

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA - APOLITÉCNICA
Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias - ISHCT

Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024.

Milena Estevão Carlos Fraqueza

Quelimane
2025

Milena Estevão Carlos Fraqueza

Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024.

Monografia apresentada ao Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias como requisito parcial para a obtenção do Grau de Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

Tutor: Msc. Pagere de Catarina Manuel

Quelimane

2025



UNIVERSIDADE POLITÉCNICA
A POLITÉCNICA
INSTITUTO SUPERIOR DE HUMANIDADES, CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS – ISHCT

Exma Senhora

Milena Estevoão C. Fraqueza

N/Ref.85/Psc. Clínica.

Em resposta à solicitação apresentada, em carta com data de 15 de Janeiro de 2024, relativamente ao pedido de autorização de Tema e Tutor, intitulado "Consequências Psicológica de ao Fraco Uso da Terapia Cognitivo – Comportamental em Pacientes Com Depressão, dos em 12 aos 18 Anos de Idade, no Hospital Central, 2023. Quelimane Província de Zambézia".

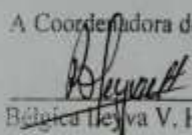
Passamos a transcrever o despacho da Exm^o. Director do ISHCT, o Mestre Pedro R. Mpilimba,

Visto. Aprovada a proposta.

Assinado

Quelimane, aos 03 dias de Junho de 2024.

A Coordenadora do Curso


Bêlica Leyva V. Harrison

Visto 03/06/2024

Director

Mestre: Pedro R. Mpilimba

Dedico este trabalho, aos meus pais, por serem o alicerces que me sustentam em cada passo da minha jornada, vocês são a minha inspiração e a razão pelo qual busco ser uma pessoa melhor de todos os dias, sempre serão o meu maior presente.

Agradecimentos

Agradeço à Deus, pela saúde, por manter a esperança viva em meu coração e me mostrar que eu seria capaz de chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais Estevão João Fraqueza Júnior e Fátima Carlos Ernesto Mudanisse, por me ensinarem, com suas atitudes, o verdadeiro significado de perseverança, dedicação e humildade. Este trabalho é, em grande parte, fruto do esforço de ambos, que sempre me incentivaram a seguir em frente e a buscar meus objetivos com coragem e determinação..

Gostaria de expressar minha sincera gratidão ao meu tutor, Lic. Pagere de Catarina Manuel Pagere, pela valiosa orientação e apoio durante o desenvolvimento deste trabalho. Sua vasta experiência e comprometimento foram essenciais para que eu conseguisse concretizar todas as etapas deste trabalho. Agradeço também pela paciência, dedicação, e pela amizade que demonstrou ao longo de todo o processo, sua presença e ensinamentos foram de extrema importância para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Ao Hospital Central de Quelimane, por permitir a recolha dos dados, para materialização desta pesquisa.

Agradeço a todos docentes do Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias de Quelimane, especialmente aos docentes do curso de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, pela responsabilidade, postura e ética demonstrados no processo de ensino e aprendizagem.

Agradeço aos profissionais de psicologia da Saúde e pacientes que se dispuseram a participar da pesquisa, sem eles esse trabalho não seria concretizado.

Com todo o meu amor e gratidão a todos!

Parecer do Tutor

Pagere de C. M. Pagere, Psicólogo clínico, docente a tempo parcial no ISHCT, tutor do trabalho do fim do curso intitulado “Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024”, da autoria de Milena Estevão Carlos Fraqueza, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. Trata-se de uma temática de elevada pertinência actual visto que quando se observa o fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão as consequências psicológicas ainda são drásticas e agravantes. Nesta senda, o trabalho explorou fundamentos que sustentam a base teórica e prática com vista a resolução do problema em questão. Importa referir que a concepção do mesmo, obedeceu as normas metodológicas de elaboração de trabalhos de natureza científica e autorizo que seja submetido à divisão científica para procedimentos subsequentes.

O tutor

//Pagere de C.M. Pagere//

Quelimane, Julho de 2025

Resumo

O presente trabalho versa sobre: Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024. Tem como pergunta de pesquisa: Quais são as Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos de Idade Com Depressão? Tem como objectivo geral: Analisar as Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024 e objectivos específicos: Identificar os factores resultantes do fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes de 12 à 18 anos de idade com depressão; Avaliar as consequências psicológicas resultantes do fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes de 12 à 18 anos de idade com depressão e Propor possíveis estratégias para melhorar o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da depressão em pacientes de 12 à 18 anos de idade, para promover uma maior adesão ao tratamento. Consequência psicológica refere-se as consequências emocionais e mentais que um evento, situação ou experiência pode causar em uma pessoa. Esses efeitos podem ser temporários ou duradouros, dependendo da intensidade do evento e da capacidade de enfrentamento da pessoa. O estudo foi realizado no Hospital Central de Saúde de Quelimane. Quanto a metodologia, foi um estudo descritivo de abordagem qualitativa, de natureza aplicada e estudo de caso. O universo da pesquisa foi 72 pacientes e tem como amostra 6 pacientes e 4 psicólogos clínicos. Aplicou-se entrevista semi-estruturada com roteiro de perguntas abertas e uma amostragem não probabilística por conveniência. Os resultados da pesquisa revelaram que os factores como a demora no atendimento, a falta de um atendimento adequado e as dificuldades financeiras desempenham um papel significativo no abandono do tratamento. Além disso, a presença de estagiários sem a supervisão adequada foi mencionada como uma preocupação, o que reflecte a percepção dos pacientes sobre a qualidade do cuidado recebido. Com base no estudo conclui-se que as consequências psicológicas resultantes do fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão, conclui-se que o fraco uso desta terapia causa prejuízos drástico na saúde mental, do paciente, levando a situação deste a ser mais agravante e a desencadear sentimentos de baixa auto-estima, estresse tristeza e frustração quando mais se observa o uso insuficiente da terapia cognitiva comportamental no tratamento da depressão, especialmente em adolescentes, há um risco elevado de desenvolvimento de outros transtornos psicológicos. O fraco uso da TCC torna os adolescentes mais susceptíveis a essas comorbidades, cria um ciclo de agravamento da saúde mental resultando a ideação suicida e pensamento disfuncionais e recaídas constantes.

