

## O USO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO: UMA ABORDAGEM EM GRUPO



Partinobre Brito Freitas

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Brasil*

Terezinha Rech

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Brasil*



### Resumo

A depressão tem atingido amplos grupos sociais sem distinção entre eles e, constantemente, está associada como comorbidade a outras doenças. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) começou a ser estruturada pelo psicanalista e psiquiatra Aaron Beck para oferecer tratamento a pessoas deprimidas. Foi aprimorada e chegou a propostas de tratamento em grupo desenvolvidas por Aaron Beck e demais colaboradores. Este estudo procura fazer uma breve revisão dos temas da TCC e de sua aplicação no tratamento em grupo para depressão, desde a sua formulação até a revisão do uso dessa terapia na atualidade. Foram analisados artigos do ano de 2008 dessa metodologia de trabalho e comparados com os cânones dessa tipologia de tratamento.

**Palavras-chave:** Terapia, Cognitivo-Comportamental, depressão e grupo.

### Introdução

A depressão mostra-se como um fenômeno crescente, atingindo públicos amplos sem distinguir sexo, classe econômica ou faixa etária. Não é exagero referir-se a ela como o mal do século XXI. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) prevê que, até 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação para o trabalho, perdendo apenas para doenças cardíacas.

De acordo com a OMS (2001), a depressão é um problema de saúde que afeta cerca de 121 milhões de pessoas no mundo. O *site* Psiqueweb (2009) aponta mais de 400 milhões de indivíduos atingidos pela psicopatologia em escala mundial, afetando 15% da população em pelo menos um momento de suas vidas. A estatística anterior era de 10%. Ela constitui a manifestação mais comum dos distúrbios afetivos, podendo variar de uma condição muito

discreta até a depressão grave, acompanhada de alucinações e delírios (FRAZER, 1997 apud PEDRAZZA 2007).

A depressão é uma das psicopatologias mais estudadas em virtude do elevado contingente da população que sofre dela e que acaba desenvolvendo incapacidades funcionais temporárias, podendo chegar até a limitações permanentes (Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) – 2001).

Os autores White e Freeman (2003) apontam possibilidades de tratamento para depressão em modalidade de grupo, assinalando a coesão do grupo, o interesse das pessoas em se tratarem e o querer participar como pontos relevantes. Para eles, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em grupo é centrada na tarefa e focalizada na finalidade de resolver questões ligadas aos problemas dos pacientes participantes do processo terapêutico.

Levando em conta os apontamentos apresentados pelo precursor da TCC Aaron Beck (1997), destaca-se como relevante a existência de diferenciadas conduções para o tratamento da depressão: *“é crucial definir formas específicas de psicoterapia e definir sua efetividade”* (BECK et al 1997, p. 4).

O presente estudo buscou realizar uma revisão das atuais propostas de tratamento na modalidade grupal para pessoas identificadas com depressão, seguindo a fundamentação teórica e técnica da TCC na condução do tratamento, quais os resultados efetivos encontrados e, ainda, de que maneira podem contribuir para melhorias na assistência da saúde pública. Como metodologia, pesquisou-se publicações do ano de 2008 sobre tratamentos encontrados na atualidade para pessoas diagnosticadas com depressão, realizados na modalidade de grupo e embasados na TCC. Os resultados encontrados foram comparados com as bases da TCC em grupo e seus principais teóricos.

### **Histórico da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)**

Beck (1964) desenvolveu a terapia cognitiva para o tratamento da depressão como um método estruturado, de curto prazo, orientado para o presente e dirigido para a resolução de problemas atuais, por meio da modificação do pensamento e do comportamento disfuncional.

Para entender a depressão, foi importante para o autor manter o foco nas experiências prevaletes de desamparo e de falta de esperança – estruturas de crenças cognitivas bastante responsivas à terapia cognitiva proposta por Beck et al. (1997).

A primeira descrição da terapia cognitiva em grupo foi fornecida por Hollon e Shaw (1979). Freeman (1983) editou o primeiro texto sobre TCC que abordava exclusivamente o tratamento de casais e de grupos como uma extensão da teoria e da prática da origem da TCC que funcionava na terapia individual. Lewinsohn, Muñoz, Youngren e Zeiss (1986) desenvolveram um protocolo específico para o tratamento em grupo da depressão que incluía ensinar habilidades específicas aos participantes, como o relaxamento, o planejamento de atividades agradáveis e a assertividade social. Miranda, Schreckengost e Heine (1992) criaram um tratamento em grupo semanal para pacientes externos com depressão no ambiente de um hospital.

