



Centro de Estudos em Terapia  
Cognitivo-Comportamental

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

**GUILHERME GUEDES REIS**

**Perspectivas Clínicas e Intervenções na Terapia Cognitivo-  
Comportamental com Pacientes Esquizofrênicos: Uma  
Revisão de Literatura**

**São Paulo**

**2018**

**GUILHERME GUEDES REIS**

**Perspectivas Clínicas e Intervenções na Terapia Cognitivo-  
Comportamental com Pacientes Esquizofrênicos: Uma  
Revisão de Literatura**

**Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu**

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

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

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

**São Paulo**

**2018**

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

Reis Guilherme e Guedes

Perspectivas Clínicas e Intervenções na Terapia Cognitivo-Comportamental com Pacientes Esquizofrênicos: Uma Revisão de Literatura

Guilherme Guedes Reis, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins – São Paulo, 2018.

30 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

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Eliana Melcher Martins

1 TCC, 2. esquizofrenia. I. Reis Guilherme e Guedes II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher.

Guilherme Guedes Reis

**Perspectivas Clínicas e Intervenções na Terapia Cognitivo-Comportamental  
com Pacientes Esquizofrênicos: Uma Revisão de Literatura**

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 esse trabalho a todos os meus pacientes com esquizofrenia, que em meio suas limitações individuais, me ensinam sobre as profundezas da psique humana, o colorido da loucura e a leveza de ser uma curva fora da norma. Além de me ensinarem que diagnóstico não é sentença e que é preciso ser muito mais que um profissional com diversos diplomas para tocar em suas almas e entender suas subjetividades.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente aos meus pais, por sempre me proporcionarem e incentivarem o estudo, sem vocês esse caminho teria sido muito mais árduo. A minha namorada pelo apoio, companheirismo e afeto durante os finais de semana, feriados e madrugadas dedicados a melhorar e desenvolver esse trabalho, Carol você é uma pessoa incrível. Às minhas colegas de turma pelas risadas, choros e amizade durante esses longos dois anos, Carla e Ana, que possamos manter esse vínculo para além dessa experiência acadêmica. Agradeço a CETCC por me proporcionar esse estudo e por me tornar um especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, esse campo empolgante que vai me guiar até meus últimos dias enquanto psicólogo. Por fim, aos colegas de estudo, professores, pessoas que encontramos durante toda essa trajetória e que, de alguma forma, contribuíram para que o caminho fosse mais agradável e estruturante.

## EPÍGRAFE

*“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas”.*

*(Nise da Silveira)*

## RESUMO

O objetivo desse trabalho foi compreender as principais diretrizes clínicas da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento da esquizofrenia, levantando sua eficácia no alívio dos sintomas negativos e positivos e na reabilitação psicossocial. O estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico de periódicos, dissertações e teses, nas seguintes bases de dados indexadas: Scielo, PubMed, BVS e BMC, além de obras básicas para fundamentação teórico-metodológica. Foi possível identificar na revisão dos dados muitos estudos que versam sobre as técnicas e a eficácia clínica da TCC no tratamento da sintomatologia do transtorno, no que diz respeito aos delírios e alucinações, bem como ao humor restrito, pobreza de fala, redução de interesses, além de inúmeras intervenções de reabilitação psicossocial como autocuidado, habilidades sociais e funcionamento familiar. A TCC tem se mostrado como um tratamento primeira linha nos cuidados ao transtorno, quando comparada à outros tipos de tratamento. Tem se buscado popularizá-la para que se obtenha maior alcance do público alvo, mesmo que partindo de um formato breve, de psicoeducação ou cartilha de orientações. Há um leque que ainda pode ser explorado em novas pesquisas e aplicações, aprimorando a abordagem e cuidando cada vez mais do sofrimento psíquico desses pacientes.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC); Tratamentos; Técnicas.



## ABSTRACT

The aim of this study was to understand the main clinical guidelines of cognitive-behavioral therapy (CBT) in the treatment of schizophrenia, establishing its effectiveness in relieving negative and positive symptoms and in psychosocial rehabilitation. The study was accomplished by means of a bibliographical survey of journals, dissertations and theses, through the following databases indexed: Scielo, PubMed, BVS and BMC, in addition to basic literature for theoretical-methodological foundation. It was possible to identify in the data review many studies that dealt with the techniques and clinical efficacy of CBT in the treatment of the symptomatology of the disorder, concerning the delusions and hallucinations, as well as restricted mood, speech poverty, and reduction of interests, along with numerous psychosocial rehabilitation interventions such as self-care, social skills and family functioning. CBT has been shown to be a first-line treatment in the care of the disorder, when compared to other types of treatment. It has sought to popularize it to achieve a greater reach of the target audience, even if presented in a brief format, psychoeducation or guidance booklet. There is a range that can still be explored in new research and applications, enhancing the approach and taking progressive care of the psychic suffering of these patients.

**Keywords:** Schizophrenia, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT); Treatments; Techniques

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 OBJETIVO.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 RESULTADOS .....	12
5 DISCUSSÃO .....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	23

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho com pacientes comprometidos pelo espectro da esquizofrenia sempre foi o calcanhar de Aquiles da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Para tanto, é um campo complexo e intrigante que vale a pena ser explorado. Então, primeiro conceituar-se-á a TCC; para depois falar-se sobre a esquizofrenia, finalizando a introdução fazendo o elo entre esses campos.

