

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOSÉ ROBERTO MACEDO

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA  
DEPRESSÃO: Uma revisão de literatura**

JUAZEIRO DO NORTE - CE  
2022

JOSÉ ROBERTO MACEDO

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA  
DEPRESSÃO: Uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

**Orientador:** Profa. Dra. Emília Suitberta de Oliveira Trigueiro

JOSÉ ROBERTO MACEDO

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA  
DEPRESSÃO: Uma revisão de literatura**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data da Apresentação: 07/12/2022

**BANCA EXAMINADORA**

Orientador: Profa. Dra. Emília Suitberta de Oliveira Trigueiro

Membro: Profa. Dra. Flaviane Cristine Troglia da Silva / UNILEÃO

Membro: Profa. Esp. Sílvia Moraes de Santana Ferreira / UNILEÃO

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO: Uma revisão de literatura

José Roberto Macedo<sup>1</sup>  
Emília Suitberta de Oliveira Trigueiro<sup>2</sup>

### RESUMO

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes e preocupantes do planeta, atingindo cerca de 350 milhões de pessoas. Esta pesquisa objetiva discutir sobre as contribuições da TCC no tratamento da depressão, bem como aprofundar o conhecimento acerca da depressão, sob a ótica da TCC e conhecer as causas, diagnóstico, prognóstico e os impactos biopsicossociais da depressão. Este artigo se embasa nas postulações da TCC, modelo de terapia que utiliza a estrutura biopsicossocial na compreensão dos fenômenos relativos à psicologia. Para a construção do artigo foi escolhida a revisão qualitativa de literatura, que visa analisar e interpretar aspectos mais profundos do comportamento humano. O tratamento farmacológico associado à psicoterapia tem revelado resultados mais positivos no prognóstico do Transtorno Depressivo Maior do que aqueles apenas medicamentosos. A TCC busca psicoeducar sobre o modelo cognitivo, demonstrar a influência dos pensamentos no comportamento e emoções do paciente, desenvolver habilidades sociais, ensinar técnicas de confrontação de pensamentos negativos, aplicar tarefas comportamentais e treino de habilidades sociais, facilitando o enfrentamento e tomada de decisões.

**Palavras-chave:** Depressão. Terapia Cognitivo-Comportamental. Tratamento.

### ABSTRACT

Depression is one of the most prevalent and worrisome psychiatric disorders on the planet, affecting about 350 million people. This research aims to discuss the contributions of CBT in the treatment of depression, as well as to deepen the knowledge about depression from a CBT perspective and to learn about the causes, diagnosis, prognosis, and the biopsychosocial impacts of depression. This article is based on the postulations of CBT, a model of therapy that uses the biopsychosocial structure to understand the phenomena related to psychology. For the construction of the article, a qualitative literature review was chosen, which aims to analyze and interpret deeper aspects of human behavior. The pharmacological treatment associated with psychotherapy has shown more positive results in the prognosis of Major Depressive Disorder than those associated with medication alone. CBT seeks to psychoeducate about the cognitive model, demonstrate the influence of thoughts on the patient's behavior and emotions, develop social skills, teach techniques for confronting negative thoughts, apply behavioral tasks and social skills training, facilitating coping and decision making.

Translated with [www.DeepL.com/Translator](http://www.DeepL.com/Translator) (free version)

**Keywords:** Depression. Cognitive Behavioral Therapy. Treatment.

---

<sup>1</sup>Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: robertomacedo343@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: emiliasuitberta@leaosampaio.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

A depressão tem sido atualmente um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes e preocupantes do planeta, atingindo cerca de 350 milhões de pessoas. Dados da Organização Mundial da Saúde (2020), revelaram que nos próximos 20 anos, a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, atingindo mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) traz como características da depressão: humor deprimido, diminuição acentuada do interesse ou prazer na maior parte das atividades, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, redução da capacidade de concentração, indecisão, pensamentos pessimistas e suicidas (APA, 2014). Segundo Matos e Oliveira (2013), a depressão produz um impacto desagradável tanto na vida do paciente quanto na de sua família, uma vez que compromete o funcionamento social, pessoal e laboral do indivíduo.

O desenvolvimento ou aparecimento da sintomatologia característica da depressão, comumente está associado à presença de eventos aversivos como situações de estresse, descontentamento na realização de atividades cotidianas, perda de emprego, morte de um ente querido, aposentadoria, fim de um relacionamento, saída dos filhos de casa. Sabe-se que na depressão há importante comprometimento em diversas áreas da vida, sobretudo nos casos mais severos (CARDOSO, 2017).

Considerando os prejuízos causados às pessoas que convivem com o transtorno depressivo, esta pesquisa tem como objetivo geral discutir sobre as contribuições da TCC no tratamento da depressão. Os objetivos específicos são: aprofundar o conhecimento acerca da depressão, sob a ótica da TCC, conhecer as causas, diagnóstico, prognóstico e os impactos biopsicossociais da depressão e averiguar como se dá o tratamento da depressão, a partir da TCC. Este artigo busca responder a seguinte pergunta departida: Quais as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da depressão? Para tanto, este artigo se embasa nas postulações da TCC, que segundo Beck (1997) tal modelo de terapia utiliza a estrutura biopsicossocial na compreensão dos fenômenos relativos à psicologia, tendo como objeto de estudo principal, a natureza e a função dos aspectos cognitivos, e o processamento de informação, que é o ato de atribuir significado a algo. De acordo com Beck (1995) uma das vantagens da terapia cognitiva é o caráter de participação ativa do cliente no tratamento, de modo que ele é auxiliado a identificar suas percepções distorcidas.

Ainda é possível apontar que a TCC favorece ao paciente as condições necessárias para o reconhecimento dos pensamentos negativos e buscar pensamentos alternativos, que reflitam a realidade mais de perto, gerando pensamentos mais consistentes, num processo chamado reestruturação cognitiva.

Nesse sentido, a relevância acadêmica de um estudo sobre o tratamento da depressão sob a ótica da TCC, dá-se ao fato da baixa produção nacional de artigos científicos, sendo a maioria dos escritos em inglês. Assim, é válido fomentar os achados científicos disponíveis, visando torná-los mais acessíveis, possibilitando uma maior compreensão sobre o tratamento da depressão, na perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental. Além disso, sublinha-se a relevância pessoal: o compromisso ético-científico com a produção de saberes alinhados a uma reflexão crítica da psicologia, enquanto ciência e profissão.

