



**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL**

**LEANDRO KURADOMI**

**A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
EM TRANSTORNOS DE DEPRESSÃO**

**São Paulo**

**2018**

**LEANDRO KURADOMI**

**A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
EM TRANSTORNOS DE DEPRESSÃO**

**Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu**

**Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental**

**Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon**

**Coordenadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins**

**São Paulo**

**2018**

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada a fonte.

A Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental em Transtornos de Depressão.

Leandro Kuradomi, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins – São Paulo, 2018.

39 f. + CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Trigueirinho Alarcon  
Co Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Eliana Melcher Martins

1 Terapia Cognitivo-Comportamental. 2. Depressão. I. Kuradomi, Leandro. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher.

Leandro Kuradomi

A Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental em Transtornos de Depressão.

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em  
Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das  
exigências para obtenção do título de Especialista em  
Terapia Cognitivo-Comportamental.

### **BANCA EXAMINADORA**

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho em especial a Aaron Beck, por ter criado a Terapia Cognitivo-Comportamental e me fazer acreditar novamente na Psicologia.*

*“Se você não sabe qual é sua missão na vida, já tem uma: encontrá-la.”*

*Victor Franklin.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família pelo apoio, ao Centro de Estudos de Terapia Cognitivo-Comportamental, a diretora e professora do CETCC, Eliana Melcher Martins, ao coordenador e professor do curso Elcio Martins, aos professores da especialização e supervisão do CETCC e a orientadora desta monografia Renata T. Alarcon pelos conhecimentos adquiridos e aos colegas e amigos que conheci durante o curso, pela troca de conhecimentos e conversas descontraídas em sala de aula e nos coffee breaks.

## RESUMO

Os últimos dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelaram que 322 milhões de pessoas no mundo estão afetadas pela depressão atualmente. No Brasil, o número de casos de depressão também assustam, pois 5,8% de nossa população vêm sofrendo com a depressão, ou seja, 11,5 milhões de brasileiros vêm sendo afetados pela doença. O futuro é também muito preocupante, pois a OMS também prevê em seus relatórios que a depressão será a principal causa de afastamento dos trabalhadores em 2020. Frente a estes números que não param de crescer os profissionais de saúde necessitam em conhecer não só os impactos que a depressão causa na vida das pessoas, mas também buscar conhecer ferramentas técnicas que venham realmente a contribuir com a redução dos sintomas que ela causa, para que as pessoas melhorem e venham a retomar a sua rotina de vida como antes. Por este motivo essa pesquisa teve como objetivo principal investigar a eficácia da teoria cognitivo-comportamental nos transtornos de depressão através das últimas pesquisas científicas. Para isto, Investigou se assim, brevemente o percurso histórico da depressão, o sistema da terapia cognitivo-comportamental e as suas principais técnicas utilizadas nos transtornos de depressão. Por fim procurou-se averiguar também, a eficácia da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos de depressão. Como metodologia foi realizada uma pesquisa bibliográfica online com base de dados no Google, Google acadêmico, Scielo, Pepsic e BVS com as palavras chaves: terapia cognitivo-comportamental, eficácia da terapia cognitivo-comportamental, eficácia da terapia cognitivo-comportamental e depressão e história da depressão. Os resultados mostraram que, apesar das técnicas variarem de um autor para o outro, de uma forma geral, a terapia cognitivo-comportamental se mostrou eficaz nos transtornos de depressão. Porém é importante ressaltar que os profissionais de saúde, principalmente os psicólogos(as) precisam estar preparados com as competências teóricas, técnicas e interpessoal para que o tratamento da depressão e de outros transtornos sejam tratados de forma eficaz.



**Palavras-chave:** terapia cognitivo-comportamental, eficácia da terapia cognitivo-comportamental, eficácia da terapia cognitivo-comportamental e depressão e história da depressão.

## ABSTRACT

The latest data published by the World Health Organization (WHO) revealed that 322 million people worldwide are currently affected by depression. In Brazil, the number of cases of depression is also scary, as 5.8% of our population has been suffering from depression, or 11.5 million Brazilians have been affected by the disease. The future is also very worrying because the WHO also predicts in its reports that depression will be the main cause of workers' withdrawal by 2020. Faced with these growing numbers of health professionals, they need to know not only the depression causes in people's lives but also seek to know technical tools that actually contribute to reducing the symptoms it causes, so that people improve and resume their life routine as before. For this reason, this research has as main objective to investigate the effectiveness of the Cognitive-Behavioral Theory in the depressive disorders through the last scientific researches. For this, he investigated briefly the historical course of depression, the system of Cognitive-Behavioral Therapy and its main techniques used in the disorders of depression. Finally, the efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in depression disorders was investigated. As a methodology, an online bibliographic search was conducted with a database on Google, Academic, Scielo, Pepsic and bvs with key words: Cognitive-Behavioral Therapy, Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Depression and history of depression. The results showed that although the techniques vary from one author to the other, cognitive-behavioral therapy generally proved to be effective in depression disorders. However, it is important to emphasize that health professionals, especially psychologists need to be prepared with theoretical, technical and interpersonal skills to treat depression and other disorders effectively.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy, Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Depression and history of depression.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVO</b>	<b>15</b>
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>16</b>
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>17</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>34</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO</b>	<b>39</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Os últimos dados da Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup> revelaram que 322 milhões de pessoas no mundo estão afetadas pela depressão. O mais preocupante é que nos últimos anos (2005 – 2015), houve um crescimento de 18,4% da doença em toda população mundial (5%).

No Brasil, também assustam, pois 5,8% de nossa população vêm sofrendo com a depressão, ou seja, 11,5 milhões de brasileiros vêm sendo afetados pela doença. De acordo com OMS, o nosso país é o que possui o maior número de pessoas deprimidas de toda a América Latina<sup>1</sup>.

A OMS também prevê em seus relatórios que a depressão será a principal causa de afastamento dos trabalhadores em 2020<sup>2</sup>. O impacto da depressão nos dias atuais gera um prejuízo de 1 trilhão de dólares em toda economia mundial. No Brasil os casos de afastamento por doença do trabalho cresceram cerca de 25% nos últimos anos (2005 – 2015) segundo o Anuário do Sistema Público de Emprego e Renda do Dieese. Em 2016, cerca de 75 mil trabalhadores foram afastados de seus trabalhos por causa da depressão no país.

Em casos de longa duração, com intensidade moderada ou grave, a depressão pode vir a comprometer várias áreas da vida de uma pessoa, familiar, social, laboral etc. O sofrimento causado pela depressão pode também ser tão intenso a ponto de levar as pessoas a cometerem o suicídio. “Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano – sendo a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos”<sup>3</sup>.

Ainda que nos dias de hoje haja tratamentos eficazes para o tratamento da depressão, apenas metade das pessoas afetadas no mundo recebe tratamento (em muitos países, este índice alcança menos de 10%). Os maiores obstáculos para o

---

1 *Brasil tem o maior número de casos de depressão da América Latina*. A tribuna. 23/01/2018. AT Revista. Disponível em < <http://www.atribuna.com.br/noticias/noticias-detalle/at-revista/brasil-tem-o-maior-numero-de-casos-de-depressao-da-america-latina/?cHash=1a14d366c4460d46da7ca28c7998af81>> Acesso em 15/05/2018.

2 Gabriela Albach. *Depressão será principal causa de afastamento do trabalho no mundo*. A Tarde. 23/02/2017. Saúde. Disponível em < <http://atarde.uol.com.br/saude/noticias/1924792-depressao-sera-principal-caoa-de-afastamento-do-trabalho-no-mundo-diz-oms>> Acesso em 15/05/2018.

