de enfrentamento. Na segunda sessão, as participantes receberam uma agenda que as acompanhou até o final. O seu uso iniciou-se com o “Diário de Disposição Cotidiana” (Hayes et al., 2011), que foi preenchido até a sexta sessão. Este diário monitora o nível de desconforto, de evitação experiencial e da efetividade desta. Em todas as etapas houve psicoeducação, que consistiu em contemplar o paciente os componentes do processo psicoterapêutico, informações sobre sintomas e demandas específicas.

Bloco 2

Neste bloco, foram trabalhados os dois primeiros componentes da ACT: aceitação e desfusão cognitiva através dos conceitos de “desesperança criativa”, desistir da tentativa de controle sobre experiências internas com a desistência das antigas estratégias que não obtiveram êxito, e “o controle não é a solução”, sendo o controle sobre as experiências internas uma solução de curto prazo, sem capacidade de mudança e geradora de mais desconforto. A desfusão cognitiva se preocupa com o distanciamento do indivíduo do conteúdo de sua crença, trabalhando a partir da linguagem e sua arbitrariedade, da objetivação de estímulos e da capacidade de descrição em detrimento da avaliação, buscando a deslitteração desta. A aceitação é uma atitude voltada à relação com os eventos, principalmente naquelas onde o controle não é viável. As duas vantagens da aceitação são o autoconhecimento e a diminuição de comportamentos de esquiva, ajudando na diferenciação entre pensamentos e sentimentos (Saban, 2015).

Aqui permanece o Diário de Disposição Cotidiana. Para instrumentalizar essa etapa, metáforas fora introduzidas. Hayes et al. (2011) discutem a necessidade da adaptação das metáforas da ACT a fim de aumentar a eficácia da intervenção. Todas possuem foco na linguagem, visando a capacidade de desfusão cognitiva para propiciar o processo de aceitação. A escolha das metáforas, bem como a produção do diário, é pensada para fomentar material para uma análise de caso mais aprofundada. É em cima do material trazido e formulado em sessão que esta se estrutura.

Bloco 3

O terceiro bloco trata dos componentes “contato com o momento presente” e “eu contextual”. Aqui, trabalhou-se em conjunto com a ACT a Terapia de Reminiscência, com a finalidade de

utilizar da história do participante para compreender as transições pelas quais passou e quais estão em trânsito, auxiliando a compreender o processo de adoecimento. O objetivo fora o resgate afetivo a partir das memórias significativas que pudessem envolver traumas, motivar e colher frutos tardios (Bohlmeijer et al., 2005).

Com isso, valorizamos o componente contato com o momento presente, já que todas as intervenções são focadas no aqui e no agora. Uma linha da vida foi construída com cada participante, sendo anexada às suas agendas. Deu-se também a opção da confecção de cartas a pessoas importantes, vivas ou não, sendo a entrega também opcional, para compreender como as relações se dão e o espaço que essas pessoas ocupam na vida das participantes.

A utilização de metáforas permaneceu, assim como da agenda, sendo a participante direcionada a um diário de Positividade. Este consiste em registrar o melhor e o pior acontecimento do respectivo dia, com a opção de comentar o evento. A discussão envolveu o exercício da Positividade, além de reforçar positivamente o contato com o momento presente. A Positividade é o sentimento de bem-estar subjetivo a partir da ampliação das potencialidades e gerenciamento da vida (Fredrickson, 2009).

Durante as sessões do presente bloco, exercícios de Atenção Plena foram utilizados. A Atenção Plena como uma ferramenta possível na ACT, auxiliando o paciente já em processo de desfusão a entrar em contato com a experiência, mesmo quando se tratar de lembranças, contextualizando-as e contextualizando-se (Roemer & Orsillo, 2010). Para as idosas que apresentaram dificuldades em exercícios estruturados, a alternativa foi uma proposta de atenção a algumas atividades realizadas durante o dia, desde sua execução às consequências.

Com inspiração no zen-budismo, é tida como a capacidade de prestar atenção no momento presente, sem realizar julgamentos (Roemer & Orsillo, 2010). Os exercícios utilizados na prática clínica envolvem desde respiração livre a meditações guiadas, passando também por experimentos dentro e fora do consultório. O objetivo final é obter uma “mente observadora”, aceitando os eventos privados sem tentar modificá-los. As duas sessões desse bloco sofreram um maior grau de estruturação, iniciando pela revisão do diário, seguido pelo componente de reminiscência e finalizando com a psicoeducação de alguns exercícios de Atenção Plena.