Segundo Beck (2013), a Terapia Cognitivo-Comportamental foi desenvolvida por Aaron T. Beck na década de 1960, dando início a “uma revolução no campo da saúde mental” (BECK, 2013, p.21). Conforme a mesma autora, Aaron cunhou a TCC inicialmente da seguinte forma:

“[...] uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada ao presente, direcionada para solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais [...] (BECK, 2013, 22).

Segundo Wright, Basco e Thase (2008), na TCC, os terapeutas favorecem “[...] o desenvolvimento e a aplicação de processos conscientes adaptativos de pensamento, como o pensamento racional e a solução de problemas” (p.19). Segundo os mesmos autores, o modelo cognitivo funciona a partir do processamento cognitivo de algum evento, que geram emoções e, por conseguinte, comportamentos. Para Beck (2013), o problema é que esse processamento cognitivo frequentemente vem carregado de distorções cognitivas, ou seja, equívocos na interpretação das situações que podem gerar comportamentos disfuncionais, causando sofrimento psíquico.

Segundo Candida et al. (2016), pacientes com transtornos psiquiátricos muito frequentemente exibem essas distorções cognitivas que não correspondem à realidade que se apresenta. A partir dos anos 90, a TCC se mostrou um recurso importante para lidar com as alucinações e delírios provenientes da esquizofrenia, usando uma abordagem colaborativa para entender o sofrimento do paciente, questionando suas crenças e trabalhando no reestabelecimento da sua qualidade de vida (CANDIDA et al., 2016).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), dos seguintes itens a seguir, dois ou mais devem estar presentes pelo período de um mês, para se caracterizar o diagnóstico de Esquizofrenia (F20.9), são eles: Delírios, Alucinações, Discurso Desorganizado e Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico. Ainda segundo o DSM-V, ocorre uma acentuada perturbação no nível normal de funcionamento do indivíduo, em áreas como trabalho, relações interpessoais e autocuidado. Segundo Beck (2010), na última década “acumulou-se uma base de evidências em favor da eficácia da terapia cognitiva para indivíduos diagnosticados com esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo” (BECK, 2010, p. 31).

Nesse contexto, a TCC para a esquizofrenia depende de várias técnicas para direcionar efetivamente os vieses de processamento cognitivo positivos e negativos subjacentes aos sintomas (CANDIDA et al; 2016). Existem inúmeros estudos que reafirmam a TCC como padrão ouro para o tratamento com pacientes esquizofrênicos. Segundo Ciceri, Saldarriaga e Franco (2008):

Durante as duas últimas décadas do século XX, a concepção de esquizofrenia como uma doença do manejo psiquiátrico foi alterada para ser substituída por uma perspectiva de intervenções interdisciplinares (vários tipos de profissionais) e intervenções multimodais (diferentes tipos de tratamentos), onde a medicamentos com terapias psicológicas (individual, grupal e familiar), reabilitação e cuidados e proteção social. (p. 168-169).

Entender melhor o manejo técnico, protocolos e técnicas, bem como levantar os últimos achados, favorece uma gama de produção de conhecimento que pode ser aplicado diretamente pelos terapeutas cognitivos-comportamentais em suas respectivas realidades clínicas, com seus respectivos pacientes.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

O objetivo desse trabalho foi compreender quais são as principais diretrizes da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da esquizofrenia e verificar sua eficácia clínica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar os pontos de convergência e divergência nos artigos que versem sobre a eficácia da TCC no alívio dos sintomas negativos e positivos;
2. Compreender de que forma a TCC, por meio de suas técnicas e protocolos, permite a reabilitação psicossocial do paciente;
3. Entender de que forma a TCC influenciou na visão dos sintomas do paciente esquizofrênico e quais são as perspectivas futuras de tratamento e pesquisa.

### **3 METODOLOGIA**

O estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico de periódicos, dissertações e teses, a partir da pesquisa em bases de dados indexadas como: Scielo, PubMed, BVS e BMC. Os critérios de inclusão foram artigos produzidos entre 1980 e 2018, nacionais ou provenientes de países de língua inglesa ou espanhola.

Foram utilizados também livros e obras básicas sobre o tema para fundamentação teórico-metodológica, não para revisão do estado da arte e da técnica. As palavras-chave utilizadas para pesquisa foram: Esquizofrenia, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC); Psicoterapia; Técnicas; Schizophrenia, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT); Treatments; Techniques.

## 4 RESULTADOS

O Ministério da Saúde, em uma cartilha publicada sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em 2013, conceitua a esquizofrenia e os denominados transtornos esquizofrênicos, como:

[...] um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual (embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos). Seu curso é variável, aproximadamente 30% dos casos apresentam recuperação completa ou quase completa, cerca de 30% com remissão incompleta e prejuízo parcial de funcionamento e cerca de 30% com deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo (p. 321).

A esquizofrenia pode ser entendida como um transtorno psiquiátrico grave, com várias dimensões sintomáticas, entre elas: delírios, alucinações, rebaixamento psicomotor, comportamento desorganizado, alterações cognitivas e uma série de alterações de humor como depressão e ansiedade, sendo comumente diagnosticada no início da vida adulta (MOLINA & CALA, 2007). Segundo Hirsch e Weinberger (2003), se trata de um problema de saúde pública que, com certa frequência, causa incapacidade contínua em todas as dimensões: laborais, acadêmicas, relacionais, autocuidado e participações sociais, causando um prejuízo significativo na qualidade de vida. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2008), a esquizofrenia afeta cerca de 26 milhões de pessoas em todo o globo, sendo uma das principais causas de incapacidade. Segundo um estudo epidemiológico realizado por Shen et al. (1998), foi constatado que, na época do estudo, existia aproximadamente 9 milhões de pessoas diagnosticadas pela doença na China.