3 *OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas*. 19/05/2018. Direitos humanos. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>> acesso em 19/05/2018.

tratamento, incluem a falta de recursos, a falta de profissionais capacitados e o preconceito social associado à depressão. Outra dificuldade que inviabiliza o tratamento eficaz para um maior número de pessoas, é a avaliação imprecisa do diagnóstico da doença. Independentemente da nacionalidade ou do nível de renda, muitas pessoas no mundo com depressão, estão sendo diagnosticadas frequentemente de maneira inadequada<sup>4</sup>.

Por este motivo é de suma importância que os profissionais de saúde se capacitem não só para diagnosticar a Depressão com mais precisão, mas também para se atualizar sobre os métodos de tratamento mais eficazes da atualidade para amenizar os seus sintomas. Só assim, poder-se-á diminuir o sofrimento causado pela depressão às pessoas, bem como o risco de suicídio que estas poderiam ter com o agravamento da doença, seja por falta de adesão ao tratamento, seja por falta de intervenções eficazes realizadas por profissionais qualificados.

Nos dias de hoje o tratamento farmacológico é um dos principais recursos para o tratamento da depressão. Mas hoje existem no campo da psicologia, psicoterapias eficazes que, junto com a medicação, podem trazer resultados ainda mais satisfatórios ao longo do processo de tratamento.

Uma extensa literatura pode ser encontrada a esse respeito demonstrando a eficácia da psicoterapia, seja individualmente, seja em combinação com antidepressivos, em diferentes faixas etárias e ambientes de aplicação (CARNEIRO, DOBSON, 2016, p.43) ... a psicoterapia é uma modalidade de intervenção em psicologia comprovadamente eficaz e efetiva em diversas situações humanas, sobretudo no que se refere ao sofrimento psíquico... ela é um processo científico de compreensão, análise e intervenção em crises, conflitos ou transtornos psíquicos, por meio de métodos e técnicas psicológicas, com a finalidade de promover a saúde integral (ALVES, 2016, p. 53, 54).

Uma modalidade psicoterápica que tem recebido bastante atenção nas últimas décadas é a terapia cognitivo-comportamental. Isto porque ela vem sendo reconhecida como uma das principais teorias e métodos para os transtornos psiquiátricos, demonstrando sua eficácia através de uma série de pesquisas (ALVES, 2016, p.54).

---

<sup>4</sup> OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas. 19/05/2018. Direitos humanos. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>> acesso em 19/05/2018.

Por este motivo é importante conhecer a terapia cognitivo-comportamental de uma forma geral assim como as suas principais técnicas no tratamento da depressão, pois o nosso atual contexto demanda ter alguma atitude frente as projeções em que o número de casos de depressão vem aumentando em todo o mundo.

Outro ponto que esta pesquisa buscou investigar foi a história da depressão, pois averiguando as perspectivas que ela teve ao longo do tempo, entenderíamos não só como ela chegou ao nosso atual contexto, mas também os processos históricos de tratamento que ela teve até os dias atuais. Mais do que entender a depressão como um objeto de estudo por suas questões biológicas nos dias de hoje, é de suma importância averiguar quais tipos de tratamentos foram realizados ao longo de sua história. Pois desta forma, ao propor alternativas para o tratamento da depressão já poderíamos descartar aquelas que não foram eficazes no passado seja por preconceitos de seus respectivos contextos históricos, seja pelo pouco conhecimento científico da doença que se tinha até então.

## **2 OBJETIVO**

Esse trabalho tem como objetivo investigar sobre a eficácia da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos de depressão através das últimas pesquisas científicas.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Investigar brevemente o percurso histórico da depressão para uma melhor compreensão de como ela veio ganhar tantos holofotes da mídia bem como do seu impacto em nossa atual sociedade contemporânea.

Pesquisar e relatar de uma forma global, o sistema da terapia cognitivo-comportamental e as suas principais técnicas utilizadas no transtorno de depressão.

Averiguar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos de depressão diante o material de dados coletado.

### **3 METODOLOGIA**

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica online com base de dados no Google, Google acadêmico, Scielo, Pepsic e bvs.

As palavras chaves buscadas neste banco de dados foram: terapia cognitivo-comportamental, eficácia da terapia cognitivo-comportamental, eficácia da terapia cognitivo-comportamental e depressão e história da depressão.

Os critérios para as escolhas dos artigos levaram em consideração a relação da aplicação da terapia cognitivo-comportamental em casos de depressão para averiguar a eficácia de sua base teórica e de suas técnicas diante dos sintomas apresentados por este transtorno. Escolheu-se também artigos científicos que apresentassem o percurso histórico da depressão para que se pudesse compreender melhor o surgimento da depressão dos dias atuais.

Artigos com estudos de caso envolvendo a terapia cognitivo-comportamental e depressão, bem como grupo de pessoas ou público-alvo específico, foram desconsiderados na coleta de dados desta pesquisa.



## 4 RESULTADOS

### 4.1 Depressão

Com o objetivo de estudar mais a fundo a depressão é preciso conhecer a sua trajetória ao longo da história pois descobriremos várias perspectivas diferentes nestes períodos marcados por seus respectivos contextos históricos culturais. Convém atentar não apenas para o modo como a sociedade e os profissionais de saúde interpretavam a depressão no passado, mas também como eles lidavam com as pessoas que estavam sofrendo com esta doença. A depressão, porém em seus primórdios, começou a ser nomeada por melancolia.

### 4.2 Breve histórico da depressão (melancolia)

O sofrimento causado pela melancolia acompanha a humanidade há mais de 2 mil anos em sua história. Durante este período, a melancolia foi objeto de estudo por vários intelectuais em seus respectivos contextos: filósofos, religiosos, poetas, médicos, etc.

Na antiguidade (500 a.C. - 100 d.C.) referente à questão da saúde, os gregos já partilhavam a ideia de que as doenças da mente estavam associadas à questões de disfunções corporais (GONÇALES, 2007, p. 299).

Etimologicamente, a melancolia tem sua raiz de dois termos gregos, *Melan* (Negro) e *Cholis* (Bilis), cuja junção, *melancholia*, vem a significar bile negra. Na Antiguidade grega, Aristóteles (filósofo) e Hipócrates (médico), grandes referências deste contexto, concebiam a melancolia como consequência de uma quantidade excessiva de bile negra no corpo que vinha a intoxicar o cérebro (SANTA CLARA, 2009, p.3). E por este motivo, segundo Hipócrates, a melancolia provocava sintomas como falta de apetite, falta de ânimo, insônia, irritabilidade, inquietação e desejo de morte às pessoas que eram afetadas pela mesma.

Hipócrates (século V a.C.), considerado por muitos como o “pai da medicina” já conhecia a depressão (chamada ainda de melancolia) em sua época e sugeria o seu tratamento com mudanças na alimentação, ginástica, hidroterapia e medicamentos

orais. Acreditava também na importância do diálogo e da necessidade da companhia à pessoa que apresentasse sintomas da melancolia (GONÇALES, 2007, p. 299).

Antes de Hipócrates as doenças físicas ou mentais eram concebidas como uma punição ou vingança dos deuses da época. “Aquele que se encontrava doente, enlouquecido, abatido, sem vida, pagava por um erro que ele mesmo havia cometido ou seus antepassados” (SANTA CLARA, 2009). A melancolia assim era explicada pela mitologia que fazia parte da cultura daquele contexto.