Destarte, a relevância social de abordar essa questão, advém da necessidade de desmistificar os tabus, desinformações e preconceitos que perpassam a experiência das pessoas que convivem com o transtorno depressivo. Ademais, possibilitar melhor adaptação a interferência dos fatores ambientais, ampliar a rede de apoio, minimizar os impactos decorrentes das dificuldades nas relações interpessoais, reduzir os prejuízos laborais e melhora da qualidade de vida do sujeito deprimido como um todo, justificam a importância desta pesquisa.

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa. Marconi e Lakatos (2006) pontuam que este modelo de pesquisa tem como premissa analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e ainda fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento.

Este estudo se ateve à pesquisas desenvolvidas no período de 2007 a 2022, objetivando a descrição e reflexão sobre conteúdos relevantes sobre a temática, utilizando como critério de busca as seguintes palavras-chave: depressão, terapia cognitivo-comportamental e tratamento. As bases de dados científicos consultados foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library (Scielo)*, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (*Medline*). Além disso, foram utilizados livros e textos de referência sobre o tema, visando a complementação da discussão.

### 3 BREVE HISTÓRICO DA DEPRESSÃO

No transcorrer do tempo, a depressão, inicialmente chamada de melancolia, estimulou inúmeras produções teóricas, diagnósticas, filosóficas e artísticas, objetivando uma forma de torná-la inteligível aos olhos daqueles que com ela se deparavam. Em cada campo do saber, senso comum, artes, filosofia, religião, psiquiatria, psicanálise, e em cada momento histórico: Antiguidade, Idade Média, Renascimento, a melancolia destacou-se com sua forma particular e paradigmática de manifestação sintomática: falta de ânimo, insônia, irritabilidade, inquietação, cessação de interesse pelo mundo externo, desejo de morte, perda da capacidade de amar, inibição e baixa autoestima (SANTA CLARA, 2009).

Como expresso acima, o sofrimento humano remonta a tempos longínquos, sendo este imposto como castigo dos deuses, que perturbavam o homem até o enlouquecimento, como forma de punição por desagradarem-nos. Segundo Meleiro (2005) na antiguidade, gregos, romanos, hebreus e egípcios, concebiam a insanidade como a cobiça que os deuses sentiam do sucesso dos homens. De acordo com Dorfman (1963), atribui-se a Hipócrates (século V a.C.) a primeira descrição de melancolia como uma doença mental resultante de disfunção no cérebro.

Na idade média, o conceito de depressão é fortemente influenciado pela Igreja Católica. Segundo Lacerda et al. (2009) outros pensamentos começaram a influenciar de forma marcante os conceitos da depressão, sem abandonar a caracterização de que “algo de errado” se passava com a resiliência do indivíduo. O autor prossegue afirmando que nesse período a Igreja Católica desenvolveu o conceito de “preguiça”, um dos sete pecados capitais, o qual compartilhava diferentes características da melancolia, mas com uma ênfase na apatia e indolência, e seria causado por demônios. Logo, as intervenções propostas à época baseavam-se em confissões, trabalho forçado e a condenação de ser queimado vivo.

Para Santos (2017) o renascimento marca a busca pela retomada do conhecimento perdido, entretanto, a concepção religiosa sobre as doenças mentais ainda não são abandonadas. A autora ainda pontua que influências sobrenaturais continuam sendo consideradas causas da loucura e da melancolia, mas algumas teorias de que o corpo poderia influenciar a mente já começam a aparecer. Todavia, é somente após o iluminismo que há um declínio no pensamento religioso, abrindo espaço para o racionalismo. No século XIX o termo depressão surge com um sentido mais próximo do atual, enquanto o termo melancolia poderia estar associado a qualquer tipo de loucura. Por volta de 1860 a palavra começa a aparecer nos dicionários médicos, e surgem tratamentos mais “humanizados” aos loucos. O médico Philippe Pinel classifica a

melancolia como doença e destaca a predisposição desses pacientes a cometerem suicídio (SANTOS, 2017).

O século XX é marcado por diversas teorias e classificações em torno das doenças mentais. Teorias como a da evolução, de Charles Darwin, são adaptadas para justificar atitudes de higienização. Assim, pobres, negros, homossexuais, deficientes, entre outros, inclusive os pacientes com doenças mentais, são consideradas inferiores e degeneradas (SANTOS, 2017). Meleiro (2005) acrescenta que os tratamentos realizados no decorrer da história possibilitaram a subdivisão da depressão em orgânica e existencial. Na atualidade, concebe-se a etiologia da doença como multifatorial, advinda de fatores ambientais, neuroquímicos e ambientais.

Dada a necessidade de uniformização e adequação dos tratamentos às doenças mentais, surge em 1952, o primeiro Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Santos (2017) pontua que a classificação das desordens mentais já aparecia na sexta versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), da Organização Mundial de Saúde (OMS), todavia, somente após o DMS essas doenças receberam um tratamento específico.

Portanto, as mudanças ocorridas no supracitado manual, que atualmente encontra-se em sua 5ª edição, introduziram novos critérios diagnósticos, caracterizados por definições descritivas e neutras que possibilitaram o aumento da confiabilidade no diagnóstico e o avanço do estudo empírico dos transtornos mentais (APA, 1994). Tais melhorias nos critérios diagnósticos dos transtornos mentais tem possibilitado o fortalecimento de pesquisas epidemiológicas, nas quais fica evidente o fato da depressão ser um transtorno muito frequente, que pode causar impactos de diversas ordens ao sujeito, tais como sofrimento psíquico e prejuízos no desempenho social.

### 3.1 ASPECTOS GERAIS DA DEPRESSÃO

Segundo a OMS (2009) a depressão é um transtorno mental em que as pessoas se encontram incapazes de realizarem atividades diárias por 14 dias ou mais, podendo apresentar sintomas como: perda de energia, alterações no apetite, irregularidade no sono, ansiedade, concentração diminuída, indecisão, inquietação, sentimentos de inutilidade, culpa ou desesperança e pensamentos de autolesão ou suicídio (APA, 2013). De acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10, o episódio depressivo é classificado em nível de intensidade leve, moderado ou severo, acarretando problemas psicológicos e podendo afetar as interações psicossociais, o desempenho global, a fisiologia, e aumentando o risco de



desenvolvimento de outros problemas de saúde, tais como: obesidade, diabetes, doença cardiovascular, câncer, asma e artrite (OMS, 2000).