Palavras-chaves: Consequências Psicológicas, Terapia Cognitiva Comportamental, Paciente e Depressão.

Abstract

This work deals with: Psychological Consequences Resulting from the Weak Use of Cognitive Behavioral Therapy in Patients Aged Between 12 and 18 Years with Depression: Case Study at the Central Hospital of Quelimane, Zambézia Province in the year 2024. Its research question is: What are the Psychological Consequences Resulting from the Weak Use of Cognitive Behavioral Therapy in Patients Aged Between 12 and 18 Years with Depression? Its general objective is: To analyze the psychological consequences resulting from the poor use of cognitive behavioral therapy in patients aged 12 to 18 years with depression: a case study at the Central Hospital of Quelimane, Zambézia Province in 2024 and specific objectives: To identify the factors resulting from the poor use of cognitive behavioral therapy in patients aged 12 to 18 years with depression; To assess the psychological consequences resulting from the poor use of cognitive behavioral therapy in patients aged 12 to 18 years with depression and to propose possible strategies to improve the use of cognitive behavioral therapy in the treatment of depression in patients aged 12 to 18 years, to promote greater adherence to treatment. Psychological consequences refer to the emotional and mental consequences that an event, situation or experience can cause in a person. These effects can be temporary or long-lasting, depending on the intensity of the event and the person's ability to cope. The study was carried out at the Quelimane Central Health Hospital. Regarding the methodology, this was a descriptive study with a qualitative approach, of an applied nature and a case study. The research universe was 46 patients and the sample was 6 patients and 4 clinical psychologists. A semi-structured interview with open-ended questions and a non-probabilistic convenience sampling were applied. The research results revealed that factors such as delay in care, lack of adequate care and financial difficulties play a significant role in treatment abandonment. In addition, the presence of interns without adequate supervision was mentioned as a concern, which reflects the patients' perception of the quality of care received. Based on the study, it is concluded that the psychological consequences resulting from the poor use of cognitive behavioral therapy in patients with depression, it is concluded that the poor use of this therapy causes drastic damage to the patient's mental health, making the situation worse and triggering feelings of low self-esteem, stress, sadness and frustration. When insufficient use of cognitive behavioral therapy is observed in the treatment of depression, especially in adolescents, there is a high risk of developing other psychological disorders. The poor use of CBT makes adolescents more susceptible to these comorbidities, creates a cycle of worsening mental health resulting in suicidal ideation and dysfunctional thinking and constant relapses.

Keywords: Psychological Consequences, Cognitive Behavioral Therapy, Patient and Depression.

Sumário

Capítulo I	14
1. Introdução.....	14
Capítulo II	17
2. Revisão da Literatura	17
2.1. Marco conceptual	17
2.1.1. Consequências psicológicas	17
2.1.2. Terapia Cognitivo-Comportamental	17
2.1.3. Depressão	17
2.1.4. Paciente	18
2.1.5. Terapia de Aceitação e Compromisso.....	18
2.2. Desenvolvimento Circunstancial.....	19
2.3. Marco Teórico	20
2.3.1. A Terapia Cognitivo-Comportamental e sua Eficácia	20
2.3.2. Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental	20
2.3.3. Consequências Psicológicas do fraco uso de TCC.....	21
2.3.4. Contribuição do uso da terapia cognitiva comportamental em pacientes com Depressão..	23
2.3.5. Importância do uso da TCC na depressão	24
2.3.6. Desvantagem do não uso da TCC na depressão.....	25
2.3.7. Psicólogo e o uso da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da depressão...	26
2.3.8. Teoria da Mente e Depressão	27
2.3.9. Tríade cognitiva comportamental.....	27
2.3.10. O modelo cognitivo da depressão	28
2.3.11. Características da Depressão	28
2.3.12. Tratamento da depressão	29

2.3.13. Factores que Contribuem para o Fraco Uso da TCC	29
2.3.14. Prevenção de recaídas	30
2.4. Marco Referencial	30
Capítulo III	33
3. Metodologia do Estudo	33
3.1. Tipo de estudo	33
3.1.1. Quanto aos objectivos	33
3.1.2. Quanto a abordagem.....	33
3.1.3. Quanto a natureza.....	33
3.1.4. Quanto aos procedimentos técnicos	34
3.2. População e Amostra.....	34
3.2.1. População	34
3.2.2. Amostra	34
3.2.3. Tipo de amostragem	35
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de dados	35
3.4. Procedimentos Administrativos	35
3.4.4.1. Variáveis Sócio-demográficas.....	36
3.4.4.2. Variáveis de estudo	37
3.4.5. Considerações éticas	37
3.4.6. Análise e interpretação dos dados	38
Capítulo IV	39
4.2. Dados Sócio-demográficos dos psicólogos Clínicos.	39
Capítulo V	49
5. Discussão dos Resultados.....	49
5.1. Discussão dos resultados dos pacientes entrevistados na pesquisa.	49
Capítulo VI	54
6. Conclusão	54

Referências bibliográficas	56
Apêndices	61
Anexos.....	67

Lista de Siglas

CIBSZ: Comité Institucional da Bioética em Saúde da Zambézia

DS: Dessensibilização Sistemática

DSM: Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mental

HCQ: Hospital Central de Quelimane

ISHCT: Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias.