Mackenzie (1997), ao abordar questões sobre o trabalho em grupo com tempo administrado, descobriu que as bases comuns são maiores entre os tópicos tradicionalmente dentro do domínio da TCC, como a prevenção da recaída e o estabelecimento de objetivos.

Uma contribuição importante para o desenvolvimento desse método de TCC em grupo para o tratamento da depressão foi fornecida no trabalho de Yalom (1983), no qual abordou as necessidades exclusivas de fornecer a terapia em grupo em locais com pacientes internos.

Para White e Freeman (2003), o que Yalom (1983) descrevia em ambientes com pacientes internos tornou-se endêmico no tratamento de saúde mental no século XXI, especialmente para a terapia em grupo.

Esse ponto diz respeito à necessidade de se adotar um caráter breve nas sessões e de direcionar o tratamento para objetivos claros, no sentido da superação das dificuldades incapacitantes típicas da depressão. Aparece aqui a figura ativa do terapeuta para o sucesso do tratamento.

Conforme Yalom (1983), os terapeutas de pacientes internos em grupo devem estruturar e ativar o grupo e também convocar os participantes, apoiá-los ativamente e interagir pessoalmente com eles. Não há lugar para o terapeuta passivo e inativo na terapia com pacientes internos em grupo (YALOM, 1983 apud WITHE; FREEMAN, 2003).

### **Pertinência para os serviços públicos de saúde mental**

Poderíamos dar especial atenção à díade psicoterapia e características do terapeuta, entendendo os objetivos de se oferecer respostas satisfatórias dentro de um tempo menor de tratamento. Tais objetivos combinam com a demanda apresentada nos serviços públicos de

saúde mental, pois geralmente necessitam maior capacidade de atendimento do que dispõem para oferecer.

Levando em consideração a Portaria nº 336/GM (BRASIL, 2002), as diretrizes orientadoras não mais preconizam a internação em hospitais psiquiátricos como principal metodologia de tratamento. Porém, continuam emergentes respostas rápidas ao tratamento que valorizem a vinculação do paciente ao serviço de atenção.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) fala de reorientação do modelo assistencial, bem como da criação de normas objetivas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica e da constituição da rede de substituição ao modelo de internação no hospital psiquiátrico, visando à autonomia do usuário no desenvolver do seu tratamento e evitando o uso inadequado de leitos psiquiátricos, sem que isso acarrete redução na assistência.

Convém considerar aqui a motivação pessoal para a elaboração deste trabalho a partir da experiência como residente multiprofissional em dois campos distintos de atendimento no campo da saúde mental: o Ambulatório de Saúde Mental da UBS Morro Santana e o Campus Aproximado Vila Fátima da PUCRS, ambos na cidade de Porto Alegre. Nesses locais, a partir da experiência do cotidiano de trabalho, acompanhamos o grande e diverso contingente de pessoas acometidas por depressão e o fato de muitas dessas voltarem em diferentes momentos a esses serviços na procura de tratamento.

Em função disso, ficamos instigados em conhecer mais sobre a ferramenta grupal e como ela poderia contribuir para a demanda por atendimentos, anteriormente citada, dentro da complexidade que se apresenta atualmente no sistema público de saúde.

### **Terapia Cognitiva**

A Terapia Cognitiva é uma abordagem ativa, diretiva e estruturada. Fundamenta-se numa base lógica teórica subjacente segundo a qual o afeto e o comportamento de um indivíduo são largamente determinados pelo modo como ele estrutura o mundo, ou seja, como as pessoas desenvolvem determinadas crenças sobre si mesmas, sobre outras pessoas e sobre o mundo.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) caracteriza-se por ser breve, entre 12 e 20 sessões estruturadas, e com objetivos claros a serem atingidos. É prática e com tarefas em que o papel tanto do paciente quanto do terapeuta são ativos. Ela pode ser individual ou em grupo.