Conforme preconiza a APA (2014) os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

Beck (2013) pontua que sujeitos depressivos apresentam uma visão negativa de si, dos outros e do futuro, o que ela chamou de tríade cognitiva. Complementarmente, Powell (2008), afirma que as pessoas com depressão tendem a estruturar suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas.

No que concerne aos critérios para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior-TDM, o DSM-V aponta nove sintomas, dos quais pelo menos cinco devem estar presentes durante o período de, no mínimo, duas semanas, e representarem uma mudança com relação ao funcionamento anterior. Os sintomas são: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga e perda de energia, sentimentos de desvalia e culpa inapropriados, redução da concentração, além de pensamentos recorrentes de morte (APA, 2014).

Os estudos apontam maior incidência do TDM entre as mulheres do que entre os homens, sendo um risco de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. Outrossim, ressalta-se que não há relação com nível de escolaridade, etnia, situação socioeconômica ou estado civil. Contudo, quando analisado o coorte etário, verificou-se maior prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos do que em indivíduos acima dos 60 anos. (APA, 2014). Outro ponto a ser observado é que segundo a OMS (2009), a depressão aumenta o risco de tentativas de suicídio entre jovens de 15 e 34 anos.

Del Porto (2000) salienta que diversas circunstâncias podem desencadear a depressão, quais sejam: transtornos de estresse pós-traumático, alcoolismo, doenças clínicas, esquizofrenia, demência, entre outros. O mesmo autor sugere que a patologia pode advir em consequência de situações que envolvem muito estresse, além de questões sociais e econômicas. Em consonância com esta afirmação, Sadock (2017) acrescenta que a frequência da perturbação depressiva sofre influência do tipo de relações interpessoais que o sujeito mantém, sua situação

conjugal e o local de residência. O referido autor pontua que há uma frequência menor da depressão em pessoas que mantêm fortes laços sociais, que estão casadas e que vivem em áreas urbanas.

No tocante ao tratamento e prognóstico da depressão, Martins (2018) salienta a importância da comunicação aberta entre terapeuta e paciente, sendo o segundo parte ativa da decisão e preferências de tratamento. O autor prossegue afirmando que deve ser feita uma avaliação diagnóstica detalhada, para que se consiga estabelecer com o mínimo erro possível o diagnóstico de depressão, e ainda considerar o risco de suicídio e a segurança do paciente, atentando para o abuso de substâncias. Nesse sentido, Wilkinson et al. (2005) orientam que deve delinear-se de maneira assertiva uma estratégia terapêutica e ir acompanhando a qualidade de vida e o grau de morbidade, avaliando também os efeitos psiquiátricos, de forma a adaptar o tratamento.

Observa-se que há possibilidade de flexibilidade no tratamento da depressão, dada a vasta gama de opções terapêuticas disponíveis atualmente, desde que sejam consideradas as dimensões biológicas, sociais e psicológicas do sujeito. Salienta-se ainda a necessidade de mudanças no estilo de vida, psicoterapia, e, quando necessário o uso de medicação. Ensaios clínicos mostram que o tratamento farmacológico combinado com psicoterapia tem apresentado resultados mais eficientes na redução e prevenção do reaparecimento de episódios de depressão, do que aqueles apenas medicamentosos (FLECK et al., 2005).

Para Razzouk (2016), a depressão influencia negativamente o desempenho dos empregados, pois compromete funções cognitivas como raciocínio, memória, tomada de decisões e concentração, dificultando o manejo de tempo e a produtividade. O mesmo autor acrescenta que a depressão é a terceira causa de auxílio-doença para o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Segundo dados da OMS (2017), em uma década (2005 a 2015), cerca de 322 milhões de pessoas no mundo sofreram com depressão, o que demonstra um crescimento significativo de 18,4%, ocorrendo uma prevalência do transtorno de 4,4% na população mundial. Corroborando esses dados, Cremasco e Baptista (2017) afirmam que a depressão é o transtorno mental que mais acomete a população de modo geral, e estima-se que em 2030 será a causa base de incapacidade mental no mundo inteiro.

No Brasil, a depressão já alcança 5,8% da população, afetando 11,5 milhões de brasileiros. Dentre os países da América Latina, o Brasil apresenta o maior índice de prevalência do transtorno, bem como é o segundo das Américas, perdendo apenas para os Estados Unidos, que apresentam 5,9% de casos (OMS, 2017).

Os dados acima apresentados, reforçam a importância da atuação da psicologia como uma área do conhecimento que atua no sentido de prevenir e promover saúde mental. Entre as práticas terapêuticas atuais, há destaque para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que segundo Beck (2014) é uma abordagem eficaz e fundamentada na modificação do pensamento, crenças e esquemas. Complementarmente, Knapp et al. (2008) esclarecem que as intervenções cognitivo-comportamentais são baseadas em ensinar o paciente a identificar e lidar com as situações relacionadas aos sintomas da doença, bem como treinar repertório de habilidades sociais e resolução de problemas.

Portanto, a psicoterapia pode ser uma importante aliada no auxílio à pessoa com depressão, bem como aos familiares, no sentido de fortalecer a adesão ao tratamento, esclarecer sobre a necessidade ou não de tratamento médico, possibilitar a compreensão dos fatores estressores que são característicos do transtorno, e, assim, melhorar a qualidade de vida do paciente.

#### **4 BREVE HISTÓRICO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

A TCC, é uma modalidade de psicoterapia clínica desenvolvida entre o final da década de 1950 e início da década de 1960, a qual originalmente foi chamada de terapia cognitiva (BECK, 2022). Segundo Matos e Oliveira (2013) a TCC nasce do empenho do psiquiatra de formação psicanalítica Aaron Beck e colaboradores, na época em que o mesmo era professor de psiquiatria da respeitada Universidade da Pensilvânia (EUA). As primeiras formulações de Beck centravam-se no papel do processamento de informações desadaptativas em transtornos de depressão e ansiedade. Atualmente, o modelo cognitivo-comportamental ampliou-se para variados quadros clínicos, se propondo a ser uma forma empiricamente validada de intervenções terapêuticas, e sua eficácia já foi verificada em uma grande variedade de transtornos psiquiátricos. Ademais, existem mais de 2.000 (duas mil) pesquisas publicadas que confirmam a sua efetividade, sendo considerada “padrão-ouro” de psicoterapia (BECK, 2022).