EDM: Episódio Depressivo Maior

OMS: Organização Mundial da Saúde

P1: Paciente

PSC1: Psicólogo Clínico

RPBP: Registro de Pensamentos com Base no Processo

SPP: Sociedade Portuguesa de Psiquiatria

TC: Terapia Cognitiva

TCC: Terapia Cognitivo Comportamental

TM: Teoria da Mente

PCS: Physical Component Summary

MOS-SSS: Escala de Suporte Social - Medical Outcome Study Social Support Scale

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck

BDI: Inventário de Depressão de Beck

AAQ-II: Questionário de Aceitação e Ação II

ACT: Terapia de Aceitação e Compromisso

“Um cientista ou um psicólogo não nasce do nada, não é fruto só de sua genética, do seu próprio cérebro, de sua educação formal, ou dos livros que lê, mas sim, principalmente é o resultado da influência que recebeu de seus mestres.”

Gorayeb

Capítulo I

1. Introdução

O presente trabalho de pesquisa debruçou sobre: Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024.

A fase da adolescência é uma etapa de bastantes conflitos emocionais e sociais, a qual acontece à transição com o mundo da criança e tem a inserção no mundo adulto, havendo o desenvolvimento em sua parte psíquica que pode ter um bom resultado, ou esse período pode ser traumático acarretando assim o não desenvolvimento social em sua vida adulta.

No contexto actual, a utilização da Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com depressão, tem sido de grande valia em todos os pacientes que em algum momento se beneficiam dela. Por tanto, a maioria dos hospitais nacionais tem oferecido os serviços de psicologia de diversas áreas, com mais ênfase, o uso de técnicas da TCC visto que através dela, ajudam os pacientes a restituir os seus equilíbrios emocionais.

O fraco uso das técnicas da TCC aos pacientes com depressão seria um grande desafio para os profissionais do Hospital Central de Quelimane, visto que, em algum momento precisarão desses serviços para complementar o tratamento dos pacientes. Por outro lado, será muito difícil na rápida melhoria dos pacientes que necessitam ser aplicados essas técnicas para a reestruturação dos seus pensamentos disfuncionais, facto que trará certas implicações no indivíduo, assim como os seus cuidadores.

Deste modo, os indivíduos que padecem desta patologia utilizam os cuidados de saúde mais frequentemente do que os que dela não padecem, traduzindo-se num custo global de saúde 1,5 à 2 vezes superior dos primeiros, comparativamente aos segundos.

A Terapia Cognitivo-Comportamental utiliza técnicas directivas e objectivas, baseadas na participação entre terapeuta e paciente para a identificação de pensamentos disfuncionais, possibilitando assim autonomia deste sujeito, ou seja, paciente na resolução dos seus conflitos. A depressão é uma doença mental muito comum e estima-se que afecta 350 milhões de pessoas. No contexto das doenças com maior tempo de vida saudável perdido, a depressão

encontra-se em terceiro lugar, a nível mundial, oitavo lugar, no seio dos países subdesenvolvidos e, por fim, lidera a tabela no que diz respeito aos países desenvolvidos.

A depressão está associada a grandes sofrimentos, e que por sua vez podem trazer consequências na vida do indivíduo, como por exemplo, redução significativa da funcionalidade profissional, escolar, pessoal, familiar e em alguns casos mais graves pode conduzir ao suicídio. Embora existam tratamentos eficazes para depressão, menos da metade das pessoas afectes o mundo recebem tal tratamento. Apontando como obstáculos na adesão ao tratamento eficaz, a falta de recursos, a falta de profissionais treinados, a avaliação imprecisa e o estigma social associado aos transtornos mentais.

Em Moçambique, segundo as estimativas, apontam que mais de 13% dos adolescentes entre os 10 e 19 anos de idade vivem com uma perturbação mental diagnosticada, tal como definida pela Organização Mundial de Saúde. A depressão constitui cerca de 40% destas perturbações mentais diagnosticadas.

Hospital Central de Quelimane tem registado fraco uso das técnicas da TCC para os pacientes, especificamente os que sofrem de depressão, porquê, maior parte destes pacientes após a avaliação psicológicas não chegam a ser submetidos as técnicas de TCC, os profissionais na maioria das vezes optam a introdução do tratamento farmacológico, isso pode ser, por causa do fraco domínio na aplicação das técnicas ou por considerarem que o tratamento farmacológico o mais eficaz.

Com base nos pressupostos supracitados, surge o seguinte questionamento: ***Quais são as Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos Com Depressão?***

O trabalho tem como objectivo geral: Analisar as Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024 e como específicos: Identificar os factores resultantes do fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes de 12 à 18 anos de idade com depressão; Avaliar as consequências psicológicas resultantes do fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes de 12 à 18 anos de idade com depressão e Propor possíveis estratégias para melhorar o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da

depressão em pacientes de 12 à 18 anos de idade, para prover uma maior adesão ao tratamento.

A depressão é resultado de uma complexa interacção de factores sociais, psicológicos e biológicos. Pessoas que passaram por eventos adversos durante a vida (desemprego, luto, trauma psicológico) são mais propensas a desenvolver depressão. A depressão assim pode levar a mais estresse, a disfunção e piorar a situação de vida da pessoa afecte. Neste contexto, existe uma correlação entre a depressão e a saúde física (doenças cardiovasculares), por exemplo, podem levar à depressão e vice e versa.

Adolescentes com depressão apresentam-se principalmente, irritáveis e instáveis, ao invés de demonstrarem ou queixarem-se de tristeza, podendo ocorrer crises frequentes de explosão e raiva. Acredita-se que mais de oitenta por cento dos jovens deprimidos apresentam humor e ainda perda de energia, apatia, desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desespero, culpa, perturbações do sono, principalmente, da hipersónia, alterações de apetite e peso, isolamento e dificuldade de concentração.

Neste contexto, considera-se relevante este estudo para o campo da saúde mental, apresentando as possibilidades de contribuição da aplicação de técnicas da terapia cognitiva comportamental de pacientes com depressão, e em casos de ideação suicida.

De forma geral o estudo ajudou a autora, a saber, lidar com casos semelhantes em várias situações na sua carreira profissional. Do ponto de vista académico e social a pesquisa pretendeu trazer conhecimentos provenientes de várias abordagens teóricas conciliado com o dia-a-dia pela população em estudo.