A TCC concentra-se em diversos tipos de crenças: as expectativas, as avaliações (ou imputações) e as atribuições de causalidade ou responsabilidade do paciente (HOLLON; KRIS, 1984 apud BECK; TANG; DE RUBEIS, 2006). Quando o paciente presta atenção no conteúdo da sua reação cognitiva, ele sente-se estimulado a enxergá-la como uma hipótese em vez de um fato. Ou seja, uma proposta possível, mas não necessariamente verdadeira. Segundo os autores, a formação de uma crença como uma hipótese é chamada de “distanciamento” (2006, p. 270) e visa a enfatizar a maneira na qual é possível se dissociar de uma crença para permitir uma análise mais objetiva.

As cognições baseiam-se em atitudes ou suposições (crenças) desenvolvidas a partir de experiências prévias, em geral na infância, na medida em que a criança interage com outras pessoas de convivência significativa.

O modelo cognitivo, conforme Beck et al. (1997) pressupõe dois elementos básicos na condução terapêutica e é fundamentado na premissa de que o comportamento e a emoção de uma pessoa são determinados, em parte, em como ela organiza suas cognições.

O primeiro deles é a Tríade Negativa, que é a tendência de a pessoa deprimida possuir uma visão negativa de si mesma, uma visão negativa do presente e uma visão negativa do futuro.

O segundo são as distorções cognitivas, nas quais erros sistemáticos nas percepções e nos processos de informação caracterizam as experiências do indivíduo de forma absolutista, invariante e irreversível.

A investigação do conteúdo das cognições dos pacientes deprimidos fez com que Beck et al (1997) criassem uma tipologia das distorções cognitivas, como:

- Interferência Arbitrária, que significa conclusões tiradas sem evidências reais.
- Abstração Seletiva, que significa fixação em um detalhe do contexto global sem considerar outros fatores em que, geralmente, esse detalhe possui conotação negativa.
- Supergeneralização, que consiste no estabelecimento de regras e de conclusões gerais baseadas em um ou mais incidentes isolados e na aplicação do conceito indiscriminadamente em situações relacionadas.
- Maximização e Minimização, que se referem à dificuldade em avaliar o significado e a magnitude do evento. A pessoa tende a desvalorizar um mérito próprio e a valorizar outras pessoas e situações em detrimento a ela.

- Despersonalização, que se mostra na tendência em relacionar eventos externos à sua própria pessoa, mesmo que sem base para estabelecer tal relação. Ou seja, não existem evidências para se tomar conclusões, geralmente relacionadas a sentimentos de recusa e repulsão para com a pessoa.

Para Lima (2003), as distorções cognitivas permeiam todos os sintomas afetivos, comportamentais e motivacionais da pessoa deprimida. Podem aparecer como pensamentos automáticos, manifestados de forma rápida e breve por conteúdos negativos, e por esquemas disfuncionais com padrões cognitivos estáveis adquiridos durante a vida.

Beck e colaboradores (2006) propõem que as pessoas deprimidas apresentam distorções no processamento de informações, que resultam em uma visão negativa persistente de si mesma, do futuro e do mundo. Presume-se que esses conteúdos e processos cognitivos estejam por trás dos sintomas comportamentais afetivos e motivacionais da depressão.

O modelo cognitivo de transtornos emocionais, do autor acima citado, afirma que, para entender a natureza de um episódio ou de uma perturbação emocional, é preciso se concentrar no conteúdo cognitivo da reação do indivíduo ao evento ou da linha de pensamento perturbadora.

Mudanças com diversos tipos de resultados são propostas (BECK et al, 2006) e apontam que a preocupação com os eventos perturbadores do passado recente diminui, pois os aspectos que inicialmente eram perturbadores nas crenças sobre eles já não ocorrem. Essa redução na preocupação tem o efeito de limitar o afeto negativo que normalmente ocorreria durante rumações ou recordações sobre dados eventos.

A qualidade estranha ou inexplicável que as reações emocionais têm para muitos pacientes torna-se, então, compreensível. Esse sentido de controle, esperança e conforto, que segue à adoção do modelo cognitivo, é considerado comum em muitas formas de psicoterapia. Ao adotar simplesmente um conjunto de princípios organizadores ou uma visão coerente do mundo, o paciente começa a enxergar uma luz no fim do túnel.