Para maior entendimento do que é a Terapia Cognitivo-Comportamental, é importante fazer um resgate dos primeiros passos que contribuíram para a criação e consolidação de seus pressupostos. De acordo com Beck (2014), no fim da década de 1950, Aaron Beck decidiu experimentar cientificamente os conceitos da Psicanálise, crendo que através da demonstração de validação empírica, tal teoria poderia ser aceita pela comunidade médica. Desse modo, Beck utilizou-se da testagem do conceito psicanalítico, de que a depressão é resultante da hostilidade sobre si mesmo ou “raiva para dentro”. Para maior compreensão deste entendimento, à época

Freud postulava que as pessoas deprimidas apresentavam uma espécie de necessidade de sofrer, chamada de “hostilidade retrofletida” (BECK; ALFORD, 2000).

Entretanto, as pesquisas de Beck o levaram a resultados distintos do que Freud afirmava, visto que alguns pacientes apresentaram melhoras em resposta a experiências bem-sucedidas, não sendo resistentes a estas mudanças, contrariando o esperado (BECK, 2000). Além disso, Beck identificou cognições negativas e distorcidas, pensamentos e crenças, como característica primária da depressão (BECK, 2014). Outrossim, o contato com pacientes depressivos possibilitou a Beck visualizar a patologia por uma nova ótica.

Desse modo, conforme afirma Hofmann (2014), Aaron Beck não conseguiu comprovar o modelo psicanalítico da depressão, chegando à conclusão de que esta resulta de hábitos de pensamentos extremamente arraigados, o que possibilitou descrever os conceitos fundamentais da TCC, tais como pensamentos automáticos e crenças nucleares. Sob o mesmo ponto de vista, Oliveira (2019) salienta que o trabalho de observação feito por Beck e Ellis revelou que as crenças e pensamentos distorcidos de pessoas deprimidas eram resultantes de comportamentos negativos, e não de forças advindas do inconsciente. Logo, são as próprias cognições e os esquemas cognitivos disfuncionais do indivíduo que geram sofrimento, ocasionando a depressão (POWELL et al., 2008). Nessa mesma direção, Beck (2014) afirma que o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento.

#### 4.1 O MODELO COGNITIVO DA TCC

Os três níveis básicos de processamento cognitivo identificados por Aaron Beck e colaboradores são três: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares (BECK et al., 1997). No nível cognitivo mais superficial estão os pensamentos automáticos, que surgem de forma rápida e espontânea, na fronteira da consciência e estão presentes no cotidiano de qualquer indivíduo (BECK, 1997). Eles podem ser tanto positivos quanto negativos e, apesar de serem mais específicos a determinadas situações do que os outros níveis cognitivos, se relacionam funcionalmente à ativação de crenças e esquemas mais profundos do indivíduo (BECK, 2011).

Um outro aspecto peculiar aos pensamentos automáticos é que eles podem aparecer em forma de imagens ou palavras, distorcendo a realidade, e, muitas vezes são aceitos como verdadeiros, sem questionamento, reflexão e avaliação. Ademais, são emocionalmente

angustiantes e interferem na capacidade do paciente de atingir seus objetivos. (BECK, 2013). Nesta mesma perspectiva, Cordioli et al. (2017) pontuam que esses pensamentos são ativados por um sistema de crenças subjacentes e exercem influência no estado de humor, reações físicas e comportamentais.

O segundo nível de processamento cognitivo é denominado de crenças intermediárias ou secundárias, que por sua vez são compostas por atitudes, suposições, regras e norteadas pelas crenças nucleares. Para Kuyken et al. (2010) essas crenças são formadas por orientações no modo como devemos agir, e possibilitam a proteção do indivíduo de reações negativas associadas à ativação de crenças centrais disfuncionais. Beck (2022) afirma que crenças secundárias são construções cognitivas disfuncionais subjacentes aos pensamentos automáticos.

O terceiro e mais profundo nível da estrutura cognitiva é denominado de crenças centrais ou nucleares. Estas, segundo Beck et al. (1997) são globais, rígidas, supergeneralizadas e quando ativadas, aumentam o foco do indivíduo para as evidências que as comprovam, desconsiderando as informações contrárias à interpretação. Nesse sentido, Wenzel (2018) salienta que as crenças nucleares são construídas a partir da infância, e trazem a visão que as pessoas tem de si, dos outros, do mundo e do futuro.

De modo sintetizado, Rangé (2011) pontua que o modelo cognitivo de Beck prevê que as distorções cognitivas afetam as emoções, o comportamento e a fisiologia das pessoas e que as crenças centrais negativas geram a exigência da construção de regras e pressupostos que ajudam as pessoas a lidarem com seus auto esquemas negativos. E mais, Beck organiza este método psicoterapêutico com base em três parâmetros: a cognição influencia o comportamento humano, as formulações cognitivas podem ser acompanhadas e se modificar a partir do tratamento psicoterapêutico, e por fim, prevê que essa transformação no padrão de pensamento ocasiona a mudança no comportamento (BECK, 2013).

A referida modificação comportamental requer um trabalho habilidoso do psicoterapeuta, o qual tem por base a conceituação cognitiva, que Segundo Beck (2022) é o fundamento da Terapia Cognitivo-Comportamental. Esse método participativo se inicia desde as sessões de avaliação, sendo atualizado constantemente no decorrer do tratamento, até mesmo durante as sessões finais (BECK, 2022). A conceitualização de caso segundo Wright et al. (2009) contém informações importantes como o diagnóstico e sintomas, as contribuições de experiências da infância e do desenvolvimento do paciente, situações interpessoais, fatores biológicos, genéticos e médicos, os pontos fortes e as qualidades do paciente, pensamentos automáticos, emoções, comportamentos e os esquemas cognitivos.

Além disso, é importante pontuar que tudo que é inserido na conceituação precisa fazer sentido para o paciente, desse modo, o feedback faz-se extremamente necessário, pois fortalece a aliança e permite que o terapeuta conceitualize cuidadosamente e planeje um tratamento mais eficiente, voltado para os objetivos e metas acordados (BECK, 2022). Desse modo, será possível ao terapeuta elaborar uma hipótese de trabalho e um plano de tratamento. Complementarmente, Knapp (2004) pontua que conceitualizar cognitivamente é a habilidade mais importante que um terapeuta cognitivo-comportamental precisa desenvolver e dominar, sem ela a terapia será apenas um monte de aplicações de técnicas cognitivas e comportamentais com pobreza de resultado ou eficácia.