Com as ideias de Hipócrates retirou-se da melancolia, o seu estatuto sagrado, passando a ser explicada sobre uma base física (corporal) e biológica, ainda que de forma especulativa. A partir deste momento, o cérebro passou a ter uma estreita relação com o corpo, passando a ser o órgão que além de centralizar as funções mentais, ser também o portador de várias patologias (SANTA CLARA, 2009).

Com o surgimento da Idade Média (século V ~ século XIV) e da ascensão do Cristianismo alterou-se radicalmente a perspectiva sobre a melancolia, pois os aspectos sobrenaturais, supersticiosos e místicos deste período corroboraram a mudança de paradigma da mesma na Antiguidade (GONÇALES, 2007, p. 299).

... Aos olhos de uma nova moral, o melancólico passa a ser visto como um ser que está afastado de Deus ou adoecido da alma – a doença é justificada num fundamentalismo religioso, místico e supersticioso que a converge em obra demoníaca (SANTA CLARA, 2009, p.4).

Neste sentido, a melancolia passou a ser concebida como uma ausência de fé e distanciamento das graças divinas, vindo a ter uma imagem pecaminosa, de um infortúnio provindo de forças malignas. Na Idade Média, não somente a melancolia, mas qualquer doença associada à perda da razão, começou a ser vista como a consequência de algum pecado, pois a presença de alguma doença era interpretada como uma punição ou ausência de Deus (Ibidem).

... A melancolia era considerada um afastamento de tudo o que era sagrado... Na época da Inquisição, no século XIII, a melancolia foi considerada um pecado e algumas pessoas eram multadas ou aprisionadas por carregarem esse mal da alma, que não tinha cura (GONÇALES, 2007, p.299).

As concepções religiosas da Idade Média acerca da melancolia geraram conflitos inevitáveis até mesmo no campo da Medicina ante a perspectiva médica racional constituída por Hipócrates e outros médicos da Grécia antiga. Isto se justifica pelo fato dos tratamentos psicofarmacológicos de outrora serem usados

cada vez menos neste novo contexto histórico que se instaurava (SANTA CLARA, 2009, p. 4).

Ainda que no período da Idade Média não houvesse tratamentos precisos para os casos de melancolia, sugeria-se, isolar as pessoas melancólicas de todas as outras, mantendo-as ocupadas com trabalhos manuais (GONÇALES, 2007, p. 299).

Na Idade Moderna (século XV – século XIX) houve grandes movimentos culturais na Europa, que mais uma vez, alterou-se a visão sobre a melancolia. Com o Renascimento o pensamento da época passa a ser estruturado a partir de uma releitura do racionalismo científico da Antiguidade representada pelos grandes filósofos desta época: Sócrates, Platão e Aristóteles (Ibidem, p. 300). Neste momento histórico retomasse assim, os valores gregos da antiguidade, de modo a recolocar o homem como centro do universo, uma vez que passa a se questionar o pensamento religioso da Idade Média (SANTA CLARA, 2009, p. 4). A própria concepção da melancolia deste contexto, não poderia deixar de ser também colocada em cheque pelo novo pensamento da época que entrava em vigor.

... a crença na doença da alma posta pela Igreja à melancolia é colocada em cheque... A Renascença buscou retirar da luta entre Deus e o diabo, ou seja, do lugar de pecado que ocupava anteriormente na Idade Média, colocando – a na superfície das explicações filosóficas e “psicológicas” do sofrimento humano e no lugar privilegiado da produção (Ibidem, p. 4 e 5).

No século XVIII o racionalismo ganha força na Europa em vista da valorização do conhecimento científico experimental e técnico pois acreditava-se que este, seria fundamental para o crescimento da humanidade (Ibidem, p.5). “É igualmente marcante a permanente fé no poder da razão humana. Chegou-se a declarar que, mediante o uso judicioso da razão, seria possível um progresso sem limites” (GONÇALES, 2007, p.300).

Por este motivo, a melancolia ainda não deixou de ter uma conotação negativa trazida da Idade Média, uma vez que as doenças mentais contradiziam um período marcado pela valorização do racionalismo. “A ciência avança, mas a posição social dos deprimidos retrocede. Numa Idade da Razão, os sem razão estavam em desvantagem” (Ibidem, p. 301). Uma apreciação maior pela vida pessoal e a busca pela felicidade surgem também como novos valores sociais deste período. Por isto, o adoecimento melancólico torna-se algo que precisa ser expurgado, uma vez que

seu obscuro semblante passa a contradizer o ideal proclamado pelo novo sonho social (SANTA CLARA, 2009, p.5).

No século XVIII a melancolia ainda não tinha métodos de tratamentos eficazes. Pelo contrário. Devido ao estigma social os doentes mentais em geral eram tratados de forma abusiva. Os melancólicos por serem concebidos como os mais “dóceis” eram tratados de uma forma menos abusiva em relação aos outros grupos. Mas mesmo assim, as pessoas que apresentavam sintomas de melancolia mais graves, eram submetidas a tratamentos aterrorizantes, como aplicação de dor física como distração da dor psicológica, de afogamentos e de dispositivos para fazerem os melancólicos vomitar e desmaiar (SOLOMON apud GONÇALES, 2007, p. 301).

O trabalho ainda foi considerado como a melhor forma de tratamento para a melancolia no século XVIII pois consideravam que as pessoas ao focar sua atenção em atividades laborais, deixariam de sentir desânimo, desespero e por esta razão, deixariam de cometer atos de suicídio (Ibidem).

Ainda que já existisse hospitais para abrigar os doentes mentais desde a Idade Média, surge a preocupação com a saúde mental e com a assistência prestada a estes indivíduos nas casas de internamento e nos asilos. Esquirol, psiquiatra referência da época e discípulo de Pinel<sup>5</sup>, proclamava que a psiquiatria deveria ser entendida como uma medicina mental e por isto, ela deveria buscar seu entendimento na anatomia cerebral e não nos metafísicos (filósofos) ou nos moralistas (a Igreja) de sua época (GONÇALES, 2007, p. 301).

O século XIX trouxe consigo significativas descobertas em várias do campo científico: na biologia, na física, na química, na anatomia, na bioquímica, etc. Este avanço possibilitou relacionar as doenças mentais com as patologias orgânicas do cérebro. Para se diferenciar das teorias de Hipócrates e Aristóteles, a melancolia passou a ser chamada de depressão, pois novas concepções desta doença começam a surgir neste contexto (SANTA CLARA, 2009, p.6).

Neste período, surgiu uma grande preocupação por parte dos grandes teóricos e estudiosos da área em classificar as doenças, inclusive as doenças mentais.

---

5 Philippe Pinel (1745 – 1826) foi um dos grandes precursores da psiquiatria moderna sendo um dos primeiros a libertar os pacientes psiquiátricos dos manicômios e das correntes, pois acreditava que momentos de liberdade era por si só terapêutico. Em seu tratamento, Pinel substituiu os tratamentos antigos, como sangrias, vômitos induzidos, purgações, etc. por terapias ocupacionais e por tratamentos que passaram a ver os doentes mentais com mais respeito e dignidade.

Na Psiquiatria, o movimento de descrições e classificações das doenças e a divisão em categorias e subcategorias ganham espaço, tornando se parte principal do discurso médico da época... No campo diagnóstico, o que tornou possível enquadrar a depressão em uma categoria de doença ou perturbação mental foi a criação dos instrumentos classificatórios e nosográficos – Classificação Internacional das Doenças (CID) e Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM) (SANTA CLARA, 2009, p. 6).