Ingredientes ativos da terapia cognitiva sugerem que ela funciona ajudando os pacientes a aprender a testar sistematicamente suas crenças e a modificar suas tendências ao processamento disfuncional de informações (BECK, 1964; BECK e cols., 1997).

### **Aspectos do tratamento em grupo**

Alguns aspectos apresentam relevância no tratamento realizado na modalidade de grupo. Para Yalom (2008), existem evidências de que certos pacientes podem obter mais benefícios com a terapia de grupo do que com outras abordagens, particularmente pacientes que lidam com estigmas ou com isolamento social, bem como aqueles que procuram desenvolver novas habilidades de enfrentamento.

O autor, por meio de pesquisas realizadas sobre o tema grupo, chama a atenção para a necessidade de um relacionamento terapêutico envolvido e coeso para o desenvolvimento de um adequado processo de tratamento.

Na descrição de Yalom (2008), a coesão é amplamente definida como o resultado de todas as forças que agem sobre os membros, fazendo com que permaneçam no grupo, ou, de forma mais simples, é a atração de um grupo por seus participantes. No entanto, não é uma força terapêutica potente por si só. Ela é uma pré-condição para que os outros fatores terapêuticos funcionem e operem no grupo.

White e Freeman (2003) propuseram como estrutura e conteúdo que as sessões em grupo sejam divididas em quatro partes.

A primeira parte da sessão refere-se ao registro. Os participantes do grupo compartilham os fatos significativos da semana, relatando mudanças na depressão e aspectos de recuperação em relação aos sentimentos de incapacidade típicos da depressão.

A segunda parte da sessão é a agenda. Esta serve para os pacientes e o terapeuta determinarem sobre o que é mais importante falar, levando em conta que as decisões são tomadas em consenso.

A terceira parte da sessão consiste na avaliação da resposta adaptativa, que é definida por Beck (1964 e 1970), Beck e cols. (1997) e Beck et al. (2006) como o principal mecanismo terapêutico da TCC. Representa o processo psicológico pelo qual um indivíduo, que se percebeu preso em seus próprios pensamentos e sentimentos, começa a entender que há outras escolhas e oportunidades reais. Não deve ser confundido com aconselhamento, visto que cada participante é responsabilizado pelas mudanças que necessita fazer.

A quarta parte da sessão organiza a lição de casa, ou seja, procura-se, no dia a dia, colocar em prática o que foi discutido na sessão, integrando a terapia à vida cotidiana. Tem fundamental importância à medida que permite ao paciente integrado no grupo a oportunidade de aprender com a experiência de outras pessoas.

## **Metodologia**

Foi realizada revisão bibliográfica observando as publicações disponíveis na base Psycinfo abertas para consulta na biblioteca da PUCRS e com data de publicação do ano de 2008, à exceção de uma publicação com data de 2007, incorporada pela sua relevância. Esses artigos foram analisados e comparados com os principais estudos pesquisados por Aaron Beck sobre depressão com o objetivo de conhecer quais propostas surgiram para o tratamento da depressão em grupo dentro da TCC.

Para a localização, foram usados os seguintes descritores da biblioteca Psycinfo: depressão, grupo e psicoterapia cognitivo comportamental (depression, group and cognitive behavioral psychotherapy).

Os critérios para seleção definidos *a priori* para inclusão do material foram artigos em português ou inglês que discutiam e/ou avaliavam tratamentos realizados para depressão em grupo e individual, predominantemente no ano de 2008.

Independente da categoria profissional, todos se incluíam como trabalhadores do campo da saúde mental. O estudo focou no referencial metodológico utilizado, com tratamento subsidiado na TCC.

Para exclusão, foram adotados como critérios artigos que não tivessem contidos o ano de 2008, à exceção de um com data de 2007, e estudos que abordassem o tratamento para a depressão em grupo por outra orientação teórica que não a TCC.

A revisão dos estudos selecionados levou em consideração a busca bibliográfica, observando as descrições apresentadas do tratamento, a identificação das principais atividades abordadas e as propostas desenvolvidas com resultados favoráveis.

Por fim, foram comparados os resultados encontrados com as propostas beckenianas correspondentes para as bases teóricas da TCC no tema estudado.