Bloco 4

No quarto e último bloco do protocolo Kairós, o lado direito do Hexágono de Flexibilidade Psicológica foi abordado. Os valores e as ações de compromisso estão intimamente ligados a favor do desenvolvimento pessoal. O primeiro não trata de objetivos, mas de um estágio anterior: são os valores pessoais que levam as pessoas a correrem atrás de suas metas (Saban, 2015).

Na reta final, foram desenvolvidas estratégias baseadas em SOC. Selecionando e otimizando o repertório de comportamentos com base no que pôde ser reforçado com a ACT para compensar as perdas normativas e não normativas da idade. Em estudo de Alonso-Fernandez et al. (2016), pode-se encontrar resultados promissores da união do SOC com a ACT em idosos institucionalizados.

Para a SOC se tornar um plano operacionalizável é necessário crer na própria capacidade de fazer algo. A crença de autoeficácia, dentro da Teoria Social Cognitiva, tem caráter motivacional e aumenta as chances de realização de determinada tarefa. É preciso acreditar para fazer com qualidade. Quanto maior a minha autoeficácia, maior a chance de tentativa (Bandura, 1997). A tentativa em si não implica em uma maior taxa de sucesso, por isso a SOC seleciona o que é possível, otimiza a capacidade do idoso e compensa suas perdas.

Trabalhou-se também com a descoberta dos valores das participantes, bem como sua distinção de objetivos. A discussão dos valores auxilia no processo motivacional do indivíduo, auxiliando-o a assumir ações compromissadas. Logo, os valores auxiliam na definição das tarefas que passarão pela SOC. As ações de compromisso serão melhor empreendidas por um idoso que acredita ser

capaz de fazê-las, dentro do que é possível fazer, e dentro daquilo que pensa ser correto e significativo para a sua vida.

Análise dos dados

Para a obtenção dos resultados, a primeira análise ficou a cargo do teste dos postos assinalados Wilcoxon para o emparelhamento das amostras de cada variável por testagem, proporcionando assim uma visão geral da influência do processo psicoterapêutico proposto pelo protocolo Kairós para depressão geriátrica. Para ser considerado significativo, o cálculo deverá obter um valor $T \geq 0,05$. Para a comparação entre as variáveis, foi realizado o coeficiente de correlação de Spearman. Apesar de indicado para amostrar maiores, o teste de Spearman tende a ser melhor adaptado a amostras menores. Os cálculos, gráficos e tabelas foram gerados pelo *software* JASP 0.8.5.1. Pela sua não representatividade, a amostra não passou pelo teste de normalidade.

RESULTADOS

Iniciando pelo perfil da amostra, temos uma totalidade feminina. Pesquisas como as de Levorato et al. (2014) revelam que a maior parte da população que procura por serviços de saúde são mulheres, crianças e idosos, o que reflete numa maior taxa de mortalidade masculina, englobando doenças crônicas e alcoolismo, por exemplo. Apesar de os idosos aparecerem nessa relação, a sua maioria é constituída por mulheres. Os pesquisadores concluíram que o imaginário social do homem como invulnerável contribui não só para a baixa procura, mas também para uma maior exposição a riscos.

Nos serviços de Saúde e Assistência Social homens também foram convidados, não havendo adesão. Houve variação nos demais aspectos sociodemográficos, como apresenta o quadro 3.

Todos os cálculos serão realizados com a população geral e com as específicas do quadro 3, separadamente. Os cálculos gerais serão todos apresentados, sendo os específicos apenas os que atingiram significância no resultado.

Iniciando pelo principal instrumento da pesquisa, os resultados das amostras pareadas demonstraram, no geral, índices significantes para a intervenção e a manutenção dos ganhos após o *follow-up*, como aponta o quadro 4. As testagens estão representados por números, de 1 a 4.

O resultado da EDG-15 aponta para uma redução significativa da sintomatologia depressiva, corroborando com a literatura que aponta a ACT como intervenção indicada para a depressão (Karlin et al., 2013; Pots et al., 2016). Vale salientar que a significância em todas as etapas demonstra que os blocos que estruturam o protocolo Kairós podem fornecer uma base sólida junto às intervenções propostas para o tratamento da depressão geriátrica. Na última testagem, houve um aumento não significativo na média

Comparando os dados da EDG-15 com as populações específicas do quadro 3, houve relação significativa nas idosas que praticam atividade física (0,16) e, pouco mais fraca, para uso de antidepressivos (0,5). Ambas as variáveis são apontadas como fator de promoção de qualidade de vida e prevenção de transtornos mentais na terceira idade (Albuquerque, 2018; Silva et al., 2018).