Segundo Nowak et al. (2016), uma pessoa com esquizofrenia pode vivenciar prejuízos ocasionados pelos déficits no pensamento ou nas funções perceptivas, enfrentando diversos problemas também nas relações familiares e interpessoais. Os mesmos autores acrescentam também a dificuldade na aquisição e manutenção de uma atividade remunerada e/ou acadêmica (NOWAK et al., 2016). Para Molina e Cala (2007), na análise do transtorno, deve-se considerar os fatores ambientais, como: acesso aos serviços de saúde, tratamento adequado,

preconceitos e questões sociais estigmatizantes. Um dado interessante revela que pacientes esquizofrênicos apresentam maior mortalidade e morbidade por doenças sistêmicas do que a população em geral, por conta de suicídio, doenças cardiovasculares e/ou metabólicas (MOLINA & CALA, 2007). Para Mojtabi, Nicholson e Carpenter (1998), apesar da complexidade do transtorno, intervenções mais eficazes e de baixo custo tem impulsionado clínicos e pesquisadores sobre o entendimento e o tratamento da esquizofrenia na última década.

Meltzer (1998) relata que o progressivo entendimento da biologia da doença possibilitou avanços significativos nas terapias farmacológicas, proporcionando um tratamento e controle adequados dos sintomas positivos (alucinações e delírios), porém ainda com poucos efeitos sobre os sintomas negativos (humor restrito, pobreza de fala, redução de interesses, falta de objetivos, deficiente funcionamento social, déficits sociais e interpessoais). Sadock e Kaplan (2000) acrescentaram que 50% a 70% dos pacientes ainda apresentavam respostas insuficientes diante de alguns sintomas negativos.

Segundo Houwes e Kapur (2009), os delírios e alucinações estão relacionados com um processamento cognitivo prejudicado, neurologicamente induzido pela hiper-regulação do neurotransmissor dopamina. Já os sintomas negativos, segundo os mesmos autores:

“[...] estão relacionados à hipo-desregulação dos sinais de dopamina relacionados aos estímulos de recompensa, o que leva à redução do impulso motivacional e ao aparecimento gradual de sintomas negativos (por exemplo, retraimento social, falta de interesses (p.2).

Segundo Willick (2001), por meio do modelo biomédico, a psiquiatria considerou que as intervenções psicológicas não tinham tanta relevância no tratamento da esquizofrenia. O autor ainda refere que a abordagem centrada exclusivamente nesse modelo posteriormente deu lugar à uma abordagem e intervenção interdisciplinares. Em seu início, com o advento da psicanálise, a psicologia partiu na contramão de se estabelecer enquanto área importante no tratamento, considerando ineficaz o trabalho com o paciente psicótico, visto que o mesmo não seria capaz de realizar a transferência, o que impossibilitaria o trabalho (WILLICK, 2001). Seguindo essa mesma linha de raciocínio histórico, Molina e Cala (2007) relatam que, anteriormente às terapias cognitivas comportamentais, havia



realmente uma dificuldade no tratar dos delírios e alucinações. Segundo Tarrier et al. (1993) e Brett-Jones, Garaty e Hemsley (1987), Beck, na década de 70, relatou a eficácia das técnicas de TCC em pacientes com delírios residuais. Entretanto, segundo informa Wykes et al. (2007), a psicoterapia para esquizofrenia, na forma de terapias que olhassem para cognição dos sintomas, foi rejeitada durante o período de desinstitucionalização. Durante as duas últimas décadas do século XX, a concepção de esquizofrenia como um transtorno prioritariamente de tratamento psiquiátrico, foi sendo modificada para ser substituída por uma perspectiva de intervenções interdisciplinares, no qual se integram: medicamentos, terapias psicológicas, reabilitação e proteção social. Apesar disso, o tratamento farmacológico ainda é considerado uma base importante, agora sem perder de vista suas limitações. Essa nova ênfase na qualidade de vida e na funcionalidade psicossocial deu novos estímulos às pesquisas (CICERI, SALDARRIAGA, FRANCO, 2008).

Para Butler et al. (2005), a TCC tem sido considerada como uma das intervenções mais eficazes para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos. O pilar central da teoria é que a interpretação que fazemos das coisas ao nosso redor influencia na forma como pensamos, sentimos e nos comportamos. Segundo Naeem, Farooq e Kingdon (2015), com o trabalho do terapeuta cognitivo, as pessoas compreenderam a conexão entre seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, reavaliando suas crenças e percepções sobre as situações, assim, encontrando formas alternativas de reavaliar os pensamentos e os sintomas. Pacientes com transtornos psiquiátricos costumam perceber e processar as informações de uma forma inflexível e distorcida da realidade (BUTLER et al., 2005). Por meio de técnicas e intervenções, os terapeutas buscaram transformar essas cognições disfuncionais em mais adaptativas, permitindo melhoras concretas na qualidade de vida do paciente e na sua maneira de pensar e se comportar diante das situações (TWOMEY, REILLY & BYRNE, 2015).