O estudo foi realizado no Hospital Central de Quelimane, esta localizada na cidade de Quelimane, que é a capital da Província da Zambézia, em Moçambique. A cidade esta situada na costa central do país, ao longo do Oceano Índico. O hospital em si esta localizado no centro da cidade, com coordenadas aproximadas de 17° 53' 30'S de latitude e de 36° 52'30.0'E de longitude. Essa posição coloca o hospital em uma área estratégica para atender tanto a população local, quanto os pacientes da região circundante.

O trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos a destacar: Capítulo I, Introdução; Capítulo II, Revisão da Literatura; Capítulo III, Metodologia da Pesquisa; Capítulo IV, Apresentação, Análise e Interpretação de dados; Capítulo V, Discussão dos Dados; Capítulo VI, Conclusão da Pesquisa e Recomendações.

Capítulo II

2. Revisão da Literatura

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Consequências psicológicas

Segundo Zimbardo (2007:15), consequências psicológicas referem-se:

Às consequências emocionais e mentais que um evento, situação ou experiência pode causar em uma pessoa. Esses efeitos podem ser temporários ou duradouros, dependendo da intensidade do evento e da capacidade de enfrentamento da pessoa. O impacto psicológico pode resultar de situações variadas, como traumas, perdas, estresse, mudanças significativas na vida, ou até mesmo eventos positivos, como conquistas importantes.

Black (2015:60), define consequências psicológicas como “os prejuízos que a rapariga pode ter em sua saúde mental decorrentes do casamento prematuro, podendo levá-la a sentir-se ameaçada, convivendo com medo intenso e horror”.

2.1.2. Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo Comportamental é uma abordagem da psicoterapia baseada na combinação de conceitos do Behaviorismo radical com teorias cognitivas. A TCC ajuda o psicólogo a entender a forma como o ser humano interpreta os acontecimentos, aquilo que o afecta, e não os acontecimentos em si, ou seja, é a forma como cada pessoa vê, sente e pensa com relação à uma situação que causa desconforto, dor, incómodo, tristeza ou qualquer outra sensação negativa (Rangé, 2001:67).

2.1.3. Depressão

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2019:28), depressão é um distúrbio mental que se configura como um transtorno e pode afectar qualquer pessoa, independente sua classe social. Há também pesquisas genéticas as quais indicam que a depressão é influenciada por vários genes que actuam juntamente com factores ambientais.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria (2023:21), as perturbações depressivas são definidas como um sentimento de tristeza além de uma diminuição do interesse por

actividades anteriormente tidas como agradáveis. Esta sintomatologia deve durar no mínimo duas semanas e ser acompanhada por modificações dos padrões de sono, perda do apetite (contudo, por vezes, pode existir um aumento deste), fadiga, problemas de concentração, indecisão perante actividades do quotidiano, sentimentos de impotência, inutilidade e desespero. Em casos graves podem existir pensamentos e tentativas de suicídio.

A depressão é definida a partir da presença dos seguintes sinais e sintomas: humor deprimido na maior parte do dia, perda de interesse ou prazer, agitação ou retardo psicomotor (quase todos os dias), pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio, pensamentos recorrentes de morte (DSM, 2013:91).

2.1.4. Paciente

Mayer (2009), paciente é um adjetivo que se refere ao indivíduo que tem paciência ou, do ponto de vista médico, ao que está doente e sob cuidados médicos. Um paciente de hospital é caracterizado como aquele que necessita de cuidados médicos e clínicos, seja por estar doente ou suspeitar que tenha alguma doença.

"O paciente é aquele que, ao ser internado em uma instituição total, como um hospital, tem sua identidade social modificada por regras e normas que reconfiguram sua interacção com o mundo exterior" (Goffman, 1961:29).

2.1.5. Terapia de Aceitação e Compromisso

Para Ferster (1973:64), a ACT está incluída na terceira onda das terapias comportamentais, como a redução do estresse com base em mindfulness¹ e a terapia comportamental dialéctica. Visto de forma ampla, o modelo comportamental inclui a terapia comportamental tradicional, a análise do comportamento, a terapia cognitivo comportamental e a terapia cognitiva. As terapias comportamentais actualmente denominadas de terceira onda compartilham princípios comuns, como:

- Métodos e princípios contextuais: Foco em mecanismos de mudança baseados no contexto e na função dos eventos psicológicos;
- Repertório amplo e flexível: Métodos eficientemente aplicados a síndromes muito distintas;
- Adequação a clientes e clínicos; modelo unificado do funcionamento humano;

- Integração com outras vertentes da TCC: Inclui métodos efectivos das terapias cognitivas e comportamentais;
- Consideração de temas complexos: Investiga assuntos típicos de tradições menos empíricas, como identidade, valores, espiritualidade.

2.2. Desenvolvimento Circunstancial

2.2.1. Histórico da Terapia Comportamental

A Terapia Comportamental surgiu no início do século XX com a abordagem comportamental focada na análise e modificação de comportamentos observáveis. Skinner, por exemplo, introduziu conceitos como reforço e punição, essenciais para a compreensão dos processos de aprendizagem. Esses conceitos desempenham um papel central na Terapia Comportamental, que visa alterar padrões de comportamento indesejados por meio de técnicas baseadas em condicionamento operante e respondente (Skinner, 1953:23).

Nos anos 1950, o psicólogo Joseph Wolpe foi um dos pioneiros na aplicação clínica dos princípios comportamentais. Wolpe desenvolveu a técnica de dessensibilização sistemática, um tratamento eficaz para fobias, utilizando a exposição gradual ao objecto ou situação temida, combinada com relaxamento. Esse foi um marco importante, pois proporcionou uma forma estruturada de lidar com distúrbios ansiosos por meio do controle do comportamento. A Terapia Comportamental evoluiu a partir de práticas como essas, buscando sempre uma aplicação directa e prática das descobertas da psicologia experimental (Wolpe, 1958:12).

