



## Terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão: relato de experiência

Vitor Souza Mascarenhas<sup>1</sup>

### Como Citar:

MASCARENHAS; Vitor Souza. Terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão: relato de experiência. Revista Sociedade Científica, vol.7, n. 1, p.651-656, 2024.

<https://doi.org/10.61411/rsc202432617>

DOI: [10.61411/rsc202432617](https://doi.org/10.61411/rsc202432617)

Área do conhecimento: Ciências da Saúde

Palavras-chaves: depressão, terapia cognitivo-comportamental, experiência.

Publicado: 06 de fevereiro de 2024

### Resumo

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes no mundo. No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a sua prevalência é de 13 a 16% da população, sendo umas causas mais incapacitantes para as pessoas. O objetivo deste estudo foi demonstrar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno depressivo na prática clínica. Foram utilizados os instrumentos: inventários de sintomas de ansiedade de Beck (BAI); inventário de sintomas de depressão de Beck (BDI-II) e escala de desesperança de Beck (BHS). Foram realizados quinze atendimentos, com melhoras significativas dos sintomas relatados pelo cliente. O desenvolvimento dos atendimentos de forma criteriosa nesta abordagem se mostrou eficiente, comprovando os vários estudos e literatura sobre o tema.

### 1. Introdução

A depressão é um transtorno psiquiátrico muito prevalente na população mundial (1). Tendo alto impacto na vida do paciente, comprometendo aspectos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento (2).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OMS, 2022), a depressão é um dos transtornos mentais mais estudados por conta do elevado número de pessoas que, em decorrência dela, desenvolvem incapacidades funcionais temporárias que podem evoluir para limitações permanentes (3).

No Brasil, a depressão já alcança 5,8% da população, afetando 11,5 milhões de brasileiros (4). Dentre os países da América Latina, o Brasil apresenta o maior índice de

<sup>1</sup>UNIJORGE, Salvador, Brasil ✉



prevalência do transtorno, bem como é o segundo das Américas, perdendo apenas para os Estados Unidos, que apresentam 5,9% de casos (3).

Cerca de um terço de todos os transtornos depressivos apresenta-se na forma crônica e, em comparação a outros problemas de saúde, esses transtornos provocam uma deterioração mais significativa na qualidade de vida dos pacientes (2). Aproximadamente 15% de todos os pacientes depressivos tenderão a cometer suicídio durante um período de 10 a 20 anos (5).

A aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento da depressão, com sua eficácia comprovada, permite que o terapeuta conduza o paciente a acessar crenças e regras a partir dos dados ambientais e mnemônicos fornecidos pelo próprio paciente (6). O indivíduo depressivo traz esses dados saturados de erros de lógica e comportamentos disfuncionais (7). Com efeito, é possível afirmar que a TCC é uma ferramenta que desenvolve a confiança e a cooperação, tendo o paciente papel ativo em seu processo de mudança. Esse processo se dá em dois níveis, a saber: a aprendizagem e a cognição (8).

Muitos estudos e metanálises indicam que a TCC é efetiva no tratamento da depressão, seja leve, moderada ou grave (9,10). Além disso, a efetividade da TCC na depressão é tão ou mais robusta do que a farmacoterapia ou outros tipos de intervenções psicológicas (por exemplo, terapia interpessoal ou tratamento de apoio) (11).

## 2. **Relato de experiência**

Através da observação clínica foi possível observar a eficácia do tratamento da depressão com a abordagem cognitiva-comportamental. Dessa forma, o objetivo principal deste relato foi desenvolver prática clínica na abordagem cognitivo-comportamental no tratamento da depressão. As atividades foram realizadas em formato individual, os atendimentos aconteceram de forma individual, encontros semanais e durante três meses.



O cliente tinha idade de 43 anos, casado, classe média, ensino superior completo, diagnóstico de transtorno depressivo maior. Sintomas relatados: cognitivos (falta de concentração e lentidão durante a realização de atividades); comportamentais (irritabilidade e distanciamento social); Sono (excesso de sonolência); humor (ansiedade, solidão, tristeza, perda do interesse e desesperança).

As técnicas utilizadas foram: psicoeducação, ativação comportamental, reestruturação cognitiva (utilizando evocação de pensamentos e pressupostos, registro de pensamentos disfuncionais, seta descendente e prevenção a recaídas) e a utilização de inventário de sintomas de ansiedade (BAI), depressão de Beck (BDI-II) e a escala de desesperança de Beck (BHS) (12,13).

Na primeira sessão foi realizada a entrevista, aplicação dos inventários de sintomas de escala de desesperança Beck, questionário de distorções cognitivas de Beck, além da psicoeducação da terapia cognitiva e modelo depressivo. De tarefa para casa, foi passado o registro de pensamentos disfuncionais (RPD) (6).