Os níveis de Positividade apresentaram resultados satisfatórios, indicando um ganho na habilidade representada pelo construto. Entre o terceiro e o quarto momento, há uma diminuição não significativa. Os dados revelam que as participantes desenvolveram a capacidade de direcionamento do bem-estar para a realização de atividades e gerenciamento da vida (Fredrickson, 2009). Vale ressaltar que as idosas já possuíam um índice de Positividade acima da média. Quando o cálculo é realizado com as variáveis independentes, o resultado remonta o quadro realizado com a EDG-15: atividade física (0,16) e uso de antidepressivos (0,5).

ACT E DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Quadro 3. Dados sociodemográficos

Sexo	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Feminino	9	100.0	100.0
Total	9	100.0	
Idade	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
60-79	8	88.9	88.9
80-89	1	11.1	100.0
Total	9	100.0	
Raça	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Pardas	3	33.3	33.3
Pretas	2	22.2	55.5
Branca	4	44.5	100.0
Total	9	100.0	
Território	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Urbano	9	100.0	100.0
Total	9	100.0	
Escolaridade	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
1º Grau	5	55.6	55.6
2º Grau	3	33.3	88.9
3º Grau	1	11.1	100.0
Total	9	100.0	
Est. Civil	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Casada	5	55.6	55.6
Solteira/Divorciada	2	22.2	77.8
Viúva	2	22.2	100.0
Total	9	100.0	
Religião	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Católica	8	88.9	88.9
Protestante	1	11.1	100.0
Total	9	100.0	
Ativ. Física	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Sim	7	77.8	77.8
Não	2	22.2	100.0
Total	9	100.0	
Doença Crônica	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Hipertensão	4	44.4	44.4
Não	5	55.6	100.0
Total	9	100.0	
Medicamento	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Antidepressivo	2	22.2	22.2
Ansiolítico	3	33.3	55.5
Não faz uso	4	44.5	100.0
Total	9	100.0	
Renda	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Aposentadoria	5	55.6	55.6
Trabalho informal	1	11.1	66.7
Vida religiosa	1	11.1	77.8
Sem renda	2	22.2	100.0
Total	9	100.0	

Quadro 4. Amostras Pareadas

Amostras Pareadas	T	Média	Desvio Padrão
EDG1 - EDG2	0,09	8,33	2,59
EDG2 - EDG3	0,12	3,11	3,14
EDG1 - EDG3	0,09	1,66	2,82
EDG3 - EDG4	0,211	1,8	2,81
EP1 - EP2	0,35	28	4,47
EP2 - EP3	0,37	33,33	3,2
EP1 - EP3	0,09	36	4
EP3 - EP4	0,361	35,22	3,34
SWLS-BP1 - SWLS-BP2	0,09	21,44	6,52
SWLS-BP2 - SWLS-BP3	0,92	29,89	4,25
SWLS-BP1 - SWLS-BP3	0,09	32,22	3,11
SWLS-BP3 - SWLS-BP4	0,59	32,78	3,56
GAI1 - GAI2	0,14	12,44	5,31
GAI2 - GAI3	0,21	7	5,47
GAI1 - GAI3	0,04	4,66	5,43
GAI3 - GAI4	0,416	3,77	4,43

Nota: EDG: Escala de Depressão Geriátrica; EP: Escala de Positividade; SWLS-BP: Escala Satisfação com a Vida; GAI: Inventário de Ansiedade Geriátrica; T: probabilidade de significância.

Com relação a SWLS-BP, esta escala apresentou maior variação nos resultados. Houveram aumentos não significativos na segunda testagem e no *follow-up*. Uma amostra maior poderia trazer alguma diferença nos resultados obtidos. A atividade física aparece mais uma vez como variável positiva (0,22). O uso de antidepressivos auxiliou novamente no aumento no nível de uma variável (0,5). Um dado que chama a atenção é que as participantes viúvas apresentaram significância (0,5), o mesmo não sendo detectado nas casadas, divorciadas e solteiras.