Na década de 1970, a Terapia Comportamental passou a integrar técnicas cognitivas, dando origem à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Teóricos como Aaron Beck e Albert Ellis foram fundamentais nesse movimento, ao expandirem o foco para a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos. Embora a TCC incorpore elementos do comportamento, ela também considera os processos mentais internos, como distorções cognitivas, o que permite uma intervenção mais abrangente. A TCC se tornou uma das abordagens terapêuticas mais utilizadas mundialmente devido à sua eficácia no tratamento de uma variedade de condições, incluindo transtornos de ansiedade, depressão e distúrbios alimentares (Beck, 1976:45).

2.3. Marco Teórico

2.3.1. A Terapia Cognitivo-Comportamental e sua Eficácia

A Terapia Cognitivo-Comportamental é baseada na premissa de que os pensamentos influenciam as emoções e os comportamentos. Assim, a TCC visa modificar padrões de pensamento negativos que contribuem para a depressão, por meio da reestruturação cognitiva e da exposição gradual a situações que provocam ansiedade ou estresse (Beck, 2011:47).

A eficácia da TCC no tratamento de transtornos depressivos, com taxas de remissão e redução dos sintomas significativas. Entretanto, o sucesso da TCC depende de diversos factores, como a adesão ao tratamento, o tempo de terapia e a qualificação do terapeuta. Quando a aplicação da TCC é inadequada ou o paciente não se engaja completamente no processo, os benefícios podem ser limitados, o que leva a possíveis consequências psicológicas adversas (Hofmann & Fang, 2012).

2.3.2. Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental

Segundo a Organização de Conceição e Bueno (2020), são cento e uma técnicas da terapia cognitivo-comportamental das quais as mais destacadas são:

Técnica de Auto-instrução: A auto-instrução é considerada uma aptidão de confronto que motiva a acção e informa sobre o que fazer, especialmente em situações tensas e confusas. Nesta perspectiva os métodos de auto-instrução são igualmente de auto-sugestão.

Em situações de acções impulsivas, agressivas ou fora do nosso controlo, para reverter e/ou inibir este processo, dever-se-á controlar os comportamentos inadaptados, que consiste essencialmente num processo de modelagem de acções apropriadas, auto-instruídas explicitamente pela própria pessoa. Por exemplo, no treino para pensar antes de agir, enquanto executa a tarefa ou se expõe à situação problemática, deverá verbalizar em voz alta para si próprio as auto-instruções de aprendizagem.

Técnica de registo de pensamentos disfuncionais (Rpd): Tem o objectivo de fazer com que o cliente saiba identificar e analisar, de forma consciente, os seus pensamentos, emoções e comportamentos conflituosos, levando o indivíduo a pensar em respostas adaptativas em relação às suas cognições negativas, para que, assim, se torne seu próprio terapeuta, conseguindo lidar com seus conflitos (Crepaldi, 2018:63).

Técnica de questionamento socrático: O estilo de questionamento socrático usado na terapia cognitiva baseia-se em uma relação empírica colaborativa e tem o objectivo de ajudar o paciente a reconhecer e modificar o pensamento adaptativo (Wright, Basco e Thase, 2008).

Pacientes com uma grande variedade de quadros clínicos, incluindo a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos alimentares, a esquizofrenia, o transtorno bipolar, a dor crónica, os transtornos de personalidade e o abuso de substâncias (Beck, 2013).

A utilização de técnica de questionamento socrático deve ser feita segundo a identificação e registo dos pensamentos disfuncionais e do encorajamento do paciente a avaliá-los, por meio de perguntas que o levem a pensar, e dessa forma, ter verdadeira compreensão na tomada de decisões racionais, segundo suas próprias conclusões (Cordioli, 2008:65).

Técnica de psico-educação: Tem o objectivo de proporcionar o indivíduo a desenvolver pensamentos, ideias e reflexões sobre as pessoas, sobre o mundo e como comportar-se diante de algumas situações através de actividades que podem colaborar justamente na reflexão e obtenção de valores, tanto nas intervenções individuais como nas colectivas (Beck, 2013).

Através da psico-educação os/as pacientes podem ser orientadas/os colectivamente através da contribuição dos grupos terapêuticos sobre a doença que possuem, seus sintomas, origens e percursos trocando experiências através do relato (Oliveira, 2011).

Técnica de respiração diafragmática: Esta técnica consiste em concentrar o ar na região do diafragma (músculo que fica na altura do estômago), fazendo a barriga estufar e voltar ao normal ao puxar e soltar o ar, respectivamente. Deve ser feita lentamente, geralmente usando uma contagem até 3 para inspirar e até 6 para expirar. Para verificar se o procedimento está correto, pode-se colocar uma das mãos sobre o diafragma, para senti-lo subir e descer. Alguns terapeutas recomendam também colocar a outra mão sobre o peito, a fim de que o paciente sinta que a barriga mexe mais que a região pulmonar (Cantini, 2003).

2.3.3. Consequências Psicológicas do fraco uso de TCC

O fraco uso da Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com depressão pode resultar em várias consequências psicológicas adversas, incluindo a manutenção dos sintomas depressivos, diminuição da auto-estima, aumento da ansiedade e redução da qualidade de

vida. Esses efeitos podem agravar o quadro clínico do paciente, dificultando a recuperação e a superação da depressão:

Manutenção dos Sintomas Depressivos: Manutenção dos Sintomas Depressivos: A TCC é projectada para ajudar os pacientes a identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais, um processo que pode ser essencial para aliviar os sintomas da depressão. No entanto, quando a TCC não é aplicada de forma eficaz, seja por uma abordagem insuficiente ou por uma falta de engajamento do paciente, os sintomas depressivos podem persistir ou até se intensificar (Dobson, 2001:243).

O fraco uso da terapia pode resultar em uma intervenção incompleta, sem a reestruturação cognitiva necessária para mudar as crenças negativas e, conseqüentemente, perpetuar o ciclo da depressão.