Emil Kraepelin<sup>6</sup> com sua obra *Compêndio de Psiquiatria*, publicado em 1883, contribuiu significativamente com o aperfeiçoamento da psiquiatria nesta classificação das doenças mentais. Em sua obra, Kraepelin considerava que toda doença mental tinha a sua causa sobre uma base bioquímica interna do indivíduo e que a hereditariedade tinha 80% de parcela no desenvolvimento destas doenças (GONÇALES, 2007, p 304).

Adolfo Meyer, outro destaque do campo psiquiátrico da época, já via as doenças mentais de uma forma mais ampla, considerando que o homem era um ser psicobiológico e que as suas experiências e as suas ações sociais, além da questão biológica, interferiam também em seu desenvolvimento mental bem como no surgimento das doenças mentais (GONÇALES, 2007, p 304)).

No século XX a psiquiatria se consolida com as descobertas e os avanços no campo da psicopatologia, anatomia patológica, neurologia e genética, possibilitando que ela adquirisse fundamentação científica com os conhecimentos obtidos na prática clínica e de sua observação empírica. Há de se destacar também que a chegada dos psicofármacos e a criação da organização Mundial da Saúde em 1948 ajudaram também neste fortalecimento da psiquiatria, pois foi a partir destes dois eventos é que se tentou construir uma classificação internacional das doenças (Ibidem).

Com o avanço no campo classificatório, descritivo, nosográfico das doenças mentais e as descobertas das características biológicas, bem como com o surgimento dos psicofármacos estabilizadores do humor, antipsicóticos e ansiolíticos, novas perspectivas quanto ao adoecer psíquico e às formas de lidar com ele são construídas (SANTA CLARA, 2009, p.8).

Novamente vemos que ao mudar o contexto histórico, muda também a perspectiva não só sobre o homem, mas também de suas doenças mentais, inclusive a melancolia, que passou a ser chamada de depressão pela psiquiatria,

---

6 Emil Kraepelin (1856 – 1926) foi uma das grandes referências no campo da Psiquiatria de seu tempo. Foi considerado como o criador da psiquiatria moderna e da genética psiquiátrica.

não apenas por sua concepção científica, mas também pelas novas formas de tratamento que obteve a partir de então.

O surgimento do termo depressão e a sua utilização prática nos contextos médicos e psiquiátricos e psicológicos, bem como a criação das substâncias químicas capazes de controlar o deprimir, anunciam o fim do reinado da melancolia... A depressão entra em cena com a possibilidade de sua cura pelo viés medicamentoso. Inúmeras classificações e subdivisões são realizadas com o objetivo de melhor definir o campo de ação dos psicofármacos. As pesquisas são direcionadas para a tentativa de se precisar os componentes químicos cerebrais que seriam responsáveis pelo adoecimento depressivo (Ibidem).

### **4.3 Terapia cognitivo-comportamental**

No início da década de 1960, Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia denominada por ele como “teoria cognitiva” com a finalidade de buscar explicações aos casos de depressão. Em seus estudos Beck chegou a conclusão de que a depressão estava associada a visões negativas da própria pessoa, dos outros e do futuro (tríade cognitiva). Neste sentido, as pessoas com depressão apresentavam, para Beck, distorções cognitivas, isto é, erros no processamento de informações ao perceber uma determinada situação, interpretando assim a realidade de uma forma distorcida (MOREIRA, 2017, p. 47). Beck observou que por detrás do humor e dos comportamentos negativos de seus pacientes havia pensamentos e crenças distorcidas, já que estes acreditavam e agiam de um modo muito pior do que a realidade deles se mostravam de fato (POWELL, 2008, p. 74). Mas para elaborar a sua metodologia psicoterápica Beck foi além, pois...

... para o tratamento da depressão Beck concebeu uma psicoterapia estruturada, de curta duração, votada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis)... O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura (BECK, 2013, p. 22).

Desde o momento em que a terapia cognitivo-comportamental foi elaborada, Beck e outros autores conseguiram ampliar o leque desta terapia a uma ampla abrangência de transtornos psicológicos em surpreendentes populações diversas, com diferentes níveis de educação, renda, idade e cultura (BECK, 2013, p. 22 e 23).

Essas adaptações alteraram o foco, as técnicas e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (ibidem, p.22).

A partir da criação da Terapia Cognitivo-comportamental de Beck surgiram outras abordagens que passaram a considerar que...“os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados e, logo, a melhora pode ser produzida pela modificação do pensamento e de crenças disfuncionais” (KNAPP, 2008, p.56). Ainda que estas tenham entre si consideráveis diferenças em princípios e procedimentos por terem vindo de diferentes fundamentos teóricos, todas compartilham três proposições fundamentais:

A primeira é o papel mediacional da cognição, que afirma que há sempre um processamento cognitivo e avaliação de eventos internos e externos que podem afetar a respostas a esses eventos; a segunda defende que a atividade cognitiva pode ser monitorada, avaliada e medida; e a terceira, que a mudança de comportamento pode ser mediada por essas avaliações cognitivas e, dessa forma, pode ser uma evidência indireta de mudança cognitiva (KNAPP, 2008, p.56).

Há outras características em comum compartilhadas entre as Terapias Cognitivo Comportamentais, como limite de tempo de tratamento recomendado entre 12 e 16 sessões pelos manuais de tratamento em transtornos de depressão e ansiedade sem gravidade. Transtornos mais graves ou de personalidade indicam que levam mais tempo, de 1 à 2 anos de tratamento. Outro ponto em comum é que quase todas as terapias cognitivo-comportamentais são indicadas para resolução de problemas ou tratar transtornos específicos, justificando assim o limite de tempo dos tratamentos em geral (Ibidem).

Como resultado de uma abordagem focada no problema, a TCC é considerada breve por sua natureza. A psicoterapia breve pode ser definida como uma intervenção terapêutica com tempo e objetivos limitados, visando a diminuição de custos relacionados à intervenção...Os objetivos são estabelecidos a partir de uma compreensão diagnóstica do paciente e da delimitação de um foco, considerando-se que esses objetivos sejam passíveis de serem atingidos em um espaço de tempo limitado (que pode ser ou não preestabelecido), por meio de determinadas estratégias clínicas. As psicoterapias breves estão, em termos técnicos, alicerçadas em um tripé: foco, estratégias e objetivos...(MORENO, 2014, p.71).

Outra questão compartilhada entre elas se refere ao fato de serem explícita ou implicitamente educativas por natureza já que o modelo terapêutico pode ser

ensinado e a lógica interventiva deve ser comunicada ao paciente. Deste modo o paciente se torna uma agente ativo em seu tratamento, pois, aprendem habilidades terapêuticas que eles mesmos podem aplicar a uma grande variedade de problemas em suas vidas ou aos transtornos psicológicos que estão enfrentando, tornando se assim os seus próprios terapeutas com o passar do tempo (KNAPP, 2008, p.56).

A parceria entre terapeuta e paciente é desenvolvida e mantida ao compartilharem informações e técnicas de acordo com o modelo da TCC, sendo a psicoeducação um aspecto relevante. Essa atitude colaborativa também é encorajada através de habilidades centrais por parte do terapeuta, que envolvem empatia, escuta reflexiva e o uso do questionamento socrático. Através delas, a importância das contribuições do paciente nas sessões terapêuticas é enfatizada e estimulada (Matos, 2013, p.513).