Segundo Wright, Basco e Thase (2008), a ideia de se exergar as situações de uma forma mais funcional e menos angustiante, já é uma crença comum na sociedade. Dentro desse trabalho de ressignificação das cognições, o terapeuta se torna um agente muito importante, assim como o vínculo terapêutico um elemento essencial para o bom andamento do processo. A criação de um vínculo saudável parte de uma postura empática, ativa e serena no acolhimento às angústias do

paciente (BECK, 2013). Segundo Ciceri, Saldarriaga, Franco (2008), a relação com os pacientes envolvem também outros pontos importantes, como explicar e propor discussões sobre o transtorno, normalizando e desmitificando os sintomas; reduzir o medo do paciente sobre os fenômenos em si e trabalhar na redução da raiva, depressão ou ansiedade que possam desencadear ou manter sintomas psicóticos. Sarin e Wallin (2014) asseveram que muitos pacientes com esquizofrenia se inibem de contar suas experiências psicóticas, por isso a importância da relação terapêutica saudável descrita nessa revisão.

Em comparação com outras terapias, os terapeutas cognitivo-comportamentais auxiliam diretamente na estruturação da sessão, promovendo-a de forma colaborativa, dando feedbacks e orientando os pacientes sobre como aplicar o que foi aprendido em sessão na sua vida diária (WRIGHT, BASCO & THASE, 2008). Quando fala-se da relação TCC/esquizofrenia, Candida et al. (2016) referem que as evidências científicas que apoiam a eficácia da TCC para pacientes com esquizofrenia aumentaram em todo o mundo, os autores ainda afirmam que muitas diretrizes de saúde básica determinaram a TCC como um modelo predominante e tratamento de primeira linha nos cuidados ao transtorno.

Para Sarin, Wallin e Widerlov (2011), os efeitos a longo prazo são importantes no tratamento da esquizofrenia, visando auxiliar os pacientes a desenvolver estratégias mais adaptativas e realizar a manutenção após o término do trabalho. Existem dados que sugerem que a TCC produz efeitos que são mantidos a curto, médio e longo prazo (PATTERSON & LEEUWENKAMP, 2008). Segundo os mesmos autores, as pesquisas mostram que muitos tratamentos pareceram não mostrar resultados imediatos, mas melhoras significativas a longo prazo em sintomas positivos e negativos. A TCC mostrou sua eficácia principalmente na gravidade geral dos sintomas, sintomas agudos, sintomas positivos residuais e sintomas negativos (ZIMMERMANN, FAVROD & POMINI, 2005).

Segundo Tarrier et al. (1999) e Roder et al. (2002), ensaios clínicos randomizados controlados de terapia cognitivo-comportamental mais antipsicóticos, comparados somente ao uso de medicação, demonstraram superioridade sobre os sintomas psicóticos, mas ainda pequenos efeitos sobre os sintomas negativos. No Reino Unido, o Instituto de Excelência Clínica incluiu a terapia cognitivo-comportamental na sua lista de recomendações para os tratamentos da esquizofrenia, assim como os Serviços Nacionais de Saúde (NHS) do Reino Unido

estão implementando esse tipo de tratamento para que os pacientes possam ter acesso. (NICE, 2009). Um estudo randomizado controlado realizado em hospitais psiquiátricos na China revelou que a TCC efetivamente reduziu os sintomas de pacientes acometidos, além de melhorar outras habilidades (GUO et al., 2015).

De uma forma geral, os tratamentos psicossociais para esquizofrenia compreendem intervenções voltadas para diferentes áreas como autocuidado, habilidades sociais, funcionamento familiar, envolvimento em grupos de autoajuda, capacidade de conseguir/manter um emprego e vida independente na comunidade (DICKERSON, 2000). Nesse sentido, várias modalidades foram descritas: psicoeducação; treinamento de habilidades sociais; psicoeducação familiar; grupos de autoajuda; e intervenção vocacional (MUESER, BOND & DRAKE, 2001). Por exemplo, entre as intervenções mais estudadas está o Programa de Treinamento de Habilidades Sociais, desenvolvido por Liberman et al (1998), que enfoca diferentes aspectos que afetam a vida social, como medicação, cuidados pessoais e manejo de sintomas, atividades de lazer e entretenimento. Liberman et al (1998) introduziu o aprendizado social através do role playing, que aborda a melhoria da comunicação não verbal, como contato visual, fluência verbal, gestos, expressões faciais, habilidades de conversação assertiva e expressão emocional. (LIBERMAN et al, 1998).

Já Roder et al (2001), desenvolveu o Programa de Terapia Psiquiátrica Integriertes para Schizophrene Patienten na Alemanha, conhecido como o programa de Terapia Psicológica Integrada (IPT-em inglês), é um tratamento manual para a esquizofrenia que tem se mostrado eficaz em vários estudos controlados. (RODER, MULLER & BRNNER, 2001).

Segundo Zimmer et al (2007), o IPT foi inicialmente desenvolvido para reduzir déficits cognitivos e suas técnicas incluem um processo em treinamento cognitivo-comportamental dividido em cinco subprogramas: diferenciação cognitiva; percepção social; comunicação verbal; habilidades sociais; e resolução de problemas interpessoais. Durante as primeiras sessões, o programa de diferenciação cognitiva compreende exercícios básicos utilizando identificação de formas, cores, números e os nomes dos dias da semana, trabalhando a concentração, atenção, memória de trabalho, categorização de eventos e conceitos. Já quando se fala de percepção social, se treina a percepção visual e interpretação mais adequada de situações sociais. Em comunicação verbal, se treina a repetição

literal de situações cotidianas relacionadas a realidade do paciente, melhorando a capacidade de ouvir, entender e memorizar informações. (RODER. et al. 2002).