## **Resultados: um pouco da atualidade sobre a TCC em grupo**

Os artigos encontrados na base Psycinfo abertos para consulta na biblioteca da PUCRS no ano de 2008 e utilizados neste estudo foram cinco. Dentre os resultados encontrados, podem-se citar temas relevantes a este estudo que dizem respeito ao tratamento em grupo para depressão e fobia social; a depressão como sintoma e aspectos específicos de gênero na reabilitação de pacientes com lombalgia crônica; grupo de pacientes com câncer associado à



depressão; a associação com dor e a influência dos transtornos afetivos concomitantes; e um comparativo entre as respostas ao tratamento com cloridrato de fluoxetina e TCC.

Mcevoy (2008), ao estudar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo para o tratamento de fobia social, seguindo o modelo de tratamento para depressão em grupo em uma clínica comunitária de saúde mental da Austrália, encontrou reduções significativas nos sintomas de ansiedade social e depressão.

Identificou que mais da metade dos sujeitos que completaram o tratamento alcançaram uma mudança confiável. Um terço deles alcançou mudanças clinicamente significativas na escala da fobia social e no Inventário Beck de Depressão. Contudo, poucos alcançaram mudanças significativas na escala de ansiedade e interação social. O autor concluiu que a Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo tem efetividade comprovada em clínicas comunitárias de saúde mental.

As amostras do estudo apresentavam sintomas de depressão substancialmente mais altos que nos estudos comparativos, porém não apresentavam resposta favorável para os sintomas de ansiedade social.

A técnica da reestruturação cognitiva foi apontada como complementar, sendo indicada no âmbito individual, ou seja, aplicada em cada paciente em populações consideradas com problemas complexos.

Esse estudo sugeriu as seguintes conclusões sobre a necessidade de se considerar os sintomas pré-tratamento antes de interpretar a melhora clínica como um índice de eficácia do tratamento. A terapia em grupo alcança comparativamente mais resultados significativos do que a terapia individual, com um número menor de horas destinadas para atendimento. São necessárias, contudo, estratégias individuais de avaliação.

Mcevoy (2008) encontrou semelhanças entre os tratamentos da TCC em grupo e na modalidade individual, como estratégias individualizadas; incentivo a abandonar comportamentos de insegurança; estratégias para desviar a atenção externa, a fim de reduzir a autoatenção e de recolher os dados relativos às previsões negativas; experimentos comportamentais; aplicação de princípios de antecipação e pós-evento de transformação; e reestruturação cognitiva das crenças negativas.

Mohr B. et al. (2008) realizaram um estudo com indivíduos sobre a influência de sintomas depressivos e de gênero na lombalgia crônica, no qual acompanhou a reabilitação

em intervalos de três e de seis meses. Foram observadas melhorias em todos os sujeitos reabilitados.

Em contrapartida, seis meses após a reabilitação, apenas medidas relacionadas à dor moderada mostraram melhorias. A médio prazo, os resultados foram influenciados pelo sexo e por sintomas depressivos. As mulheres mostraram reabilitação mais estável nos resultados de intensidade da dor, em função da imparidade relacionada à família e ao lazer, das estratégias de enfrentamento da dor, da percepção de autocompetência e do relaxamento.

Nesse estudo, os pacientes do sexo masculino com sintomas depressivos graves revelaram-se regressivos na reabilitação dos resultados para dor em variáveis relacionadas, bem como ao lidar com a dor na estratégia de reestruturação cognitiva. Os homens ainda apresentaram uma deterioração da capacidade funcional e maior somatização comparativamente ao período anterior à reabilitação.

Esse estudo sugeriu melhoras nos sintomas da depressão em tratamentos para pacientes com quadro grave, mas subclínicos na condição de gênero. Assim, indica aplicação de tratamentos específicos para a condição de gênero.

Westoby et al. (2008) utilizaram-se do estudo de Roth et al. (2005) para indicar que a presença de um transtorno afetivo, como depressão, é uma fonte primária de perturbação cognitiva para dor. Westoby et al. (2008) realizaram um estudo para indicar como é importante analisar o papel da depressão e da ansiedade como potencial fonte de confusão na relação entre a queixa cognitiva e a dor.

Apesar da coocorrência de queixas cognitivas e de dor ser mais comumente relatada nos participantes com sintomas afetivos, uma relação significativa foi observada também naqueles livres de ansiedade e depressão. Assim, embora os transtornos afetivos possam desempenhar um papel importante, eles não explicam totalmente as conclusões levantadas.