É importantes considerar que as terapias cognitivo-comportamentais enfatizam:

as estratégias cognitivas e os experimentos comportamentais, que proporcionam aos pacientes formas objetivas de avaliar a validade de suas cognições, de promover a auto descoberta e facilitar a reestruturação cognitiva, ajudando-o a tornar se seu próprio terapeuta... O paciente tem papel ativo nas sessões com o objetivo de checar a realidade e as limitações das suas cognições... (Ibidem).

Tendo como pressuposto teórico a abordagem de processamento de informações, o princípio fundamental das terapias cognitivo-comportamentais se baseia na relação de que o modo como os indivíduos percebem e processam a realidade influencia o modo como ele se sente e se comporta. Neste sentido, o objetivo terapêutico da terapia cognitiva, desde os seus primórdios, foi o de reestruturar e corrigir esses pensamentos distorcidos e de modo colaborativo com o paciente, criar soluções pragmáticas para produzir mudanças bem como melhorar seus transtornos emocionais (KNAPP, 2008, p. 57).

A terapia cognitiva considera que há pensamentos que ocorrem espontânea e rapidamente, pois o indivíduo faz uma interpretação imediata de todas as situações que ele experiência. Tais pensamentos são chamados de pensamentos automáticos. O problema é que muitas pessoas não se conscientizam da presença destes pensamentos automáticos a menos que estejam preparadas para identificá-los e monitorá-los (KNAPP, 2008, p.57).

Os pensamentos automáticos por sua vez têm em suas origens outros pensamentos distorcidos mais profundos, chamados de crenças nucleares ou esquemas. Os esquemas vão sendo adquiridos ao longo do desenvolvimento do



indivíduo, agindo como “filtros” pelos quais as informações e experiências são processadas. As crenças são moldadas por experiências pessoais, pela identificação de pessoas significativas do indivíduo e da percepção das atitudes das pessoas que o mesmo tem contato (Ibidem). Em outras palavras os esquemas podem ser definidos como informações básicas duradouras...

de pensamento que começam a se formar no início da infância e que são influenciadas por uma infinidade de experiências de vida, incluindo os ensinamentos e o modelo dos pais, as atividades formais e informais, as experiências de seus pares, os traumas e os sucessos...os seres humanos precisam desenvolver esquemas para lidar com as grandes quantidades de informações com as quais se deparam a cada dia e para tomar decisões oportunas e apropriadas (WRIGHT, 2008, p.21).

Uma vez que determinada crença se forma ela pode influenciar a criação de novas crenças relacionadas, podendo ser incorporadas na estrutura cognitiva do indivíduo à medida que se mantém na mesma. As crenças nucleares modelam o estilo de pensamento deste e se estiverem com erros cognitivos pode levar o mesmo ao adoecimento psicológico. “Os esquemas dos indivíduos bem ajustados permitem avaliações realistas, ao passo que os indivíduos mal ajustados levam à distorção da realidade, que, por sua vez, geram um transtorno psicológico” (Ibidem).

Entre os pensamentos automáticos e as crenças nucleares há ainda as crenças intermediárias ou condicionais que são caracterizadas por pressupostos ou regras. A ativação destas crenças em determinadas situações interfere na capacidade de avaliação objetiva destes eventos, prejudicando assim o raciocínio do indivíduo em interpretar os mesmos (WRIGHT, 2008, p.57 – 58).

Com o objetivo de evitar o contato com as crenças nucleares ou intermediárias os indivíduos geralmente recorrem a estratégias cognitivas e comportamentais (chamadas de compensatórias), para aliviar o sofrimento emocional momentaneamente. Mas essas a longo prazo podem reforçar ou piorar ainda mais as crenças e conseqüentemente os sintomas de um determinado transtorno psicológico em questão (KNAPP, 2008, p.57-58).

#### **4.3.1 Técnicas de tratamento da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de Depressão**

A primeira vista, a terapia cognitivo-comportamental pode ser percebida como uma abordagem que aplica técnicas mecanicamente, mas para garantir sua eficácia

nos mais variados problemas e transtornos é de suma importância uma grande variedade de habilidades terapêuticas por parte do(a) psicólogo(a) para alcançar os resultados esperados (Ibidem, p.59).

...além da postura ética, são necessários três tipos de competências para um psicoterapeuta cognitivo-comportamental atuar de maneira eficaz na prática clínica: competência teórica, competência técnica e competência interpessoal. A competência teórica diz respeito aos conhecimentos que o terapeuta deve ter, saber o quê e o porquê; a competência técnica refere-se à ação, saber aplicar o conhecimento técnico; a competência interpessoal, por sua vez, relaciona-se a atitudes favoráveis à relação terapêutica, tais como empatia, colaboração, compreensão e aceitação incondicional. Essas três classes de competência se influenciam mutuamente e são interdependentes para o alcance de resultados terapêuticos. Separadamente elas não garantem a qualidade da intervenção clínica (ALVES, 2016, p.62).

Beck também ressalta a importância do vínculo terapêutico durante o processo afirmando que desde o início, é essencial estabelecer uma boa relação de trabalho com o paciente, procedimento este chamado de *empirismo colaborativo*. Esta colaboração entre paciente e terapeuta vai facilitar o processo de identificação e avaliação das crenças do paciente averiguando se estas estão corretas ou não a fim de modificá-las de acordo com a realidade. Em seguida o terapeuta se utiliza do questionamento socrático para guiar o paciente a ter um *insight* sobre o seu pensamento distorcido. Esta caminhada técnica utilizada pelo terapeuta é chamada de *descoberta guiada* (KNAPP, 2008, p.59).

Ao longo do tratamento utiliza-se não apenas uma abordagem colaborativa, mas também psicoeducativa com o intuito de ensinar os pacientes a: 1) identificar e monitorar os pensamentos automáticos; 2) reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento; 3) testar diante da realidade, a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares; 4) corrigir pensamentos distorcidos por cognições realistas e 5) identificar e alterar crenças e pressupostos que vêm a causar padrões disfuncionais de pensamento (KNAPP, 2008, p.59).

O modelo cognitivo de Beck para a depressão leva em consideração dois conceitos básicos da terapia cognitivo-comportamental para entender a depressão: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva é composta pela visão negativa de si mesmo, vista como inadequada ou inapta (exemplo: “sou muito triste para gostarem de mim”), pela visão negativa do mundo, inclusive atividades, trabalho e relações (exemplo: “as pessoas não apreciam meu trabalho”) e pela visão negativa do futuro (exemplo: “nunca serei feliz”). Quando estes tipos de

pensamentos se associam a ideação suicida, os pacientes deprimidos podem ver a morte como um alívio para as suas dores e seus sofrimentos psicológicos ou ainda como uma saída de uma situação difícil de ser suportada (POWELL, 2008, p.74-75).

As distorções cognitivas entendidas como erros sistemáticos de percepção e do processamento de informações do indivíduo, ocupam lugar não apenas na depressão, mas em outros transtornos psicológicos também. Nos pacientes deprimidos as distorções cognitivas mais comuns observadas por Beck e outros autores foram à inferência arbitrária (conclusão antecipada com poucas evidências), abstração seletiva (tendência da pessoa a escolher evidências negativas de seu desempenho), supergeneralização (tendência a acreditar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e personalização (atribuição de culpa desproporcional por eventos negativos). As distorções cognitivas se desenvolvem a partir de regras e pressupostos que foram adquiridos ao longo da vida do indivíduo depressivo e por se tornarem estáveis durante muito tempo, é comum que os comportamentos deste seja reflexo destas distorções em questão (POWELL, 2008, p.75).