O modelo cognitivo de Aaron Beck é explicado a partir do substrato de três conceitos: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos. A tríade cognitiva, conforme já mencionado, trata-se de uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro (BECK et al., 1997). Já os esquemas cognitivos, são formados nas primeiras vivências infantis e fortalecidos ao longo da história de vida, influenciando cognições, comportamentos e estados de humor. Na idade adulta, a exposição a situações de perda ou fracasso semelhantes as estruturas disfuncionais, poderão ser reativadas, dando origem ao episódio depressivo (SAMPAIO et al., 2014). Os mesmos autores prosseguem afirmando que esta reativação leva à geração de pensamentos automáticos negativos, que se tornam progressivamente mais frequentes, autônomos e que dominam o mundo psicológico da pessoa deprimida.

As distorções cognitivas são erros sistemáticos no modo como são percebidas e processadas as informações. Nesse sentido, Aaron Beck compilou as distorções cognitivas mais proeminentes em pacientes deprimidos, a saber: a inferência arbitrária - conclusão antecipada e com poucas evidências, abstração seletiva - tendência da pessoa a escolher evidências de seu mau desempenho, supergeneralização - tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes e por fim, a personalização que é a atribuição pessoal geralmente de caráter negativo (BECK et al, 1979).

Mediante o exposto, percebe-se que reconhecer essas armadilhas do pensamento, pode ser o primeiro passo para verificar se o pensamento pode não ser totalmente preciso ou funcional (WENZEL, 2018). Complementando essa ideia, Beck (2022) acrescenta que ajudar os pacientes a identificar esse processamento de informações emocionais equivocadas pode facilitar que ele ganhe distanciamento dos seus pensamentos e os analise de modo mais funcional, podendo proporcionar uma melhora no seu quadro de humor.

Dessarte, Rangé e colaboradores (2011) pontuam que a TCC trabalha fundamentalmente com a identificação e a reestruturação cognitiva através dos pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares, conforme já mencionado. Com efeito, tais ajustes tendem a tornar o paciente mais consciente. Como definem Wright, Basco e Thase (2008) a consciência, nesse modelo de terapia, é o nível mais elevado da cognição, que leva a um estado mais racional nas decisões, que permite ao indivíduo controlar e medir as relações ambientais, agregar memórias passadas às vivências do presente, dominar e elaborar ações futuras.

#### **4.2 Características da TCC e seus princípios**

Prosseguindo as discussões em torno das características da Terapia Cognitivo-Comportamental, é importante destacar que este modelo de psicoterapia é breve, estruturada, direcionada ao presente, voltada a definir problemas atuais e a transformar os pensamentos, esquemas cognitivos e os comportamentos disfuncionais naturais de crenças centrais e intermediárias (BECK, 1997). Além disso, segundo Beck et al. (1997) é uma abordagem diretiva, objetiva, focada no aqui-e-agora, de tempo limitado e baseada no método científico. Ademais, abrange intervenções psicoterapêuticas que tem como objetivo: produzir mudanças nos pensamentos, nos sistemas de significados, além de uma transformação emocional e comportamental duradoura e proporcionar autonomia ao cliente, alcançando assim o alívio ou a remissão total dos sintomas (BECK, 1993).

Ainda se configura objetivo da Teoria Cognitiva, descrever a natureza de conceitos envolvidos em determinada psicopatologia, de maneira que quando ativados dentro de contextos específicos, podem caracterizar-se como mal adaptativos ou disfuncionais (BAHLS; NAVOLAR, 2010). Nessa mesma direção, a origem dos transtornos psicológicos advém da distorção com a qual o sujeito percebe os acontecimentos, o que influencia o afeto e o comportamento. Todavia, conforme pontua Falcone (2001) isso não significa que os pensamentos causam os problemas emocionais, mas sim que modulam e mantêm as emoções disfuncionais, independentemente de suas origens.

O modelo cognitivo-comportamental compreende que um mesmo evento pode gerar, em sujeitos diferentes, diversas formas de percepções, influenciando seu modo de agir e sentir. O que gera essa variação na maneira de reagir é a forma como cada pessoa pensa sobre aquilo que está vivendo, portanto, não é o evento que gera os comportamentos e as emoções, mas sim o que se pensa sobre o evento (RANGÉ et al., 2011). Assim, entende-se que é o processamento

cognitivo que leva o indivíduo a avaliar constantemente os eventos e estes tem significados próprios, interpretados como pensamentos automáticos (WRIGHT, 2018).

Ressalta-se que embora o foco da TCC seja o aqui-e-agora, é fundamental ter uma perspectiva longitudinal, conforme apontam Wright et al. (2018). Segundo os autores, deve-se considerar o desenvolvimento na primeira infância, histórico familiar, traumas, experiências evolutivas positivas e negativas, educação, história de trabalho e influências sociais, para entender completamente o paciente e planejar o tratamento. A longitudinalidade deixa mais robusto o modelo biopsicossocial adotado pela TCC, haja vista o entendimento de que o comportamento humano resulta das influências das interações complexas entre processos biológicos, influências ambientais e interpessoais e elementos cognitivo-comportamentais na gênese e no tratamento de transtornos psiquiátricos (WRIGHT et al., 2004).

No tocante ao tempo de sessão, Beck (2013) afirma que para o tratamento da depressão são recomendadas cerca de 16 a 24 sessões, com 50 minutos cada, aliadas a tarefas extra sessão, que trazem mudanças significativas no estado de humor do paciente. Tais mudanças, segundo a autora, decorrem de técnicas que auxiliam o paciente a ser o seu próprio terapeuta (BECK, 2013). Além disso, a Terapia Cognitiva é ideal para se trabalhar com qualquer faixa etária, qualquer nível de educação, individual ou em grupo, porém, é necessário que o terapeuta se ajuste às necessidades do público alvo e trabalhe sempre dentro dos princípios da Terapia Cognitiva (BECK, 1997).