Diminuição da Auto-estima e Autoconfiança: A falta de progresso durante o tratamento pode ter um impacto negativo na auto-estima do paciente. A TCC trabalha para ajudar os pacientes a desenvolver habilidades de enfrentamento e a melhorar a percepção de si mesmos. No entanto, um fraco uso da TCC pode levar a uma sensação de fracasso, fazendo com que o paciente duvide da sua capacidade de superar a depressão. Isso pode resultar em uma diminuição da autoconfiança, perpetuando o ciclo de desesperança característico da depressão (Rector & Beck, 2001:88).

Aumento da Ansiedade e Doenças Comórbidas: A TCC também pode ser eficaz no tratamento da ansiedade, muitas vezes comórbida à depressão. Quando a TCC é aplicada de forma inadequada, os pacientes podem não aprender as estratégias necessárias para controlar a ansiedade, resultando no aumento de sintomas ansiosos. O impacto da ansiedade pode exacerbar a depressão, criando um ciclo vicioso em que os dois transtornos interagem e se intensificam mutuamente (Hofmann, 2012:90).

A combinação inadequada de tratamentos ou a aplicação incompleta da TCC pode resultar em aumento da ansiedade, o que pode agravar os sintomas depressivos, criando um ciclo negativo que compromete ainda mais a saúde mental do paciente.

Redução da Qualidade de Vida: O fraco uso da TCC pode impedir os pacientes de alcançar uma melhoria significativa em sua qualidade de vida. A TCC ajuda a restaurar o equilíbrio emocional, melhorar as habilidades de enfrentamento e

promover um estilo de vida mais saudável. Quando o tratamento não é implementado de forma eficaz, os pacientes podem não experimentar esses benefícios, resultando em um comprometimento contínuo de sua qualidade de vida e em uma sensação de desamparo (Bennett, 2006:123).

Pacientes que não completam adequadamente o processo terapêutico ou que não respondem bem ao tratamento devido a uma abordagem inadequada podem continuar a viver com níveis elevados de sofrimento e uma qualidade de vida prejudicada.

Distorções cognitivas: As distorções cognitivas, compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupam lugar central na depressão. 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 (Scher, 2006:14).

As distorções cognitivas mais comuns nos pacientes deprimidos como um sistema tipológico e, dentre elas, encontram-se a inferência arbitrária (conclusão antecipada e com poucas evidências), abstracção selectiva (tendência da pessoa a escolher evidências de seu mau desempenho), super generalização (tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e personalização (atribuição pessoal geralmente de carácter negativo). As distorções decorrem de regras e pressupostos, que são padrões estáveis adquiridos ao longo da vida do indivíduo com depressão. Essas regras e crenças são sensíveis à activação de fontes primárias como o estresse e frequente levam a estratégias interpessoais ineficazes (Rupke, 2006:29).

2.3.4. Contribuição do uso da terapia cognitiva comportamental em pacientes com Depressão.

Segundo Barroso e Baptista (2018:26), a depressão:

É um transtorno que tem grande influência na vida do indivíduo, da família e da sociedade, com prejuízos aparentes através de vários sintomas onde a Terapia Cognitiva Comportamental tem grande impacto com sua contribuição nos pensamentos automáticos e comportamentos desde auto-estima do indivíduo, humor e reacções fisiológicas.

"Na prática clínica, a TCC frequentemente usa protocolos que foram desenvolvidos para distúrbios específicos (por exemplo, depressão, ansiedade etc.). No entanto, o primeiro estágio da TCC é a avaliação do paciente e o desenvolvimento de uma formulação, um modelo funcional dos problemas do paciente. A forma como o paciente é tratado e a selecção das intervenções terapêuticas dependem dessa formulação" (Oliveira 2019, 29).

As directrizes de Prática Clínica internacional para depressão e ansiedade recomendam a terapia cognitivo-comportamental (TCC) como um tratamento equivalente e, às vezes, mais eficaz do que a medicação. Na TCC, os pacientes tornam-se participantes activos em seu tratamento e realizam tarefas para tomar consciência e modificar pensamentos negativos e comportamentos inúteis (Oliveira, 2019:31).

Ao desenvolver habilidades para lidar com esses pensamentos e comportamentos negativos, a TCC também contribui para uma diminuição das emoções negativas. A TCC geralmente inclui três fases amplas: uma fase inicial, uma fase intermediária e uma fase final. Durante a fase inicial, o terapeuta avalia tanto a motivação do paciente quanto as expectativas para o tratamento. Durante a fase intermediária, estratégias cognitivas e comportamentais são implementadas para ajudar a lidar com os pensamentos e/ou comportamentos inúteis do paciente. A fase final da TCC geralmente inclui uma ênfase na prevenção de recaídas e um plano de término (Assumpção, 2018:38).

Para Barroso e Baptista (2018:30), “a terapia Cognitivo Comportamental tem uma importante base psico-educacional. Assim, instrui-se o paciente a construir conhecimento suficiente para que possa se tornar seu próprio terapeuta, ao ponto de conseguir identificar pensamentos e comportamentos disfuncionais e modificar seu padrão de funcionamento”.

2.3.5. Importância do uso da TCC na depressão

A TCC é uma abordagem baseada em evidências que se concentra na interacção entre pensamentos, emoções e comportamentos. No contexto da depressão, ela visa interromper ciclos negativos, ensinando habilidades de enfrentamento e promovendo mudanças comportamentais e cognitivas sustentáveis (Beck, 2011).

De acordo com Beck, pessoas com depressão frequentemente apresentam um padrão de pensamento negativo, conhecido como tríade cognitiva: visões negativas sobre si mesmo,

sobre o mundo e sobre o futuro. A TCC atua justamente na reestruturação desses pensamentos, promovendo melhora do humor e da funcionalidade do paciente.

Segundo a National Institute for Health and Care Excellence – NICE (2009), a TCC é tão eficaz quanto o uso de antidepressivos em casos de depressão leve a moderada e, em alguns casos, mais eficaz na prevenção de recaídas. A TCC deve ser considerada como tratamento de primeira linha para a depressão devido à sua eficácia sustentada.