Para Mallen Peat (2008) apud Westoby et al. (2008), a associação entre dor e depressão, particularmente em pessoas mais velhas, é bem conhecida e levou muitos clínicos a reconhecerem ativamente a depressão comórbida em pacientes com dor e vice-versa.

Os resultados demonstraram que as queixas cognitivas também são comuns em uma população geral de adultos e idosos, estando fortemente relacionadas com o relato de dor, uma relação que é independente da presença concomitante de transtornos afetivos.

T. Anderson, M. Watson e R. Davidson (2008) realizaram um ensaio de viabilidade para avaliar se a utilização de técnicas da TCC para ansiedade e depressão em um

atendimento paliativo seria uma intervenção aceitável. Também pesquisaram se profissionais de cuidados paliativos com formação curta em saúde mental poderiam aprender a aplicar adequadamente tais técnicas no atendimento de pacientes de um hospital da Irlanda do Norte, que oferece cuidados paliativos especializados em internação, ambulatório, hospital-dia e serviços comunitários.

Participaram desse estudo 11 pacientes admitidos na unidade de internação hospitalar num período de dez semanas. Os casos eram discutidos pela equipe multidisciplinar. Dez dos pacientes apresentavam alguma variedade de câncer com diferentes diagnósticos e um paciente sofria de Doença Motora Neuronal.

A eficácia apontou que dez dos onze pacientes acharam as intervenções da TCC muito úteis; desses, oito afirmaram que experimentaram uma melhora no humor ou na ansiedade como resultado. Houve uma diminuição da ansiedade e da depressão nos escores de sete pacientes segundo a escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*).

Para depressão grave, seria mais apropriado a TCC ser ministrada por profissionais da saúde mental com formação mais avançada. Contudo, nem sempre se consegue referir cuidados paliativos aos pacientes por profissionais especializados. Os autores sugerem que a formação em TCC, juntamente com a supervisão, podem capacitar profissionais de cuidados paliativos a gerir problemas psicológicos de forma mais eficaz.

As técnicas mais úteis para os pacientes nesse estudo foram a utilização de diários para identificar pensamentos negativos, levando em conta vantagens e desvantagens, bem como a ligação de pensamentos, sentimentos e comportamentos, e a criação de metas. O *feedback*, por meio do resumo do grupo terapêutico, foi utilizado para ajudar os pacientes a lembrar e a analisar as questões discutidas.

Riggs et al. (2007) elaboraram um ensaio controlado aleatório de fluoxetina e terapia cognitivo-comportamental em adolescentes com depressão maior. O objetivo do estudo era avaliar o efeito do cloridrato de fluoxetina versus placebo em transtorno depressivo maior, desordem de consumo de substâncias (SUD) e desordem de conduta (CD) em adolescentes recebendo terapia cognitivo-comportamental (TCC) para SUD.

Participaram desse estudo 126 adolescentes com idades entre 13 e 19 anos, selecionados do serviço onde realizavam tratamento. Eles receberam, pelo DSM IV, critérios diagnósticos de transtorno depressivo maior. As intervenções realizadas foram 16 semanas de

cloridrato de fluoxetina (20 mg/dia) ou placebo, com ambos os grupos acompanhados de TCC.

O tratamento consistiu em sessões semanais individuais, mas também poderia incluir duas sessões em família. A terapia cognitivo-comportamental e as técnicas motivacionais de reforço foram utilizadas para ajudar os adolescentes a reduzirem seu consumo de droga, melhorando suas competências de enfrentamento nas tomadas de decisões relacionadas ao uso de substâncias e na prevenção de recaídas.

Os resultados mostraram que a fluoxetina combinada com a TCC evidenciou uma maior eficácia do que o placebo e a TCC, de acordo com alterações na Escala Revisada do Nível de Depressão Infantil (efeito tamanho, 0,78), mas não na resposta terapêutica sobre a Impressão de Melhoria na Clínica Global (76% e 67%, respectivamente; risco relativo, 1,08). Houve uma diminuição global na autorreferida utilização de substância (4,31 dias e 95% de intervalo de confiança, 2,12-6,50) e nos sintomas CD (risco relativo, 1,20; intervalo de confiança 95%, 0,82-1,59), mas nenhuma diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa.