As habilidades sociais são um módulo importante desse programa, usando de role-playing, visa reduzir a ansiedade social e aumentar o desempenho na interação com o outro. No último passo, a resolução de problemas interpessoais, busca gerar um raciocínio causa efeito e uma adaptação a resolução de situações que eventualmente aparecem no dia-a-dia. Um módulo adicional de psicoeducação também pode ser adicionado, para a identificação de sintomas, uso da medicação e gerenciamento dos seus efeitos colaterais, aumentando o conhecimento do paciente sobre a doença e melhorando sua adesão ao tratamento. Os estudos mostram que os principais problemas cotidianos relatados pelos pacientes antes desses conjuntos de intervenções cognitivo-comportamentais se relacionavam à concentração, memória, comunicação familiar, motivação, administração financeira e timidez. Após os programas de intervenções de 12 sessões, houveram melhoras significativas nesses aspectos, principalmente no que diz respeito ao funcionamento social, ampliando possibilidades de inserção desse tratamento no sistema público de saúde (ZIMMER et al, 2007).

Segundo Candida et al (2016), no trabalho cognitivo-comportamental com pacientes esquizofrênicos, os terapeutas devem fragmentar e detalhar o conteúdo e a forma das alucinações e delírios. Por exemplo, com alucinações auditivas, marca-se frequência, volume, número de vozes, desencadeadores potenciais (TURKINGTON & DUDLEY, 2004). Segundo os mesmos autores, a partir disso, estabelecer meios para abordar e trabalhar os sintomas, sejam técnicas de distração, habilidades de enfrentamento e questionamento, registros escritos, entre outros. Para Chadwick, Birwood e Trower (1996), ao se trabalhar um delírio, é importante determinar se uma crença é uma ilusão ou não, levando em conta sua flexibilidade e convicção, o contexto de formação da crença, sua plausibilidade e persistência.

Gould et al. (2001) encontraram efeitos importantes no tratamento em 5 ensaios controlados usando terapia cognitiva, com o objetivo de modificar as crenças distorcidas dos pacientes esquizofrênicos. Já Van der Gaag et al. (2014) relataram que a TCC, com a formulação de caso individualmente adaptada, teve também efeitos significativos no tratamento de sintomas positivos como delírios e

alucinações. Resultados esses também verificados por outros autores como Zimmermann et al. (2005) e Chadwick (2000).

A TCC vem elaborando novos direcionamentos para o trabalho com os sintomas negativos, como a ativação comportamental, cronogramas de tarefas e atividades graduais. Rector e Beck (2001) completaram uma pesquisa que encontrou melhorias pré-pós-tratamento nos sintomas negativos. Pilling et al (2002) revisaram ensaios clínicos randomizados utilizando TCC, intervenção familiar, treinamento em habilidades sociais e remediação cognitiva; eles destacaram o aumento da eficácia da TCC na melhora do estado mental, inclusive após o acompanhamento.

Uma recente meta-análise de Turner et al. (2014) comparou a eficácia de vários tratamentos psicológicos e psicossociais para psicose, incluindo TCC, remediação cognitiva, psicoeducação, treinamento de habilidades sociais e aconselhamento de apoio. Ao analisar os estudos com um baixo risco de viés, eles encontraram efeitos significativos do tratamento da TCC (versus as outras intervenções agrupadas) na redução dos sintomas positivos. Os estudos de Guo et al. (2015) demonstraram que a TCC e sua intervenção em forma breve (com um ano de acompanhamento) dentro de comunidades com pacientes diagnosticados com esquizofrenia utilizando técnicas de psicoeducação, experimentos comportamentais, resolução de problemas, treinos de relaxamento, adesão à medicação, funcionamento social e normalização das sensações e fenômenos, percepção e consciência sobre a doença, obtiveram resultados significativos na melhora dos pacientes.

Segundo Kumari et al (2009) e (2010), os recentes avanços nos estudos relacionados à neurologia e neuropsicologia proporcionaram mais elementos no entendimento e tratamento da esquizofrenia. Para os mesmos autores, o uso dos exames de neuroimagem, antes e depois das intervenções em TCC, tem permitido identificar mudanças na função e estrutura cerebral. Em exames de ressonância magnética, foi observado um aumento no volume da substância cinzenta no cerebelo direito, correlacionando esse aumento a uma melhora nos sintomas positivos (KUMARI et al., 2012). Segundo Premkumar et al. (2009) e (2015), as melhoras nos sintomas negativos estão associados a um aumento no giro precorrescente esquerdo e no lobo parietal inferior. Pesquisadores também mostraram reduções nos sintomas negativos por meio alterações no córtex

orbifrontal, parte que representa um papel importante na tomada de decisão e flexibilização cognitiva. Segundos os autores, tem sido amplamente comprovado, por meio de exames de neuroimagem, que a TCC pode reduzir os sintomas positivos e negativos, aumentar o funcionamento social e qualidade de vida (PREKUMAR et al., 2015). Para além da neurobiologia do transtornos e uso dos exames de neuro imagem, alguns teóricos tem falado sobre a inclusão das abordagens da chamada “terceira onda” no tratamento da esquizofrenia, como uma forma de potencializar as intervenções tradicionais da TCC (Khoury, Lecomte e Paqui, 2013). Segundo esses autores, as intervenções tradicionais enfocam na identificação alteração do pensamento desadaptativo, enquanto as abordagens da terceira onda olham mais para o contexto e a função dos pensamentos, e tem demonstrado resultados interessantes nos sintomas negativos.