Uma hipótese que podemos levantar é a de que a ACT tem o potencial para quebrar com a rigidez dos comportamentos regidos por normas, onde os símbolos sociais têm mais peso que a experiência. O processo para o modo de funcionamento da flexibilidade psicológica exige um ataque a esse poder simbólico (Hayes et al., 2011). O discurso da viuvez, antes trazido como algo negativo, passa a ser encarado como contexto de possibilidades. Os valores, que são os mesmos e possivelmente estavam adormecidos, direcionaram essas idosas rumo a novos objetivos de vida. É importante ressaltar que esse instrumento avalia, em fator geral, os componentes cognitivo-crítico e bem-estar subjetivo.

Por último, o GAI apresentou resultados significantes para os níveis de ansiedade. Esse dado levanta a hipótese de que o protocolo Kairós também poderia atuar na sintomatologia ansiosa. Nos cálculos com as variáveis independentes, atividade física (0,16) e uso de antidepressivos (0,5) reaparecem, assim como o nível de ansiedade nas participantes viúvas apresentando significância (0,5). Um dado relevante pôde ser encontrado no cálculo com as idosas casadas (0,06). Altos níveis de ansiedade são caracterizados como um dos principais marcadores da fusão cognitiva, sendo a evitação experiencial seu produto. Para a ACT, é preciso que o paciente seja visto a partir do contexto para compreensão de seu quadro sintomático. Esses são respostas a repertórios comportamentais desadaptativos. Trabalha-se a experiência ao invés da mudança do conteúdo e a remissão imediata dos sintomas (Hayes et al., 2011).

Comparação entre instrumentos

O primeiro cálculo fora realizado entre a EDG-15 e a EP. Esperou-se encontrar uma correlação negativa, havendo uma relação inversa entre as variáveis. O quadro 5 mostra a existência de

correlação entre as variáveis. Em resumo, quanto maior a pontuação na EP, menor será na EDG-15. Vale ressaltar que os escores obtêm maior grau de correlação na segunda testagem e no *follow-up*, o que pode ser interpretado que nesses períodos a Positividade atuou mais nos sintomas depressivos, ou seja, durante a primeira metade da intervenção e após o seu fim. Mesmo sendo trabalhada diretamente na última metade, a Positividade não apresentou relação tão forte quanto ao fim das sessões. É visível que esta é mais atuante após o tratamento, sendo seus efeitos sentidos com o fim deste.

Quadro 5. Correlações de Pearson

Amostras Pareadas	p
EDG1 – EP1	-0,436
EDG2 – EP2	-0,643
EDG3 – EP3	-0,425
EDG4 - EP4	-0,741
EDG1 - SWLS-BP1	-0,604
EDG2 - SWLS-BP2	-0,485
EDG3 - SWLS-BP3	-0,407
EDG4 - SWLS-BP4	-0,618
EDG1 - GAI1	0,387
EDG2 - GAI2	0,547
EDG3 - GAI3	0,384
EDG4 - GAI4	0,463

Nota: EDG: Escala de Depressão Geriátrica; EP: Escala de Positividade; SWLS-BP: Escala Satisfação com a Vida; GAI: Inventário de Ansiedade Geriátrica; p: coeficiente de correlação

Quando realizamos o cálculo com a SWLS-BP, os resultados também são relativamente significativos. Com a mesma hipótese acima comentada, os índices de satisfação com a vida tendem a aumentar na medida em que os de depressão geriátrica regredem. Assim como ocorre com a primeira comparação, os resultados desta atingem seu pico no *follow-up*.

Os sintomas apresentados na EDG-15 poderiam, a partir dos indícios, ser um contraponto ao bem-estar subjetivo e cognição crítica avaliada na SWLS-BP. No primeiro instrumento, os itens verificam pontos como sentimento de inutilidade, desesperança, desamparo, motivação e memória (Paradela et al., 2005). O estudo de Caldeira et al. (2017) associou satisfação com a vida e depressão como fatores correlacionados em idosos, sendo esses cuidadores de outros idosos ou não. Vale salientar que cinco das nove participantes são casadas.

Finalizando a análise dos dados, a EDG-15 fora comparada ao GAI. Esperou-se obter um grau correlação que aproximasse os resultados de forma direta. O grau de correlação não se mostra forte ao longo da pesquisa. Apesar dos resultados inconsistentes, há na literatura uma relação bem estabelecida entre sintomas depressivos e ansiosos (Hellwig et al., 2016; Pinheiro et al., 2014).