Objetivando maior clareza sobre a teoria beckiana, recentemente, em 2022, a também terapeuta Judith Beck, filha biológica de Aaron Beck, lançou a terceira edição da obra *Terapia Cognitivo-Comportamental, teoria e prática*, onde ela aponta os quatorze princípios básicos da TCC:

#### **Quadro I – Princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental**

<b>Princípio nº 1.</b>	Os planos de tratamento da TCC estão baseados em uma conceitualização cognitiva em desenvolvimento contínuo.
<b>Princípio nº 2.</b>	A TCC requer uma aliança terapêutica sólida.
<b>Princípio nº 3.</b>	A TCC monitora continuamente o progresso do cliente.
<b>Princípio nº 4.</b>	A TCC é culturalmente adaptada e adapta o tratamento ao indivíduo.
<b>Princípio nº 5.</b>	A TCC enfatiza o positivo.
<b>Princípio nº 6.</b>	A TCC enfatiza a colaboração e a participação ativa.
<b>Princípio nº 7.</b>	A TCC é aspiracional, baseada em valores e orientada para os objetivos.
<b>Princípio nº 8.</b>	A TCC inicialmente enfatiza o presente.



<b>Princípio nº 9.</b>	A TCC é educativa.
<b>Princípio nº 10.</b>	A TCC é atenta ao tempo de tratamento.
<b>Princípio nº 11.</b>	As sessões de TCC são estruturadas.
<b>Princípio nº 12.</b>	A TCC utiliza a descoberta guiada e ensina os clientes a responderem às suas cognições disfuncionais.
<b>Princípio nº 13.</b>	A TCC inclui Planos de Ação (tarefa de casa da terapia).
<b>Princípio nº 14.</b>	A TCC utiliza uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.

Fonte: Beck J.S, 2022, p. 15-23.

Conforme apresentado no quadro acima, uma das características marcantes da TCC é a participação ativa do paciente no tratamento (princípio 6), de modo que a pessoa é auxiliada a identificar suas percepções distorcidas, reconhecer os pensamentos negativos e encontrar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto, buscando as evidências que sustentam os pensamentos disfuncionais e os alternativos, localizando pensamentos mais adaptativos, objetivando a reestruturação cognitiva (BECK, 1997). Um exemplo de colaboração ocorre ao final das sessões psicoterápicas, quando o paciente é solicitado a dar *feedback* sobre o que foi abordado naquele dia e também sobre sua evolução (CORDIOLI, 2008).

Um outro aspecto da Terapia Cognitivo-Comportamental é a aliança terapêutica sólida (princípio 2), que tende a auxiliar o paciente a evoluir em seu tratamento. Nesse sentido, Marback e Pelisoli (2014) postulam que uma aliança terapêutica eficiente é o ponto chave para facilitar a implantação de estratégias mais pontuais como a resolução de problemas, a busca de uma rede de apoio social, manejo das emoções, controle de impulsos e prevenção de recaídas.

A TCC enfatiza o caráter pedagógico (princípio 9), objetivando esclarecer o paciente sobre o seu transtorno, tornando-o participante ativo no processo de mudança que envolvem a cognição e aprendizagem, tendo por base a aliança terapêutica (MATOS, 2013). Conforme apontam Bhattacharjee et al. (2011), a psicoeducação envolve uma série de intervenções didáticas adequadas para informação, destinada aos pacientes e seus familiares em relação a sua condição ou características comportamentais, de seus sintomas ou doenças. Nessa mesma direção, Beck (2014) pontua que a psicoeducação é realizada através da descoberta guiada, fazendo uso do questionamento socrático no sentido de avaliar o pensamento.

A descoberta guiada é um recurso no qual o terapeuta evoca pensamentos automáticos, imagens ou crenças do paciente e faz uma série de perguntas para ajudá-lo a olhar com certo distanciamento, levando-o a avaliar a validade e utilidade das cognições e, assim descatastrofizar seus medos (BECK, 2013). Já o questionamento socrático é considerado por

Wright (2019) a espinha dorsal para ajudar nas intervenções dos pensamentos disfuncionais. Nessa técnica são feitas perguntas abertas que visam questionar os fundamentos dos pensamentos, suas evidências, como também, orientando e traçando perspectivas de interpretação frente às situações (RANGÉ; SOUZA, 2015).

Por fim, os terapeutas cognitivo-comportamentais utilizam-se de técnicas psicológicas que buscam elevar o nível de consciência do cliente, tais como a reestruturação cognitiva, o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), reatribuição, role-play, continuum cognitivo, planejamento de atividades, entre outras.

## **5 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NA TCC**

No tratamento da depressão, o ponto de partida é a fonte de sofrimento do cliente, ou seja, a partir das distorções que estão ocorrendo na forma do sujeito avaliar a si mesmo e ao mundo. Denominam-se “esquemas” a base para a avaliação das experiências. As estruturas cognitivas organizam-se em níveis nos quais os esquemas encontram-se no núcleo. Durante a terapia procura-se explorar cada um destes níveis de organização, partindo dos pensamentos automáticos até chegar ao sistema de crenças do sujeito. Então as crenças são testadas a partir de argumentos e propostas de exercícios que o paciente realizará durante a terapia e em demais contextos (SANTOS, 2017).

Considerando o manejo da depressão, a TCC busca propor mudanças no pensamento disfuncional do paciente e em suas crenças básicas, englobando a maneira como o paciente se vê, como vê o mundo e as pessoas ao seu redor, pois é assim que cada indivíduo aprende a identificar e avaliar seu pensamento de maneira realista, se dispõe a mudanças e consegue obter uma melhora (BECK, 2013).

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, o que leva a compreensão de que é imprescindível respeitar a individualidade do paciente, sua história pessoal e familiar, bem como suas características de personalidade, antes de encaixá-lo em um protocolo (DOBSON, 2016).

Dentre as técnicas mais utilizadas no tratamento da depressão, estão aquelas relacionadas ao automonitoramento, reestruturação cognitiva, técnicas de enfrentamento, treino de habilidades sociais e resolução de problemas. Tais técnicas visam tratar os sintomas da depressão através de alterações na cognição (visão de si, dos outros e mundo/futuro), para que estas possibilitem ao indivíduo novas tomadas de decisão e uma conduta mais assertiva

(KNAPP; BECK, 2008). Nesse viés, Wright et al. (2008) destacam que a ativação comportamental, a programação de atividades, o planejamento de tarefas graduais e o ensaio comportamental são também intervenções que podem ajudar no tratamento da depressão.