Após conhecer a queixa do cliente, foi explicado o estabelecimento de metas, as agendas da sessão, checagem de sintomas e outras ferramentas terapêuticas. As sessões foram estruturadas da seguinte forma:

1. Estabelecimento de metas;
2. Estabelecimento de agenda;
3. Realização de avaliação/checagem de sintomas;
4. Ligar as sessões;
5. Dar feedback;
6. Dar compasso às sessões;
7. Prescrição de tarefa de casa;
8. Uso de ferramentas terapêuticas.

Os resultados dos atendimentos de acordo com os instrumentos

| Sessões | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9 | 10 |   |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|---|
| BAI     | 10 |    |    |    |    |    |    |    |   |    |   |
| BDI-II  | 27 | 25 | 24 | 21 | 15 | 13 | 11 | 10 | 9 | 6  | 2 |



---

BHS      10      8      8      5      4      2      1      1

---

Após 12<sup>a</sup> sessão, foram realizadas duas sessões de prevenção à recaída a cada quinze dias, os resultados do BDI-II foram de 3 pontos, classificado como mínimo e a 15<sup>a</sup> sessão após um mês da 14<sup>a</sup>, o resultado do BDI-II se manteve em 3 pontos. O relato do cliente foi de que estava realizando atividade física, melhora do apetite e sono. Estava conseguindo realizar todas as atividades diárias com menos lentidão e motivação, inclusive as atividades do trabalho. Todos os sintomas relatados na primeira sessão houve melhoras.

### 3. **Considerações finais**

Na década de 60 do século passado, Albert Ellis e Aaron Beck chegaram à importante conclusão de que a depressão resulta de hábitos de pensamentos extremamente arraigados e descreveram os conceitos fundamentais da TCC, além disso o trabalho é baseado em evidências eficazes(2,6).

Neste artigo, pretende-se apresentar o uso da (TCC) em pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo unipolar, descrevendo as técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas no tratamento. Desse modo, sabe-se que a aplicação adequada da terapia cognitiva, aliada a técnicas comportamentais e o conhecimento teórico, melhora autoestima, autoconfiança, independência e as emoções dos clientes que sofrem com este transtorno, além das melhoras em outras áreas da vida dele como: familiar, econômica, acadêmica, entre outras.

### 4. **Declaração de direitos**

O(s)/A(s) autor(s)/autora(s) declara(m) ser detentores dos direitos autorais da presente obra, que o artigo não foi publicado anteriormente e que não está sendo considerado por outra(o) Revista/Journal. Declara(m) que as



imagens e textos publicados são de responsabilidade do(s) autor(s), e não possuem direitos autorais reservados à terceiros. Textos e/ou imagens de terceiros são devidamente citados ou devidamente autorizados com concessão de direitos para publicação quando necessário. Declara(m) respeitar os direitos de terceiros e de Instituições públicas e privadas. Declara(m) não cometer plágio ou auto plágio e não ter considerado/gerado conteúdos falsos e que a obra é original e de responsabilidade dos autores.

## 5. Referências bibliográficas

1. Bezerra MLO, Siquara GM, Abreu JNS. Relação entre os pensamentos ruminativos e índices de ansiedade e depressão em estudantes de psicologia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2018;7(2):235.
2. Beck, A.; Alford B. *Depressão: causas e tratamento*. 2ª. Porto Alegre: Artmed; 2011.
3. OMS/PAHO. OMS/PAHO. 2022 [cited 2022 Apr 5]. Transtornos Mentais. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. 2010. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)
5. Ramos FP, Correia S, Freitas DF De, Mendes L, Gangussu B, Bicalho AH, et al. Fatores associados à depressão em idoso Factors associated with depression in the elderly Factores asociados a la depresión en ancianos. *Electronic Journal Collection Health*. 2017;19(2178–2191):1–8.
6. Beck et al. *Terapia Cognitiva da Depressão*. 1ª edição. Cunha J, editor. Pennsylvania: Pearson; 2001. 1–171 p.
7. Beck, Aaron T.; Alford BA. *Depressão: causas e tratamento*. 2ª. Porto Alegre: Artmed; 2011. 344 p.
8. Powell, Vania Bitencourt, Abreu N, Oliveira IR de, Sudak D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30(Supl II):73–80.



9. Oar EL, Johnco C, Ollendick TH. Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017;40(4):661–74.
10. Stein AT, Carl E, Cuijpers P, Karyotaki E, Smits JAJ. Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychol Med*. 2021;51(9):1491–504.
11. Oliveira AC. Eficácia da terapia cognitivo- comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. 2019;15(1):29–37.
12. AARON T. BECK, ROBERT A. STEER GKB. Inventário de Depressão de Beck. Pearson. 2014;172.
13. AARON T. BECK, ROBERT A. STEER GKB. Inventário de Ansiedade de Beck. Pearson. 2011;172.