No entanto, a resposta ao tratamento de 67% do placebo é tão elevada quanto ou maior do que o relatado para o braço de medicação ativa nos demais estudos, e é mais do que o dobro da taxa média de resposta de placebo de 29% com base na mesma medida e na definição de resposta do tratamento. Isso sugere que a TCC pode ter contribuído para a resposta do tratamento da depressão acima do esperado e para o misto de resultados eficazes.

## **Discussão**

O trabalho até aqui realizado não tinha como propósito esgotar as fontes de consulta ou se tornar denso em discussões teóricas. Contudo, levou em consideração os principais temas que dizem respeito ao tratamento para depressão na modalidade de grupo dentro do aporte clínico da TCC.

A aplicabilidade da TCC ao tratamento em grupo mostra-se ampla, podendo ser efetuada em diferentes grupos etários e com alguma patologia específica em que um quadro depressivo comórbido estaria associado. Apresentou-se relevante levar em consideração a organização e a sistematização do atendimento para pessoas acometidas pela depressão nos serviços onde os estudos foram aplicados.

O aparato teórico e técnico esteve associado a uma organização da assistência clínica com resultados positivos no tratamento. Além disso, a capacitação de profissionais para cuidados paliativos dentro da abordagem da TCC obteve respostas positivas e pôde oferecer melhorias na qualidade de vida e na recuperação da sociabilidade dos pacientes atendidos.

Essa ideia procura romper com o paradigma de que somente profissionais com especialidade em saúde mental poderiam prestar atendimento qualificado no tratamento para depressão.

Os temas até aqui percorridos vêm ao encontro da proposta de descentralização da atenção em saúde mental e de reorientação do modelo de atendimento na saúde pública no Brasil.

A valorização do vínculo do terapeuta e dos demais trabalhadores da saúde envolvidos com os sujeitos atendidos, tanto na modalidade grupal como na individual, é tida como um importante elemento para se efetivar a coesão em torno dos objetivos a serem alcançados no tratamento. E, partindo da ideia do vínculo firmado, possibilita aos profissionais técnicos e aos usuários desenvolverem um trabalho num território conhecido e compartilhado por todos.

A diferença encontrada entre as modalidades de tratamento individual e em grupo, com respostas positivas no restabelecimento funcional das habilidades sociais, foi a necessidade de menor número de sessões para a modalidade de grupo. Contudo, aponta-se a importância da avaliação individual, na qual se considera a história pré e pós-tratamento.

A necessidade de menos horas destinadas ao tratamento e, conseqüentemente, de um menor número de sessões, ao final representaria uma redução de custos sem deixar de oferecer um tratamento eficaz e resolutivo aos pacientes deprimidos. Isso representa especial relevância para os gestores dos serviços, que frequentemente justificam a não realização de algumas práticas em saúde devido à falta de recursos financeiros.

Se comparados, os estudos levantados não apresentaram nenhuma reformulação significativa para a condução e a sistematização do tratamento, conforme o desenvolvido no modelo beckeniano e demais precursores.

Este estudo pôde reconhecer a abrangência do tratamento para depressão, transtorno que, na atualidade, atinge mais de 400 milhões de pessoas no mundo sem distinguir grupos etários, econômicos e sociais.

Dessa maneira, faz-se necessário um maior número de estudos para uma aplicação efetiva da TCC no tratamento da depressão devido à diversidade dos grupos e às limitações causadas por essa patologia.

## **THE USE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDER: A GROUP APPROACH**

### **Abstract**

Depression affects a variety of social groups without distinction, and usually occurs as comorbidity with other disorders. The Cognitive Behavioral Therapy (CBT) was originally structured by Aaron Beck to provide treatment to depressed people. It was later improved by him and his collaborators and developed into a proposal of group therapy. This study comprises a brief review of CBT topics and their application in group therapy of depression, from its formulation to its current employment. Recent publications regarding this method were analyzed and compared to the canons of this type of treatment.

**Keywords:** depression, group and cognitive behavioral psychotherapy

### **Referências**

ANDERSON, T., WATSON, M., DAVIDSON, R. The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliative Medicine*. Londres: SAGE Publications, v.22, n.7, p.814-821. 2008.

BECK, A. Thinking and depression: II Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*. Belmont: JAMA & Archives, v.10, n.6, p.561-571. 1964.