A ativação comportamental na depressão é uma ferramenta da psicoterapia, planejada como uma intervenção para ajudar na depressão, uma vez que ela está relacionada com as emoções do paciente, gerando mudanças no humor e no comportamento. Sua atuação compreende atividades para enfrentamento de esquivas rotineiras através do uso de diversas técnicas, dentre elas a resolução de problemas, visando auxiliar o paciente que tem dificuldades em se movimentar e enfrentar suas dificuldades. (SANTOS, 2017). Complementarmente, Carneiro (2016) acrescenta que a atuação da depressão é o foco da ativação, sendo seus processos o que proporcionam a redução da esquivas e da ruminação, através da observação dos problemas, das rotinas para a aplicação das estratégias de enfrentamento.

O automonitoramento por meio dos registros de pensamentos disfuncionais consiste em uma anotação de pensamentos em cinco colunas, que possibilita identificar e reconhecer os pensamentos automáticos, ajudando assim na modificação dos que estão disfuncionais, já que esses são de extrema importância no processo psicoterapêutico (WRIGHT, 2019).

Uma outra etapa importante da ativação comportamental consiste na determinação dos comportamentos que os pacientes devem se concentrar para melhorar seu humor. Uma exploração dos valores, do prazer e do domínio descreve muitas das coisas que fazem a vida valer a pena. Esse processo pode auxiliar a definir metas tangíveis que movam os pacientes em direção aquilo que é mais importante para eles (BARRACA et al., 2011). Esses mesmos autores ponderam que um outro aspecto a ser considerado é o domínio, que abrange atividades, como trabalho ou esportes, que envolvem o desenvolvimento de habilidades, de ações que os pacientes são capazes de realizar e terem uma sensação de domínio sobre seu ambiente, aumentando assim as emoções positivas, potencializando a criatividade.

Segundo Hopko et al (2011) muitas vezes a pessoa com depressão pode não sentir mais vontade de manejar metas e objetivos, sendo que metas e objetivos tracejam os passos que os indivíduos darão no sentido de experimentar suas vidas com mais plenitude. Portanto, ter objetivos fornece ao paciente metas para auxiliá-lo a ter mais prazer, domínio e comportamento orientado por valores.

A reestruturação cognitiva procura desafiar diretamente os pensamentos e as crenças disfuncionais, modificando-os ou substituindo-os por crenças mais adaptativas (CLARK; WELLS, 1995). Outra técnica utilizada no manejo clínico da depressão, é treino de habilidades,

cujo objetivo é possibilitar a capacidade do paciente de expressar emoções e interagir com as outras pessoas de forma assertiva e satisfatória (FRANÇA-FREITAS et al., 2017).

Já a resolução de problemas busca auxiliar o paciente deprimido a ter respostas mais funcionais diante de conflitos interpessoais e tomada de decisão. Segundo Beck (2022) consiste em incentivar o paciente a imaginar soluções para os seus problemas, perguntando como ele resolveu problemas similares no passado, ou como ele aconselharia um amigo íntimo ou familiar a resolver o mesmo tipo de problema. Outro item fundamental para o psicólogo atuar com êxito é sempre instilar a esperança, pois, em sujeitos depressivos a esperança é um sentimento muitas vezes distante, pois, na maioria das vezes as pessoas se encontram sem perspectivas para o futuro (LIMA; DERDYCK, 2001).

Por fim, é importante ressaltar que as últimas sessões de psicoterapia no manejo da depressão se voltam para a avaliação de ganhos e a prevenção de recaídas. Nesse sentido, a melhora do paciente pode ser fornecida como recurso para o enfrentamento de novas situações que incluam perdas e adaptações a novas situações-problema. Faz-se necessário, portanto, psicoeducar o paciente a lidar com a possibilidade de regresso dos sintomas característicos da depressão. Ademais, ruminações sobre recorrência de sintomas depressivos e suas implicações aumenta o risco de recaída.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A depressão tem sido atualmente um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes e preocupantes do planeta, atingindo cerca 350 milhões de pessoas, o que tem levado estudiosos e profissionais de áreas diversas a tratar a questão como um problema de saúde pública. No transcorrer desta pesquisa, notabiliza-se que os prejuízos psicossociais atingem não apenas a pessoa com depressão, mas também a família desta. Nesse sentido, há uma necessidade de investimento em práticas psicológicas que enfatizem as dificuldades comportamentais do sujeito depressivo, uma delas é a Terapia Cognitivo-Comportamental, que adota o modelo biopsicossocial e embasa-se na psicopatologia.

A TCC desempenha um papel importante na identificação de pensamentos automáticos negativos, crenças e esquemas cognitivos e distorções da realidade. Desse modo, a referida teoria tenta modificar o pensamento disfuncional e as crenças básicas do paciente, incluindo a maneira como o paciente se vê, vê o mundo e as pessoas ao seu redor, pois é assim que o sujeito aprende a identificar o pensamento de modo mais realista, obtendo melhora significativa. Ademais, a TCC permite à pessoa deprimida ter conhecimento sobre sua

patologia, o que aumenta o nível de consciência e amplia o repertório comportamental, tornando-o um sujeito mais ativo.

Verificou-se que no manejo da depressão, a ativação comportamental é uma ferramenta psicoterapêutica potente, auxiliando o paciente na compreensão das emoções, gerando mudanças no humor e no comportamento. Para tanto, diversas técnicas são utilizadas, objetivando o enfrentamento de esquivas e ruminções, dentre elas a resolução de problemas, que favorece o paciente que tem dificuldades em se movimentar e enfrentar suas dificuldades. Outra técnica é a identificação dos valores, do prazer e do domínio, que orientam o paciente a definir metas possíveis que o mova em direção aquilo que é mais importante para ele.

A reestruturação cognitiva visa desafiar diretamente pensamentos e crenças disfuncionais e substituí-los por cognições mais adaptativas. Além disso, o treinamento de habilidades pode expandir a capacidade do paciente de expressar emoções e interagir com outras pessoas de maneira confiante e satisfatória. Nesse viés, a instilação da esperança é fundamental para as pessoas com depressão, pois a esperança é um sentimento às vezes distante, que vem acompanhado de rebaixamento ou falta de perspectiva sobre o futuro.

Estudos têm mostrado que a combinação de medicação e psicoterapia é mais eficaz no prognóstico do transtorno depressivo maior do que a medicação sozinha. A revisão de literatura permite inferir que, sendo a depressão um transtorno multifatorial, exige o respeito às características individuais do paciente, sua história pessoal, familiar e suas características de personalidade.