Segundo Candida et al (2016), e pelo que foi possível ver na revisão desses estudos, a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado uma das abordagens mais promissoras nas manifestações clínicas, comorbidades, consequências sociais e psicológicas da esquizofrenia, demonstrando sua eficácia principalmente no trabalho da sintomatologia aguda, sejam de sintomas positivos ou negativos.

Estudos de Kingdon (2006), mostram que apenas metade do público total que necessitaria do tratamento tem real acesso a ele. Segundo o mesmo autor e Naeem, Farooq e Kingdon (2015), a comunidade internacional vem elaborando estratégias para resolver essas lacunas de acesso, com ferramentas online, psicoterapias de encontros breves e grupais, materiais de orientação e auto-ajuda.

## 5 DISCUSSÃO

A eficácia da TCC no tratamento da esquizofrenia e outros transtornos vem sendo comprovada pelas evidências científicas ao longo dos anos, trazendo inúmeros dados de apoio para as intervenções, assim como mostram as pesquisas de Tarrier et al. (1993), Brett-Jones, Garaty e Hemsley (1987), Ciceri, Saldarriaga e Franco, (2008), Butler et al. (2005), Candida et al. (2016), Guo et al. (2015).

Autores como Meltzer (1998) também inferem que houveram avanços significativos na compreensão orgânica da doença, que auxiliaram consideravelmente para que as terapias farmacológicas tratassem dos sintomas positivos e as psicoterapias tivessem melhores resultados. A TCC também aborda sobre os efeitos longo prazo, tendo resultado clínicos importantes e interessantes. Especificamente, com relação aos sintomas positivos, Turner et al (2013) e Zimmermann Favrod e Pomini (2015), referem melhoras significativas com o uso da TCC em sintomas agudos, positivos e residuais, comparados a eficácia de vários tratamentos psicológicos e psicossociais.

Segundo Sarin, Wallin e Widerlov (2011) e Patterson e Leeuwenkamp (2008), ainda existem poucos efeitos significativos no tratamento dos sintomas negativos, mesmo com o auxílio de antipsicóticos. Já as pesquisas de Sadock e Kaplan (2000), Tarrier et.al (1999) e Roder et.al (2002). Rector e Beck (2001), já foram encontrados alguns resultados importantes no tratamento dos sintomas negativos, com técnicas de ativação comportamento, cronograma de tarefas, entre outras citadas anteriormente nos resultados.

Os avanços nos exames de neuroimagem parecem ter proporcionado novas evidências da TCC em áreas do cérebro correlatas a produção dos sintomas positivos e negativos, reduzindo esses sintomas e aumentando o funcionamento social e qualidade de vida. (PREKUMAR et al., 2015).

As técnicas e intervenções visam transformar cognições disfuncionais em mais adaptativas (TWOMEY, REILLY & BYRNE, 2015). Segundo Ciceri, Saldarriaga e Franco (2008) a relação do terapeuta com o paciente é um ponto importante da própria intervenção em si, da maneira como o terapeuta vai explicar e propor conversas sobre o transtorno, buscando descatastrofizar a próprio medo do paciente sobre a doença. Sarin e Wallin (2014) colocaram que os pacientes com sintomas

positivos se inibem de contar os fenômenos porque não possuem um vínculo terapêutico saudável com o terapeuta, ponto também abordado por Beck (2013). A abordagem psicossocial sobre o tratamento deu novos estímulos às pesquisas (CICERI, SALDARRIAGA, FRANCO, 2008). Turkington e Dudley (2004) trabalham os sintomas positivos, por exemplo, fragmentando e detalhando o conteúdo das alucinações e delírios, para posteriormente usar de técnicas como distração, questionamento socrático, enfrentamento cognitivo, entre outras.

Ciceri, Salgarriaga e Franco (2008), Dickerson (2000), Mueser, Bond e Drake (2001) e Pilling et al. (2002) direcionam as intervenções com ênfase na qualidade de vida e na funcionalidade, estimulando diferentes áreas como autocuidado, habilidades sociais, psicoeducação com paciente e a família, focando o envolvimento em grupos e funcionamento social. Seguindo essa linha de raciocínio também Guo et al. (2015) insere a adesão à medicação, resolução de problemas e treinos de relaxamento, visando a normalização das sensações e fenômenos. Já Liberman trouxe intervenções voltadas ao aprendizado social, como cuidados pessoais e manejo dos sintomas, inserção em atividades de lazer e entretenimento, trabalhando também pré-requisitos de uma boa interação social como fluência verbal, gestos, contato visual, expressões faciais e habilidade de iniciar e manter uma conversação.

Roder, Muller e Brenner (2001) e Zimmer et al (2007) abordaram sobre a Terapia Psicológica Integrada (IPT) e suas dimensões de trabalho, visando trabalhar e desenvolver os déficits do paciente, dividindo o foco em cinco subprogramas que são trabalhados: diferenciação cognitiva; percepção social; comunicação verbal; habilidades sociais; e resolução de problemas interpessoais. Cada subprograma desenvolverá as habilidades dispostas por meio de intervenções e materiais específicos. As intervenções tradicionais da TCC combinadas com as diversas técnicas psicossociais de reabilitação, parecem fornecer um leque de atuação completo para todas as dimensões afetadas do paciente com esquizofrenia. Notou-se um foco grande das pesquisas em cima de algumas técnicas e intervenções específicas, como categorização das alucinações e delírios, habilidades sociais e psicoeducação.