Cuijpers (2013), a TCC apresenta tamanho de efeito médio a grande no tratamento da depressão, sendo eficaz tanto em contextos clínicos quanto comunitários. Além disto, os efeitos da TCC tendem a se manter por mais tempo após o término do tratamento, especialmente quando comparados à farmacoterapia isolada.

2.3.6. Desvantagem do não uso da TCC na depressão

A ausência da TCC no manejo da depressão pode representar uma significativa desvantagem clínica. Isso se deve, em primeiro lugar, ao fato de que a TCC possui ampla evidência empírica que respalda sua eficácia., pioneiros na abordagem cognitiva, demonstraram que a reestruturação de pensamentos disfuncionais pode levar a melhoras significativas nos sintomas depressivos. O não uso dessa abordagem priva o paciente de um método validado cientificamente e centrado na modificação de padrões cognitivos negativos, que frequentemente perpetuam o transtorno depressivo (Beck, 2011:28).

Além disto, pacientes com depressão moderada e grave, a combinação da TCC com antidepressivos têm mostrado maior eficácia e menor risco de recaída a longo prazo. Portanto, a exclusão da TCC do plano terapêutico pode resultar em um tratamento menos eficaz e em maior probabilidade de recorrência dos episódios depressivos (Cuijpers, 2013:20).

Outra desvantagem do não uso da TCC é a menor autonomia do paciente frente ao seu tratamento. A TCC promove o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, autoconsciência e auto-regulação emocional, ao passo que abordagens exclusivamente farmacológicas tendem a ser mais passivas e centradas na redução de sintomas biológicos. Ao não oferecer a TCC, perde-se uma oportunidade de imponderar o paciente no processo de recuperação e prevenção de recaídas (Beck, 2011:32).

Simon, (2006:47), refere que:

É importante considerar aspectos económicos e sociais. Intervenções psicoterapêuticas baseadas em TCC são, em muitos contextos, mais custo-efectivas a longo prazo do que o tratamento exclusivamente medicamentoso, pois reduzem a necessidade de reconsultas, hospitalizações e absentéismo no trabalho. O não uso da TCC, portanto, pode acarretar não apenas prejuízos clínicos, mas também impactos negativos sobre o sistema de saúde e a qualidade de vida do paciente.

2.3.7. Psicólogo e o uso da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da depressão.

O psicólogo, como profissional capacitado para conduzir a TCC, desempenha um papel fundamental na identificação, avaliação e reestruturação dos padrões disfuncionais de pensamento do paciente. A TCC baseia-se na premissa de que os pensamentos influenciam os sentimentos e os comportamentos; logo, pensamentos negativos automáticos e crenças disfuncionais contribuem significativamente para a manutenção do quadro depressivo (Beck, 2013:17).

Durante o processo terapêutico, o psicólogo ajuda o paciente a reconhecer e questionar pensamentos distorcidos, como generalizações excessivas, catastrofizações e personalizações. Através de técnicas como o registo de pensamentos automáticos, experimentos comportamentais e reestruturação cognitiva, o psicólogo promove uma mudança gradual na forma como o paciente interpreta a si mesmo, os outros e o mundo (Dobson & Dozois, 2019:21).

Além disso, o componente comportamental da TCC é igualmente importante. O psicólogo incentiva o engajamento em actividades prazerosas e significativas, com o objectivo de combater a anedonia (incapacidade de sentir prazer) frequentemente presente na depressão. Técnicas como activação comportamental ajudam o paciente a sair de um ciclo de evitação e inactividade, promovendo a retomada do funcionamento social e ocupacional (Martell, 2010:29).

Cuijpers (2013:45), a TCC é eficaz tanto em episódios depressivos leves quanto moderados e, frequentemente, comparável ao uso de antidepressivos em termos de eficácia, com a vantagem de menores taxas de recaída quando aplicada isoladamente ou em combinação com medicação. Isso evidencia a importância do psicólogo clínico treinado na

aplicação da TCC, não apenas como agente terapêutico, mas também como educador e facilitador da mudança cognitiva e comportamental do paciente.

O sucesso da TCC depende da aliança terapêutica estabelecida entre psicólogo e paciente. O vínculo colaborativo, baseado na empatia, escuta activa e validação das experiências do paciente, é essencial para o engajamento e a adesão ao tratamento (Beck, 2011:32).

2.3.8. Teoria da Mente e Depressão

A Teoria da Mente (TM) reflecte-se num mecanismo inato ao ser humano, que permite reflectir, predizer e compreender tanto o seu comportamento, como o do outro. Esta capacidade cognitiva permite-nos ainda reconhecer em nós e nos outros os estados mentais, bem como compreender as emoções e intenções, regulando então as interacções sociais. Os chimpanzés tinham a capacidade, de um modo bastante similar aos humanos, de inferir sobre os estados mentais tanto dos outros como dos próprios (OMS, 2019:38).

Deckrsbach (2000:48), o desenvolvimento da teoria da mente passa por diversos modelos explicativos, sendo que um dos mais recentes propõe que a teoria da mente se reflecte em duas componentes, a sócio perceptiva, que diz respeito às capacidades que utilizamos para fazer julgamentos acerca do estado mental do outro e a sociocognitiva, que está relacionada com a capacidade de interpretar as acções do outro, de modo a reflectir sobre o seu estado mental e predizer o seu comportamento.

2.3.9. Tríade cognitiva comportamental

O modelo cognitivo de Beck para a depressão pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva consiste na visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como inadequada ou inapta (por exemplo: “Sou uma pessoa chata”, “Sou desinteressante”, “Sou muito triste para gostarem de mim”); na visão negativa do mundo, incluindo relações, trabalho e actividades (por exemplo: “As pessoas não apreciam meu trabalho”), e na visão negativa do futuro, o que parece estar cognitivamente vinculado ao grau de desesperança (Beck, 1963:23).