Verifica-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental é breve, estruturada, diretiva, objetiva, baseada no método científico, focada no aqui-e-agora, voltada ao presente e aos problemas atuais. Considera os aspectos biopsicossociais na gênese dos transtornos psicológicos e tem por objetivo transformar pensamentos, esquemas e comportamentos disfuncionais, tornando-os mais realistas e adaptativos, favorecendo mudanças emocionais e comportamentais duradouras, tornando o paciente terapeuta de si mesmo.

Por fim, recomenda-se que sejam realizados novos estudos explorando a temática da depressão e sobretudo da TCC, visto que a produção nacional nesse campo ainda é muito escassa, sendo seus achados a maioria em língua inglesa.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B.B.; Terapia cognitivo-comportamental: conceitos e pressupostos teóricos. **Rev. Eletrônica Psicol.** v. 4, 2010.

BARRACA, J, PÉREZ-ÁLVAREZ, M; BLEDA, J. H. L. Evitação e ativação como chaves para a depressão: Adaptação da Escala de Ativação Comportamental para Depressão em uma amostra espanhola. **A revista espanhola de psicologia**, v. 14, n. 2, pág. 998-1009, 2011.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BECK, A. T.; DAVIS, D.D.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1993.

BECK, A.; ALFORD, B. A. **Depressão: Causas e tratamento**. Porto Alegre: Artmed. 2011.

BECK, A.T. *et al.* **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, A.T.; RUSH, A.J; SHAW, B.F; EMERY, G. **Terapia Cognitiva para depressão**. Nova York: Guilford Press; 1979.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e Prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BHATTACHARJEE, D.; *et al.* Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. **Delhi Psychiatry Journal**. 2011.

CARDOSO, L. R. D. **Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão**. *Psicologia Argumento*, v. 29, n. 67, p. 479-489, 2017.

CARNEIRO, A. M., KEITH. Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2016.

CIZIL, M.J; BELUCO, A.C.R. As contribuições da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão. **Revista Uningá**, v. 56, n. S1, p. 33-42, 2019.

CLARK, D. M.; WELLS, A. Um modelo cognitivo. **Fobia social: diagnóstico, avaliação e tratamento**, v. 69, p. 1025, 1995.

CORDIOLI, A. V *et al.* **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes e terapeutas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CORDIOLI, A.V. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr** 30(2):65-72. 2008.

CREMASCO, G. S.; BAPTISTA, M. N. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. v. 8, n.1, p. 22-37. 2017.

DECKRSBACH, T. GERSHUNY, B.S, OTTO, M. W. Cognitive-behavioral therapy for depression. **Psychiatr Clin North Am**. v. 23, n. 4, p. 795-809, 2000.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 06-11, 2000.

DOBSON, K.S. Novas fronteiras na terapia cognitivo-comportamental para depressão. **International Journal of Cognitive Therapy**, v. 9, n. 2, pág. 107-123, 2016.

DORFMAN, WILFRED. Tratamento medicamentoso combinado. **American Journal of Psychiatry**, v. 120, n. 3, pág. 275-276, 1963.

FALCONE, E. Psicoterapia Cognitiva. *In*: RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed. 2001.

FLECK, M. P.; HORWATH, E. Manejo farmacológico da depressão de difícil tratamento na prática clínica. **Serviços Psiquiátricos**, v. 56, n. 8, pág. 1005-1011, 2005.

FRANÇA-FREITAS, M. L de. P; PRETTE *et al.* Habilidades sociais e bem-estar subjetivo de crianças dotadas e talentosas. **Psico-USf**, v. 22, p. 1-12, 2017.

HOFFMANN, S. G. **Introdução à Terapia Cognitivo-comportamental Contemporânea**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HOPKO, D. R.; MAGIDSON, J. F; LEJUEZ, C. W. Falha de tratamento em terapia comportamental: foco na ativação comportamental para depressão. **Revista de psicologia clínica**, v. 67, n. 11, pág. 1106-1116, 2011.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva: **Revista Brasileira de Psiquiatria**; 2008.

KUYKEN, W. *et al.* **Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com clientes em terapia cognitivo-comportamental** Artmed Editora, 2010.

LACERDA, L. T. *et al.* **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Artmed Editora, 2009.

LEAHY, R. L. **Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LIMA C.V de O; DERDYCK P.R. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, p. 491-498, 2001.

MARCONI. M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, J. S. *et al.* Empatia e relação terapêutica na psicoterapia cognitiva: uma revisão sistemática. **Ver. Bras. Ter. Cogn.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 50-56. 2018.

MATOS, A. C. S; DE OLIVEIRA, I. R. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 12, n. 4, p. 512-519, 2013.

MELEIRO, A. R. **Bem-estar no trabalho: os aspectos do suporte do supervisor e estilos de liderança**. Dissertação (Mestrado), Universidade Metodista de São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, A. C. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-37, jun. 2019.

OLIVEIRA, M.S. **Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et al.* **Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas de saúde global**. Organização Mundial da Saúde, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. **10ª revisão**, p. 361-362, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários - Uma perspectiva global**. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças. Vol. 1**. Edusp, 1993.

POWELL, V. B. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Ver. Brasi, de Psiquiatr.**,

RANGÉ, B. P e colaboradores. 2º ed. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed. p. 567-567. 2001.

RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed. 2011.

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 845-848, 2016.



SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Manual de Psiquiatria Clínica**. 4th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2017.

SAMPAIO, D.; FIGUEIRA, M. L; AFONSO, P. **Manual de Psiquiatria Clínica**. Lisboa: Lidel, p. 59-77, 2014.

SANTA CLARA, C. J. S. **Melancolia: da antiguidade à modernidade - uma breve análise histórica**. Mental, Barbacena, v. 7, n. 13, p. x, 2009.

SANTOS, C. E. M; MEDEIROS, F. A. A relevância da técnica de questionamento socrático na prática Cognitivo-Comportamental. **Arch Health Invest**. 2017.

WENZEL, A. **Inovações em Terapia Cognitivo-Comportamental: Intervenções estratégicas para uma nova prática criativa**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

WILKINSON, I. **Sufrimento: Uma introdução sociológica**. Política, 2005.

WRIGHT *et al.* **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado** Porto Alegre: Artmed, 2008.

WRIGHT, J. H. *et al.* **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um guia Ilustrado**. Artmed Editora, 2009.

WRIGHT, J. H. *et al.* **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado**. Artmed Editora, 2018.

WRIGHT, J. H. *et al.* **Terapia cognitiva com pacientes internados: desenvolvendo um ambiente cognitivo**. Guilford, 1992.