Beck et al. observaram que o paciente deprimido elabora sua experiência de maneira negativa e antecipa resultados desfavoráveis para os seus problemas. Esta forma de interpretar os eventos e as expectativas funcionam como um propulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, ratificam, após nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança (Ibidem).

### **Técnicas cognitivas e comportamentais**

As técnicas cognitivas e comportamentais da terapia cognitivo-comportamental realizadas nas intervenções são explicadas separadamente apenas por propósitos didáticos, pois muitas técnicas afetam tanto os processos de pensamento quanto aos padrões de comportamento do paciente. Isto porque segundo o pressuposto da terapia cognitivo-comportamental a mudança cognitiva promove mudança de comportamento e vice-versa (KNAPP, 2008, p.59).

As técnicas comportamentais são sugeridas no início do tratamento em casos de depressão grave nos quais haja necessidade de promover ativação comportamental do paciente (Ibidem).

Quando pacientes com depressão crônica ou grave têm seu nível de atividade reduzido e estão relutantes em se comprometer com qualquer meta porque têm baixas expectativas sobre quaisquer realizações, deve-se realizar procedimentos de ativação comportamental. Por exemplo, terapeuta e paciente podem especificar experimentos colaborativamente para ver se as expectativas negativas do paciente são válidas ou se originam de inferências erradas sobre si próprio, outras pessoas e o futuro... Pacientes deprimidos muitas vezes apresentam expectativas disfuncionais sobre suas capacidades, e ficam surpresos com um resultado muito melhor do que esperavam. Conforme o paciente às testa, o resultado traz uma nova perspectiva (KNAPP, 2008, p.61).

Uma vez que determinados pacientes gravemente deprimidos precisam progredir em pequenos passos, uma série de prescrições comportamentais de tarefas são gradualmente sugeridas a fim de promover experiências bem-sucedidas tomando o cuidado para não sobrecarregá-los com tarefas maiores do que as suas capacidades de enfrentamento que eles têm no momento (KNAPP, 2008, p.62).

Há uma série de estratégias comportamentais que podem ser planejadas especificamente ao paciente deprimido em questão de modo que a medida que ele se envolve nestas, espera se obter alívio dos sintomas de sua doença e também dados relevantes para a orientação do processo terapêutico (POWELL, 2008, p.75).

Como o alívio dos sintomas é o objetivo inicial do tratamento, o comportamento é importante nesta abordagem. Uma das bases teóricas dos procedimentos do tratamento para a depressão na TC vem da teoria de Lewinsohn, que diz que a aprendizagem social e o reforço positivo são fatores que contribuem para o início e a manutenção dos estados depressivos. Sua teoria afirma que os pacientes sentem depressão porque estão experimentando redução no esforço geral do mundo externo – decorrente da redução do reforço positivo e/ou excesso de experiências aversivas... Assim, o terapeuta precisa trabalhar no modo incisivo para aumentar o envolvimento do paciente deprimido em atividades de reforço e interações sociais (Ibidem).

A primeira estratégia comportamental recomendada é o registro e o monitoramento de atividades, pois se trata de uma ferramenta poderosa usada nos pacientes com depressão. Estes são instruídos a registrar suas atividades a cada hora durante alguns dias na medida do possível. Este agendamento de atividades deve ser usado de forma flexível tanto pelo terapeuta como pelo paciente para monitorar as atividades (corrigindo as distorções sobre o modo como o paciente pensa que está passando o seu tempo e também para avaliar as atividades associadas ao domínio e ao prazer), para registrar atividades prazerosas e atividades produtivas (especificamente para pacientes deprimidos que se vem aptos para estas) e também para identificar atividades ligadas a afetos positivos ou

negativos. A ferramenta de registro e monitoramento de atividades fornece ao terapeuta e ao paciente dados importantes sobre como o paciente está funcionando. Esta estratégia empodera ao paciente o controle sobre o seu tempo, reconhece os seus esforços na realização das atividades e também pode representar um apoio poderoso a ser usado com os pacientes que usam medicação ,pois podem registrar os efeitos colaterais, as atividades e as mudanças nos sintomas. Esta intervenção que pode parecer simples pode mostrar a relação entre os sintomas depressivos e a falta de comportamentos positivos, abrindo assim a possibilidade para a estratégia de resolução de problemas (POWELL, 2008, p.75).

Por outro lado quando não se vê a necessidade a princípio da ativação comportamental por parte do paciente, o tratamento pode ser orientado a procedimentos relacionados a questões cognitivas do mesmo. Nesta via o tratamento é iniciado com vista a aumentar a consciência dos pensamentos automáticos do indivíduo e só mais tarde, trabalhar as crenças intermediárias e nucleares. Os pensamentos automáticos podem ser mais bem identificados quando há uma excitação emocional em uma determinada situação ou na própria sessão quando uma certa emoção intensa é percebida. neste momento pode se perguntar: “*O que está passando por sua cabeça?*” ou qualquer variação desta pergunta. As distorções cognitivas também podem ser descobertas através de perguntas como: “*Quais são as evidências da sua conclusão?*” ou ainda “*Existem explicações alternativas que podem ser mais precisas para explicar este episódio?*” (KNAPP, 2008, p.59).

Quando solicitados a refletir sobre explicações alternativas, os pacientes podem perceber que suas explicações iniciais das situações evoluíram através de inferências inválidas, o que os leva ao passo seguinte de fazer interpretações diferentes, dando, assim, novas atribuições e significados às situações (KNAPP, 2008, p. 59, 60).

Uma grande parte das pessoas não têm consciência de que os pensamentos automáticos negativos geram sentimentos desagradáveis e inibições comportamentais. Para aumentar a consciência destes pensamentos automáticos os pacientes precisam ser treinados pelo terapeuta a identificar estes com o formulário Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) (Ibidem, p.60).

Este tipo de recurso aumenta a objetividade e facilita que o indivíduo se lembre dos eventos, pensamentos e sentimentos ocorridos entre as sessões... O recurso envolve um registro aonde são anotados, sequencialmente, o evento e o pensamento que se sucedeu ao evento – que ocorre quando de uma emoção ou comportamento problemático. Existe uma coluna adicional para o registro de uma nota referente a quanto o paciente acredita que aquele pensamento seja verdadeiro...A seguir, registra-se a emoção e avalia-se o grau de emoção (numa escala de 0-10 ou 0-100). os registros de pensamentos também incluem uma coluna...para gerar o pensamento alternativo sobre a situação. finalmente, pede-se ao paciente que quantifique o quanto acredita no novo pensamento, assim como a intensidade da emoção (POWELL, 2008, p.76).

A prática em fazer o RPD pode contribuir em capacitar os pacientes a descobrir, esclarecer e alterar os significados que atribuíram a eventos perturbadores, buscando assim interpretações alternativas ou racionais diante destas situações. Assim como o preenchimento do RPD, a identificação das distorções cognitivas pode ser um bom exercício para os pacientes desenvolverem tanto no consultório como tarefa de casa (KNAPP, 2008, p.60).

No entanto, para que as mudanças cognitivas dos pacientes de fato ocorram, é preciso ir muito além das correções dos pensamentos automáticos ou das distorções cognitivas associadas a um transtornos específico. Terapeuta e paciente precisam colaborativamente precisam identificar, analisar e corrigir as crenças mais arraigadas do paciente para que se possa realizar a sua reestruturação cognitiva (KNAPP, 2008, p.60).

...O tratamento precisa ter como foco as crenças nucleares do paciente, como “É impossível eu ser amado”, e crenças subjacentes, como “Se eu não tiver uma mulher, então sou um fracasso”, que são reavaliadas da mesma forma que os pensamentos automáticos, o que significa procurar por evidências que as sustente e corrigi-las com o teste de realidade (Ibidem).