Pensando em perspectivas futuras e visão sobre a doença, Willick (2001) e Wykes et al. (2007) indicam que psiquiatria foi, gradualmente, recebendo em seu campo de trabalho a terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da



esquizofrenia, de forma que o modelo centrado na medicina deu lugar a um amplo conjunto de abordagens e intervenções interdisciplinares nos mais diversos âmbitos.

Os resultados das pesquisas de Jumari et al. (2009) e (2010) e Premkumar et al. (2009) e (2015) mostraram que os exames de neuroimagem de pacientes com esquizofrenia submetidos a terapia congitivo-comportamental, apresentam uma série de alterações estruturais e funcionais, que comprovam e certificam os resultados obtidos com as intervenções. O advento das terapias da terceira onda e as novas perspectivas de reabilitação psicossocial no tratamento da esquizofrenia, junto das intervenções tradicionais da TCC, ampliam de forma considerável os recursos e meios no trabalho de transtornos psiquiátricos graves (Khoury, Lecomte e Paqui, 2013).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia é considerada por muitos uma psicopatologia de difícil tratamento, um verdadeiro desafio clínico quando comparada a outros transtornos mentais. A terapia cognitivo-comportamental produziu estudos, estruturou e propôs protocolos e técnicas que começaram a reverberar como um caminho a ser seguido, visando trabalhar os sintomas positivos e negativos, ampliando também o trabalho psicossocial.

A luta antimanicomial, a desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica em si proporcionaram uma diretriz fundamental para os futuros tratamentos, percebendo o paciente como um ser com potencialidades, buscando novamente sua funcionalidade social. Para além das condutas farmacológicas, avançou-se na reabilitação psicossocial desses pacientes, desenvolvendo sua autonomia, resolução de problemas cotidianos, interação social adequada e funcionalidade mínima para uma vida em comunidade. A TCC, por meio de diversos estudos, não só os que foram apresentados, mas muitos outros que existem e estão sendo produzidos atualmente sobre o tema, ampliaram suas intervenções para categorização dos delírios, alucinações e pensamentos desorganizados com uma psicologia baseada em evidências. Junto das neurociências, a TCC vem demonstrando que tais sinais são vistos não só externamente, mas também fisiologicamente, dando mais credibilidade e focando o trabalho.

Esses avanços possibilitam muito mais segurança nas intervenções, não só para os pacientes, como também para os psicoterapeutas, com possibilidades de aplicação e pesquisa. Ainda há muito o que se desenvolver e conhecer dentro do espectro da esquizofrenia, mergulhar a fundo nas alucinações e delírios, estimulando novas formas de ativação comportamental e readequando a vida social do paciente. A cada dia novas pesquisas surgem e velhas ideias são questionadas, e esses pacientes, que um dia foram a representação social da loucura e elucidação do preconceito da sociedade, passam a conquistar e retomar seus espaços enquanto sujeitos de direito. Que a sociedade possa entender e aceitar melhor essas psicopatologias, bem como passe a ver essas pessoas diagnosticadas com mais empatia, dando mais acolhimento e entendendo que esse diagnóstico é muito mais um ponto de partida, do que uma sentença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, A. T. Terapia cognitiva da esquizofrenia. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BECK, J. S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática, 2 eds. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia. Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013.

BRETT- JONES, J; GARETY, P. A; HEMSLEY, D. R. Measuring delusional experiences: a method and its application. Br J Clin Psychol, v. 26, n. 4, p. 65- 257, 1987.

BUTLER, A. C. et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Res, v. 26, n.1, p.17-31, 2006.

CANDIDA, M. et al. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings. Medical Express, v. 3, n. 5, October, 2016.

CHADWICK, P. et al. Challenging the omnipotence of voices: group cognitive behaviour therapy for voices. Behav Res Ther, v. 38, n.10, p. 993-100, 2000.

CHADWICK, P; BIRCHWOOD, M. J. TROWER, P. Cognitive behavior therapy for severe mental illness - An illustrated guide. Chichester, UK: Wiley, 1996.

CICERI, C. G; SALDARRIAGA, M. V. O; FRANCO, J. F. Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. Rev Colomb Psiquiatr., v. 37, n. 1, 2008.

DICKERSON, F. B. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. Schizophr Res, v. 43 n. 2-3, p.71-90, 2000.

GOULD, R. A. et al. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophrenia Research*, v. 48, n. 2-3, p. 42-335, 2001.

GUO, Z. et al. Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China. *Psychol Med*, v.45, p.905-1893, 2015.

HIRSCH, S. R, WEINBERGER D. R. *Schizophrenia*. Malden, Mass.: Blackwell Science, 2003.

HOWES, O. D; KAPUR, S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III--the final common pathway. *Schizophr Bull*, v. 35, n. 3, p. 62-549, 2009.

KHOURY B; LECOMTE T, GAUDIANO B. A; PAQUIN, K. Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, v. 150, p.84-176, 2013.

KINGDON, D; KIRSCHEN, H. Who does not get cognitive behavioral therapy for schizophrenia when therapy is readily available? *Psychiatric Services*, v. 57, p.4-1792, 2006.