BECK, A. Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*. University of Pennsylvania, USA: Elsevier v.1, n.2, p.184-200, 1970.

BECK, A. T; RUSH, A., SHAW, B., E EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, A; DE RUBEIS, J; TANG, T. *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL, ATO Portaria nº336/GM. *Considerando a Lei nº 10.216, de 06/04/01*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Brasília, DF, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view7322.htm/>> Acesso em jun. 2009.

FREEMAN, A. *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum Press, 1983.

LEWINSOHN, P.; MUNÕZ, R.; YOUNGREN, M.; ZEISS, A. *Control your depression*. 2. ed. New York: Simon & Schuster, 1986.

LIMA, C. V. de O. Depressão. In: ABREU, C. N. DE; ROSO, M. e cols. *Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: Novas Fronteiras da Prática Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003, p.133-138.

MACKENZIE, R. *Time-managed group-psychotherapy: Effective clinical applications*. Washington: American Psychiatric Press, 1997.

MCEVOY, P. M., PERINI, S. J. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without Attention training: A controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. Netherlands, v.23, n.4, p.519-528, 2008.

MIRANDA, J.; SCHRECKENGOST, J.; HEINE, L. Cognitive-Behavioral group treatment for depression. In: M. MCKAY; PELEG (Eds), *Focal group psychotherapy*. Oakland: New Harbinger, 1992, p.135-162.

MOHR, B.; GRÄF, T.; FORSTER, M.; KROHN-GRIMBERGHE, B.; KURZEJA, R.; MANTEL, F.; THOMSEN, M.; HAMPEL, P. Influence of depressive symptoms and gender in chronic low back pain rehabilitation outcome: a pilot study. *Rehabilitation Stuttg.* Germany, v.47, n.5, p.284-298, 2008.

OMS, *Organização Mundial de Saúde*. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2001. Disponível em: <<http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826.htm>> Acesso em 04 nov. 2008.

OPAS, *Organização Pan Americana de Saúde*. Indicadores e dados Básicos para a Saúde 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=44>> Acesso em 03 jun. 2009.

PEDRAZZA, E. L. *Nucleotidases e depressão: efeito de fármacos antidepressivos no catabolismo do ATP extracelular*. 2007. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre - PUCRS, Porto Alegre, RS, 2007.

PSIQUEWEB: Temas de psiquiatria geral. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/news16.htm#1>>. Acesso em 15 jun. 2009.

RIGGS, D. P.; MIKULICH-GILBERTSON, S. K.; DAVIES, R. D.; LOHMAN, M.; KLEIN, C.; STOVER S. K. A Randomized Controlled Trial of Fluoxetine and Cognitive Behavioral

Therapy in Adolescents With Major Depression, Behavior Problems, and Substance Use Disorders. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, v.161, n.11, p.1026-1034, 2007.

ROTH R.; GEISSER M.; THEISEN-GOODVICH M.; DIXON P. Cognitive complaints are associated with depression, fatigue, female sex and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Fort. Lauderdale, Flórida USA, v.86, n.6, p.1147-1154, 2005.

WESTOBY, C. J.; MALLEEN, C. D.; THOMAS, E. Cognitive complaints in a general population of older adults: Prevalence. *European Journal of Pain*. Keele University, Keele, North Staffordshire, UK, v.13, n.9, p.970-976, 2008.

WHITE, J.; FREEMAN, A. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca, 2003.

YALON, I. *Impatient group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1983.

YALON, I. *Piscoterapia de Grupo: teoria e prática*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

Data de recebimento: 22/03/2010

Data de aceite: 28/07/2010

**Sobre os autores:** *Partinobre Brito Freitas* é Psicólogo formado pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Especialista em Saúde Mental pela PUCRS. Atualmente cursando R3 Aperfeiçoamento Especializado em Álcool e Outras Drogas pela Escola de Saúde Pública e Hospital Psiquiátrico São Pedro.

*Terezinha Rech* é Especializada em Psicologia Social, Ciências Religiosas, Mestre em Educação e Doutora em Psicologia Clínica pela PUCRS. É psicoterapeuta de Casal e Família (Inst. da Família), supervisora local em Terapia de Família no CERLAP da Faculdade de Odontologia PUCRS e supervisora acadêmica em Psicologia Escolar da PUCRS.