Desde o início do tratamento o terapeuta, junto com o paciente, de modo colaborativo, desenvolve uma *conceitualização cognitiva* do paciente. A conceitualização de caso é um trabalho que precisa ser feito permanentemente no decorrer do tratamento, pois à medida que novas informações clínicas forem surgindo nas sessões, a conceitualização cognitiva é alterada e atualizada para o tratamento evoluir (Ibidem, p.59).

A conceitualização de caso contém uma avaliação histórica e prospectiva de padrões e estilos de pensamento. Procurando e agrupando denominadores cognitivos comuns em diversas situações de vida e a avaliação delas pelo paciente, pode-se identificar um padrão cognitivo. Ele incluirá um entendimento do conjunto idiossincrático de crenças disfuncionais, vulnerabilidades específicas individuais e estratégias comportamentais que os pacientes usam para lidar com suas crenças nucleares (KNAPP, 2008, p.60).

As sessões finais do tratamento da depressão visam a avaliar os benefícios que a terapia proporcionou e a prevenção de recaída. A melhora do paciente certamente é um importante recurso que o terapeuta pode recorrer para conscientizar o paciente a enfrentar novas situações – problemas para se adaptar e estas (POWELL, 2008, p.77).

Indica-se o levantamento de outros eventos adversos na vida...e quais estratégias foram úteis para amenizar os sintomas gerados. “Quando você se encontrou numa situação difícil, como você lidou com ela?”; “Se uma pessoa amiga estivesse na mesma situação na qual você se encontra, que conselho daria a ela?” (BASSO, 2011, p.41).

Desde o início do tratamento é altamente recomendado que o terapeuta conscientize o paciente sobre o tempo limitado da terapia, desmistificando o processo terapêutico com a identificação de seus pensamentos, dos questionamentos destes para validá-los e da reestruturação destes para aumentar a sua confiança para conseguir prosseguir na vida (POWELL, 2008, p.77).

Nesse sentido, vale a pena destacar que é necessário ensinar o paciente a lidar com a possibilidade de retorno dos sintomas depressivos. Ruminações sobre recorrência de sintomas depressivos e suas implicações aumenta o risco de recaída. o aprendizado do paciente como “terapeuta de si mesmo” deve facilitar o enfrentamento da recorrência dos sintomas e as sessões finais da terapia devem abordar este fator (Ibidem).

O terapeuta deve estar atento às possibilidades de abandono ou interrupção precoce do tratamento após a remissão dos primeiros sintomas da depressão uma vez que o paciente ainda não se encontra pronto para fazer atividades e sua confiança ainda não se fortaleceu o suficiente para ele retomar a sua rotina de vida (POWELL, 2008, p.77).

#### **4.4 Eficácia da terapia cognitivo-comportamental**

Desde os primeiros estudos científicos datados em 1977 realizados por referentes pesquisadores da área como Beck, Rush, Kovacs e Hollon, a terapia

cognitivo comportamental tem sido amplamente testada desde então. No momento contabiliza-se mais de 500 pesquisas científicas que vem demonstrando a eficácia da terapia cognitivo comportamental não só com os transtornos de depressão, mas também para uma grande variedade de transtornos psiquiátricos (como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de conduta, abuso de substância, transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, transtorno de alimentação, transtorno de personalidade, transtorno bipolar (com medicação), esquizofrenia (com medicação), etc.; de problemas psicológicos (como problemas conjugais, problemas familiares, jogos patológicos, questões relativas ao luto, raiva, hostilidade dentre outros); e até mesmos problemas de saúde física com causas psicológicas (como enxaqueca, doenças reumáticas, disfunção erétil, insônia, obesidade, hipertensão, etc.) (BECK, 2013, p.24).

A pesquisa e a prática clínica mostram que a TC é efetiva na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem medicação, em uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos. Beck aplicou sistematicamente o conjunto de princípios teóricos e terapêuticos da TC a uma série de transtornos, começando por depressão, suicídio, transtornos de ansiedade e fobias, síndrome do pânico, transtornos de personalidade e abuso de substâncias. Problemas interpessoais e raiva, hostilidade e violência também foram estudados. Além disso, trabalhos mais recentes usando esta abordagem mostraram um efeito adicional sobre o tratamento medicamentoso de doenças psiquiátricas graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar. Adaptações em andamento de protocolos cognitivo-comportamentais para uma gama cada vez maior de transtornos médicos e psicológicos foram testados para dor crônica, relação conjugal conflituosa, transtornos somáticos na infância, bem como para bulimia e problemas de comer compulsivo (KNAPP, 2008, p.55).

Neste sentido, há ainda várias pesquisas que vem divulgando a existência de alterações neurobiológicas de pacientes que realizaram o tratamento de seus respectivos transtornos via abordagem terapia cognitivo comportamental. Estas evidências científicas asseguram ainda mais a eficácia da terapia cognitivo-comportamental diante dos vários sofrimentos psíquicos que ainda assolam o ser humano até então (BECK, 2013, p.24).

...Estudos de neuroimagem demonstraram os efeitos da TC em alterações cerebrais funcionais e fisiológicas associados com TC para depressão... Hoje há mais de 330 artigos de resultados de intervenções cognitivo-comportamentais, e a produção de pesquisas continua. Alguns estudos de resultado usando neuroimagem recentemente confirmaram o que já se previa: as TCC produzem mudanças fisiológicas e funcionais em muitas áreas cerebrais (KNAPP, 2008, p.63, 55).



Algumas pesquisas concluíram ainda que a terapia cognitivo-comportamental é tão ou mais efetiva que a farmacoterapia ou outros tipos de intervenções psicológicas pois fornece não apenas resultados mais duradouros mas também uma grande proteção em relação às recorrências que podem vir a acontecer (POWELL, 2008, p.74).

...Muitos estudos que avaliaram a eficácia da TC foram realizados com o propósito de estabelecer a igualdade ou superioridade da TC em relação à intervenção farmacológica....Greenberg e Fisher já haviam concluído que vários ensaios clínicos bem conduzidos que compararam psicoterapias ativas e diretivas (a exemplo das terapias cognitiva e interpessoal) com os antidepressivos sugeriam que os pacientes ambulatoriais que eram submetidos à psicoterapia evoluíam tão bem ou às vezes melhor do que aqueles que receberam medicações. Também concluíram que, embora as medicações melhorassem sintomas relacionados com o sono, a psicoterapia era mais efetiva em ajudar os pacientes com depressão e apatia. Além disso, diferentemente da psicoterapia, as medicações mostraram se incapazes de ajudar os pacientes ambulatoriais a ajustarem se socialmente, em suas relações interpessoais e no desempenho profissional. Em conclusão, a TCC é uma das abordagens que apresentam mais evidências empíricas de eficiência no tratamento da depressão, quer oferecida de forma isolada ou em combinação com farmacoterapia (POWELL, 2008, p.78).

É importante ressaltar que a prática psicoterápica ainda que na abordagem da terapia cognitivo comportamental não exclui o tratamento combinado com a medicação, já que o tratamento multidisciplinar proporciona maiores resultados eficientes na redução dos sintomas da depressão (CARNEIRO, 2016, p.47).

Nesse sentido, é importante considerar que a depressão é um transtorno multifacetado, portanto, não existe um tipo único de protocolo psicoterápico (ou farmacológico) que funcionará em todos os pacientes ou países... É necessário respeitar a individualidade do paciente, sua história (pessoal e familiar) e também suas características de personalidade antes de encaixá-lo em um protocolo (CARNEIRO, 2016, p.47).