DISCUSSÃO

O presente trabalho foi o primeiro passo na construção de um protocolo de psicoterapia para idosos baseado na ACT integrada a outros modelos. Dada a falta de pesquisas no campo, o protocolo Kairós aparece com caráter inovador no tratamento para essa população. Um plano de 12 sessões que condensa teorias bem estabelecidas e resultados que apontam seu potencial de auxiliar na transformação da vida das pessoas.

A partir do tratamento estatístico, constatou-se que os índices de depressão e ansiedade geriátricos não só regrediram, mas mantiveram-se baixos após três meses. As participantes

desenvolveram os seus níveis de bem-estar e Positividade, apresentando senso crítico, bem-estar subjetivo e a capacidade de direcioná-lo para a manutenção dos vínculos, desenvolvimento de atividades e no que mais for importante na vida de cada uma das nove idosas.

Um achado interessante e que corrobora com a literatura foi a relação significativa entre as variáveis sociodemográficas atividade física e uso de medicação e a mudança nos escores. Outro dado que chama a atenção é a significância entre as participantes viúvas e os níveis de ansiedade e satisfação com a vida. É necessário atentar-se a isso em estudos futuros para compreender se trata, de fato, de um dado consistente.

Apesar disso, algumas considerações precisam ser feitas. A primeira delas é com relação à amostra. Mesmo com a consistência dos resultados obtidos no pareamento das testagens, o mesmo não pode ser dito dos cálculos de correlação. Assumimos o risco de realizá-los tendo conhecimento de que são indicados para amostras maiores para fazer possíveis inferências dos resultados para os próximos estudos. Os valores apresentados mostram-se promissores. Entretanto, o resultado mais importante, o desenvolvimento das participantes e remissão de suas sintomatologias, foi alcançado. Com esse dado, acreditamos que um estudo com uma maior população trará a consistência necessária ao protocolo Kairós.

Com isso, não podemos caracterizar o estudo do protocolo como definitivo. Os dados não são generalizáveis, havendo necessidade de novas testagens com populações maiores. Um dado que não mostrou clareza foi proveniente do cálculo de correlação entre a EDG-15 e o GAI, onde levantamos a hipótese de que um número maior de participantes poderia deixar tais resultados mais consistentes. Ainda assim, todos os outros cálculos demonstraram resultados promissores ou bem estruturados. O *follow-up* de três meses refere apenas a uma prospecção de médio prazo. Podemos considerar então que o protocolo Kairós apresentou indícios necessários para ser aprovado neste estudo piloto. Parte-se agora para um planejamento de um estudo maior buscando sua validação, que já se encontra em construção.

Por fim, podemos concluir que a remissão da sintomatologia depressiva foi alcançada, apontando para o direcionamento acertado do protocolo. A união das teorias, algo bem visto pela ACT, foi adequado e os resultados demonstram a consistência na realização desta manobra. O protocolo Kairós apresenta condições de ser novamente avaliado em estudos mais amplos.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, T. (2018). Exercício físico, envelhecimento e qualidade de vida. In J. A. S. Hartmann Júnior, & L. N. F. Barbosa (Eds.). *Idosos: perspectivas do cuidado* (1th ed., pp. 199-208). Autografia/EDUPE.
- Alonso-Fernandez, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L., & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain Medicine*, 17(2), 264-277. <https://doi.org/10.1111/pme.12885>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control* (1th ed.). W.H. Freeman.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot study. *Aging & Mental Health*, 9(4), 302-304. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., Souza, D. S., Koller, S. H., & Caprara, G. V. (2013). Psychometric properties of the Positivity Scale – Brazilian version. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(1), 61-67. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528107>

- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H (2003). Sugestões para o uso do minixame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61 (3B), 777-781. <http://doi.org/1590/S0004-282X2003000500014>
- Caldeira, R. B. C., Neri, A. L., Bastitoni, S. S. T., & Cachioni, M. (2017). Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 503-517. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160177>
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positividade: descubra a força das emoções positivas, supere a negatividade e viva plenamente* (1th ed.). Rocco.
- Gallucci Neto, J., Tamellini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 119-130. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300004>
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fonseca, P. N., Coelho, J. A. P. M. (2009). Life Satisfaction in Brazil: testing the psychometric properties of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Social Indicators Research*, 90, 267-277. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9257-0>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, X(1), 81-104. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.vbo10i1.234>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: the process and practice of mindful change* (2th ed.). The Guildford Press.
- Hellwig, N., Munhoz, T. N., & Tomasi, E. (2016). Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(11). <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). *Projeção da população brasileira*. https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shm
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). *Em 2017, expectativa de vida era de 76 anos*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23200-em-2017-expectativa-de-vida-era-de-76-anos>
- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. B. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health*, 17(5), 555-563. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.789002>
- Levorato, C. D., Mello, L. M., Silva, A. S., & Nunes, A. A. (2014). Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(4), 1263-1274. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>
- Lima, A. M. P., Ramos, J. L. S., Bezerra, I. M. P., Rocha, R. P. B., Batista, H. M. T., & Pinheiro, W. R. (2016). Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecções*, 6(2), 97-103. <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>
- Losada, A., Romero-Moreno, R., López, J., Márquez-González, M., Mausbach, B. T., Fernández Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 760-722. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000028>
- Massena, P. N. (2014). *Estudo de validação do Inventário de Ansiedade Geriátrica* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre). <http://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/286>

- Marchi, A. C. W., Schneider, C. M., & Oliveira, L. A. (2010). Implicações sociais na velhice e a depressão. *Unoesc & Ciência – ACHS*, 1(2), 149-158. https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/572/pdf_72
- McCracken, L. M. & Jones, R. (2012). Treatment for chronic pain for adults in the seventh and eighth decades of life: A preliminary study of acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Medicine*, 13(6), 861–867. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01407.x>
- Medeiros, A. G. A. P., & Hartmann Júnior, J. A. S. (2019). Terapia de Aceitação e Compromisso para depressão geriátrica: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 112-119. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190016>
- Monteleone, T. V. (2015). *Revisão Sistemática sobre Intervenções Psicoterápicas em Idosos* (Dissertação de mestrado, Universidade São Judas Tadeu). Retirado de https://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/2016/346.php
- Nasser, F. J., Almeida, M. M., Silva, L. C., Almeida, R. G. P., Barbirato, G. B., Mendlowicz, M. V., & Mesquita, C. T. (2016). Doenças psiquiátricas e o sistema cardiovascular: interação cérebro e coração. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 29(1), 65-75. <http://doi.org/10.5935/2359-4802.20160003>
- Oliveira, D. A. A. P., Gomes, L., & Oliveira, R. F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 734-736. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500026>
- Organização Mundial da Saúde (2015). Resumo relatório mundial de envelhecimento e saúde. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Richardson, T. M., Friedman, B., Podgorski, C., Knox, K., Fisher, S., He, H., & Conwell, Y. (2012). Depression and its correlates among older adults accessing aging services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 346-354. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182107e50>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2010). *A Prática da Terapia Cognitivo-comportamental Baseada Em Mindfulness e Aceitação* (1th ed.). Artmed.
- Papalia, D. E. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12th ed.) Artmed.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>
- Paula, M. P., Pinto, K. O., & Lúcia, M. C. S. (2008). Relação entre depressão e disfunção cognitiva em pacientes após acidente vascular cerebral: um estudo teórico. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 21-38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100003
- Pinheiro, R. C., Uchida, R. R., Mathias, L. A., Perez, M. V., & Cordeiro, Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(3), 213-219. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000028>
- Pots, W. T. M., Trompetter, H. R., Schreus, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2016). How and for whom does web-based acceptance and commitment therapy work? Mediation and moderation analyses of web based ACT for depressive symptoms. *BMC Psychiatry*, 16(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0841-6>
- Saban, M. T. (2015). *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso* (2th ed.). Artesã.
- Scott, W., Daly, A., Yu, L., & McCracken, M. (2016). Over: Analyses of outcomes and changes in psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Medicine*, 18(2), 252-264. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw073>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Research Methods in Psychology*. (9th ed.). Conner Learn Succeed.

- Silva, E., Nóbrega, I., & Moraes, F. (2018). Assistência farmacêutica ao paciente idoso. In: Hartmann Júnior, J. A. S. & Barbosa, L. N. F. (Eds.). *Idosos: perspectivas do cuidado* (1th ed., pp. 179-198). Autografia/EDUPE.
- Soares, H. L. S., Costa, R. A., & Mesquita, E. T. (2006). Depressão e as doenças cardiovasculares. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, 18(2), 197-204. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232006000200016>
- Terroni, L. M. N., Mattos, P. F., Sobreiro, M. F. M., Guajardo, V. D., & Fráguas, R. (2009). Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 100-108. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000900006>