KUMARI V. et al. Sensorimotor gating and clinical outcome following cognitive behavior therapy for psychosis. *Schizophrenia Research*, v. 134, n. 2-3, p. 8-232, 2012.

KUMARI, V. et al. Beyond dopamine: functional MRI predictors of responsiveness to cognitive behaviour therapy for psychosis. *Frontier Behavior Neuroscience*, v. 4, n.4. 2010.

KUMARI, V. et al. Dorsolateral prefrontal cortex activity predicts responsiveness to cognitive-behavioral therapy in schizophrenia. *Biology Psychiatry*, v. 66, n.6, p.594-602. 2009.

LIBERMAN, R. P. et al. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*, v. 155, n.8, p. 91-1087, 1998.

MELTZER, H. Y. Measuring outcome in schizophrenia: differences among atypical antipsychotic. Collaborative Working Group on Clinical Trial Evaluations. *J Clin Psychiatry*, v. 59, n. 3-9. 1998.

MOJTABAI, R; NICHOLSON, R. A; CARPENTER B. N. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull*, v. 24, n. 4, p. 569-87, 1998.

MOLINA, F. J. M; CALA, S. L. R. Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, v. 36, n. 1, 2007.

MUESER, K. T; BOND, G. R; DRAKE, R. E. Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes. *Med Gen*, v. 3, n. 1, 2001.

NAEEM, F; FAROOQ S; KINGDON D. Cognitive behavioural therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia (Review). *Cochrane Data base of Systematic Reviews*, 2015. Issue 10. Art. No.: CD010646. DOI: 10.1002/14651858.CD010646.pub3

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Psychosis and Schizophrenia: management, 2009. Disponível em: <[http:// www.nice.org.uk/CG82/](http://www.nice.org.uk/CG82/)> Acesso em: 22 de Setembro de 2018.

NOWAK, I. et al. Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry*) v.228, n.16, 2016.

PATTERSON, T. L; LEEUWENKAMP, O. R. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, v.100, n.1-3, p. 19-108. 2008.

PILLING S. et al. Psychological treatments in schizophrenia: Metaanalysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*, v. 32, n.5, p. 82-763, 2002.

PREMKUMAR P. et al. Orbitofrontal cortex, emotional decision-making and response to cognitive behavioural therapy for psychosis. *Psychiatry Research*, v. 231, n. 3, p. 298-307, 2015.

PREMKUMAR, P. et al. Structural magnetic resonance imaging predictors of responsiveness to cognitive behaviour therapy in psychosis. *Schizophrenia Research*, v. 115, n. 2-3, p. 146-55, 2009.

RECTOR, N. A; BECK, A. T. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis*, v. 189, n.5, p.87-278. 2001.

RODER V. et al. Development of specific social skills training programs for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatric Scand*. V. 105, n. 5, p. 71-363, 2002.

RODER, V. et al. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatric Service*, v. 52, n. 11, p.41-1439. 2001

SADOCK, B. J; KAPLAN, V. A, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

SARIN, F; WALLIN, L. Cognitive model and cognitive behavior therapy for schizophrenia: an overview. *Nord J Psychiatry*, v. 68, n. 3, p.145-53. 2014.

SARIN, F; WALLIN, L; WIDERLÖV, B. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: a meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry*, v. 65, n. 3, p.162-74, 2011.

SHEN, C. H. et al. Epidemiological survey on schizophrenia in 7 areas of China. *China Journal Psychiatry*, v. 31, p. 4-72, 1998.

TARRIER, N. et al. A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenia patients, I: outcome. *Br J Psychiatry*, v. 162, p.524-32, 1993.

TARRIER, N. et al. Durability of the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry*, v. 174, p. 4-500, 1999.

TURKINGTON, D; DUDLEY, R. Cognitive behavioral therapy in the treatment of schizophrenia. *Expert Rev Neurother*, v. 4, n. 5, p. 8-861, 2004.

TURNER, D. T. et al. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Am J Psychiatry*, v. 171, n. 5, p. 38-523, 2014.

TWOMEY, C; O'REILLY, G; BYRNE, M. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Fam Pract*, v. 32, n.1, p. 3-15, 2015.

VAN DER GAAG, M; VALMAGGIA, L. R; SMIT, F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, v.156, n1, p. 30-7, 2014.

WILLICK, M. S. Psychoanalysis and schizophrenia: a cautionary tale. *J Am Psychoanal Assoc*, v. 49, n.1, p. 27-56, 2001.

World Health Organization. The global burden of disease, 2004. update. 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/)>. Acesso em: 22 de Setembro de 2018.

WRIGHT, J.H; BASCO, M. R; THASE, M. E. Aprendendo a Terapia Cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WYKYES, T. et al. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, v. 34, n. 3, p. 523–537, 2008.

ZIMMER, M. et al. Estudo controlado randomizado de 12 semanas do programa cognitivo-comportamental IPT (terapia Psicológica Integrada) com efeito positivo sobre funcionamento social em pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n.2, p.7-140. 2007.

ZIMMERMANN, G. et al. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, v. 77, n.1, p.1-9, 2005.

**ANEXO****Termo de Responsabilidade Autoral**

Eu, **Guilherme Guedes Reis**, 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 "**Perspectivas clínicas e intervenções na terapia cognitivo-comportamental com pacientes esquizofrênicos: uma revisão de literatura**", 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)