## 5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa possibilitou descobrir que a depressão é uma doença mental que acompanhou o ser humano desde os seus primórdios. Mas foi na antiguidade com os gregos que ela começou a ser conhecida e estudada. A concepção sobre a depressão foi mudando ao longo da história assim como seus métodos de tratamento que foram se aprimorando com o avanço do conhecimento científico. Com isto foi possível não só entender melhor a depressão do ponto de vista científico, mas também desenvolver métodos de tratamento mais eficazes.

Foi demonstrado que a TCC é uma abordagem eficaz para o tratamento da depressão. Em relação às técnicas apresentadas pelos autores citados nessa pesquisa, houve algumas diferenças em relação ao tratamento da depressão. Basso (2011), por exemplo, baseou sua estratégia de intervenção restritamente em aspectos cognitivos. Em outro extremo, Carneiro (2016) sugeriu em seu artigo, técnicas puramente comportamentais. Já as pesquisas realizadas por Knapp (2008), Matos (2013), Moreira (2017) e Powell (2008) apresentaram tanto as técnicas com aspectos cognitivos como também de cunho comportamental.

É importante, na intervenção a ser feita no tratamento de depressão, que o psicólogo que atua na abordagem cognitivo-comportamental leve em consideração tanto a parte cognitiva que precisa ser reestruturada, como também, o comportamento de seu paciente que precisa ser ativado em casos em que a depressão se agravou muito. Isto porque

...algumas pessoas depressivas geralmente apresentam prejuízo em suas atividades, deixam de fazer algumas coisas que lhe davam prazer, em detrimento disso passam a se isolar, deixar de sair e ficam mais tempo na cama, ações que intensificam os sintomas do transtorno. Nesse sentido, a ativação comportamental é um elemento-chave, pois auxilia o paciente a se tornar mais ativo, promovendo o sentimento de autoeficácia que dará mais ânimo para o tratamento e melhorará o seu humor (MOREIRA, 2017, p.51).

Outra questão em relação aos autores que serviram de referência para esta pesquisa é que apenas dois artigos (CARNEIRO, 2016; POWELL, 2008) citaram a medicação como um importante elemento que precisa ser levado em consideração na redução dos sintomas da depressão.

Ainda que os números de casos de depressão no mundo, publicados pela Organização Mundial de Saúde, sejam preocupantes (pois tendem a subir cada vez mais) pressupõe-se que a depressão esteja mais conhecida nos dias de hoje porque ela é mais estudada e divulgada do que anteriormente. O acesso à informação, bem como a comunicação desta facilitada pela internet, possibilita às pessoas conhecerem melhor as suas doenças e os seus respectivos tratamentos. Mas é fato que a depressão não é uma doença mental contemporânea. O que preocupa é o aumento do número de casos não só no Brasil, mas em todo o mundo.

Mais do que buscar métodos de tratamento cada vez mais eficazes, precisamos identificar os principais fatores que estão levando as pessoas a ficarem deprimidas, pois, desta forma poderemos sugerir propostas de prevenção desta doença que traz um grande sofrimento às suas vidas. Será que o modo em que estamos vivendo nos dias de hoje está realmente fazendo bem para nós?

Será que as redes sociais, de fato, expressam realmente como estamos sentindo ou se trata de uma grande máscara que filtra apenas os bons momentos das vidas das pessoas? Será que muitas pessoas que estão passando por dificuldades na vida não ficam deprimidas ao comparar suas vidas com a vida das pessoas das redes sociais que estão sempre “felizes”?

Será que o ambiente de trabalho de muitas empresas estão valorizando os seus funcionários acima de bater qualquer meta ou de buscar o lucro a qualquer custo? Será que muitas pessoas estão felizes em seus respectivos trabalhos? E as pessoas que perderam seus empregos nesta crise econômica e não conseguem se recolocar no trabalho não estão deprimidas? Ou do que falar sobre os relacionamentos abusivos ou de relacionamentos rígidos que acabam potencializando a manifestação da depressão em meio a críticas, julgamentos, humilhações, assédio moral, etc. Tudo isto vai minando a autoestima da pessoa até o dia em que ela começa a acreditar nestas crenças negativas e acaba desacreditando nela mesma, em seus valores, em suas atitudes, em sua história, em seus sonhos, em sua própria vida em que não vê mais esperança.

Espera-se que com a expansão sobre os conhecimentos científicos em relação à depressão, assim como as suas causas, possa fazer com que haja maior prevenção e tratamento a esse mal.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os artigos pesquisados nesta monografia sobre a depressão, como tratamento via abordagem cognitivo-comportamental, mostraram resultados significativos em relação à sua eficácia. Ainda que as técnicas cognitivo-comportamentais variem um pouco de um artigo para o outro, de um modo geral, os resultados para a redução dos sintomas da depressão foram bem satisfatórios.

Acredita-se assim que, quanto mais ferramentas técnicas e suporte de outras áreas da saúde, o(a) psicólogo(a) conhecer, mais são as chances dele(a) reduzir os sintomas da depressão e de outros transtornos psicológicos de seus(as) pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Sâmid Danielle Costa de Oliveira. Competências do Terapeuta Cognitivo-Comportamental. *Rev. Psicologia em Foco*, V. 8, m. 12, p. 51-66, Dez. 2016. Disponível em <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/download/2465/2179>> Acesso em 23/08/2018.

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-43, jun. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 18/04/ 2018.

BECK, Judith. Introdução à Terapia Cognitivo-Comportamental. In: *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CARNEIRO, Adriana Munhoz; KEITH,. Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 42-49, jun. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872016000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 de maio 2018.

GONÇALES, Cíntia; MACHADO, Ana Lúcia. Depressão, o Mal do Século: De que século? *R. Enferm UERJ*. Rio de Janeiro, vol.15, n. 2, p.298 – 304, abril / junho de 2007. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>> Acesso em 12/05/2018.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl.2, p.s54-s64, outubro de 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 12 de maio de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>.

MATOS, Ana Cristina Santana; OLIVEIRA, Irismar Reis de. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. Rev. Ciên. Biol., Salvador, vol. 12, especial, p. 512-519, dez. 2013. Disponível em <<https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/9203/6765>> Acesso em 18 de abril de 2018.

MOREIRA, Rosyane Lemos; SOUZA, Ana Mara Dutra. A Depressão na Elaboração do Luto: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. Revista Extensão & Cidadania, Vitória da Conquista, vol. 4, n.7, p.44-55. jan. / jun. 2017. Disponível em <[http://periodicos.uesb.br/index.php/recuesb/article/viewFile/6706/pdf\\_411](http://periodicos.uesb.br/index.php/recuesb/article/viewFile/6706/pdf_411)> Acesso em 20 de agosto de 2018.

MORENO, André Luiz; CARVALHO, Rubem Gomes Neves de. Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 70-75, dez. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872014000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 de maio de 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140012>.

POWELL, Vania Bitencourt e cols. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl.2, p.s73-s80, outubro de 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600004&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 07 de maio de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>.

SANTA CLARA, Carlos José da Silva. Melancolia: da antiguidade à modernidade – uma breve análise histórica. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 13, p. x, 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272009000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 maio 2018.

WRIGHT, Jesse H. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental. In: Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2008.

## ANEXO

### Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **Leandro Kuradomi**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental, sob o título “**A Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental em Transtornos de Depressão**”, isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do (a) Aluno (a)