O paciente deprimido elabora sua experiência de maneira negativa e antecipa resultados desfavoráveis para seus problemas. Esta forma de interpretar os eventos e as

expectativas funcionam como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, ratificam, após nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa auto-estima e desesperança. Os pensamentos mais típicos e expressões verbais sobre a visão negativa do futuro incluem: “As coisas nunca vão melhorar”, “Nunca vou servir para nada” ou “Nunca serei feliz”. Quando tais pensamentos se associam à ideação suicida, a desesperança torna-os mais intensos, e a morte pode ser compreendida pelos pacientes depressivos como alívio para a dor ou sofrimento psicológico ou como saída diante da percepção de uma situação como impossível de ser suportada (Beck, 1976:26).

2.3.10. O modelo cognitivo da depressão

Beck (2005:29), a depressão resulta de hábitos de pensamentos extremamente arraigados e descreveram os conceitos fundamentais da TCC. Beck, observou que humor e comportamentos negativos eram usualmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas e não de forças inconscientes como sugerido pela teoria freudiana. Em outras palavras, a depressão podia ser compreendida como sendo decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais.

Para o mesmo autor acima citado, os pacientes com depressão acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente são. Esta nova abordagem enfatizando o pensamento foi denominada por Beck de “terapia cognitiva” (TC). Actualmente, conta com mais de 300 ensaios clínicos controlados que atestam sua eficácia, sendo a abordagem psicoterápica com maior amparo empírico.

2.3.11. Características da Depressão

Marques (2014:107), a depressão tem como característica, perda de apetite, falta de energia, inutilidade, transtorno de humor, sentimento de culpa, e pensamento de morte. Ainda segundo o autor, é uma patologia grave, que pode levar o sujeito a um baixo rendimento, ela pode ser controlada através de uso de fármacos ou técnicas da terapia cognitivo-comportamental. A depressão, “envolve período de sintomas nos quais um indivíduo vive um humor triste excepcionalmente intenso”.

Diagnostic and Statistical Manual (2013:34), caracteriza-se por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, envolvendo alterações evidentes a nível afectivo, cognitivo e em funções neurovegetativas. Este tipo de perturbação, caracteriza-se também por

remissões entre os episódios. A pessoa com este tipo de perturbação carece de sintomas maníacos e hipomaníacos, sendo exclusivos os episódios depressivos major. O início destes episódios pode ser súbito ou gradual e a duração média destes é de 6 à 9 meses com um elevado grau de variabilidade.

2.3.12. Tratamento da depressão

Wright (2009:78), o tratamento dos pacientes com perturbações depressivas deve ser dirigido a vários objectivos. Em primeiro lugar, deve-se garantir a segurança do paciente, e em segundo lugar, é necessário efectuar uma avaliação diagnóstica completa. De seguida, deve-se iniciar um plano de tratamento no qual se abordem não só os sintomas imediatos, mas também o bem-estar futuro do paciente.

Apesar de os tratamentos atuais darem destaque à utilização do tratamento farmacológico e da psicoterapia, as situações do dia-a-dia estressantes aumentam a taxa de recidivas, pelo que o tratamento também deve abordar o número e intensidade dos factores causadores de stress que vão aparecendo nas vidas dos pacientes (Valladolid,2014:56).

Para maximizar os benefícios da TCC, é essencial que os terapeutas implementem o tratamento de forma adequada e que os pacientes se engajem activamente no processo terapêutico. O reconhecimento precoce de dificuldades no uso da TCC pode permitir intervenções correctivas que favoreçam a eficácia do tratamento e o bem-estar do paciente.

2.3.13. Factores que Contribuem para o Fraco Uso da TCC

Existem várias razões pelas quais a TCC pode ser mal utilizada ou subutilizada. A falta de adesão ao tratamento por parte do paciente é uma das principais causas. Muitas vezes, os pacientes não se sentem motivados ou comprometidos com o processo terapêutico, especialmente quando os resultados não são imediatos. Além disso, a formação inadequada do terapeuta ou a ausência de um plano de tratamento personalizado também podem contribuir para uma aplicação ineficaz da TCC (Wright, 2009).

“A adesão ao tratamento é um factor crítico no sucesso da TCC, e a falta de motivação ou o desinteresse podem dificultar os resultados desejados” (Wright, 2009:75).

2.3.14. Prevenção de recaídas

Para Deckrsbach (2000:10), a terapia tem tempo limitado, desmistificar o processo terapêutico relacionando-o com a identificação dos pensamentos, seus questionamento e reestruturação, aumentar a confiança do paciente a partir de seus ganhos e solicitar progressivamente o papel activo do paciente são recursos que facilitam também o processo para finalização da terapia e gerar confiança no paciente para dar prosseguimento à vida.

Nesse sentido, vale a pena destacar que é necessário ensinar o paciente a lidar com a possibilidade de retorno dos sintomas depressivos. Ruminação sobre recorrências de sintomas depressivos e suas implicações aumenta o risco de recaída. O aprendizado do paciente como “terapeuta de si mesmo” deve facilitar o enfrentamento da recorrência dos sintomas e as sessões finais da terapia devem abordar este factor. A volta dos sintomas depressivos durante o tratamento de manutenção com antidepressivos é, infelizmente, comum, ocorrendo numa taxa que varia entre 9 e 57% nos diferentes estudos. Assim, outra questão importante diz respeito à capacidade da TC em prevenir depressão unipolar recorrente, comparativamente aos tratamentos farmacológicos (Fava, 1998:19).

2.4. Marco Referencial

Em Moçambique Rui Miguel Correia Parente realizou um estudo em Julho de 2020 na Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Educação no Departamento de Psicologia, o estudo teve como tema: Terapia cognitivo comportamental da depressão. O mesmo estudo pretendia saber: Qual era os impacto psicológicos da falta da Terapia cognitivo comportamental da depressão nos pacientes. Tendo como objectivo geral: Compreender a Terapia cognitivo comportamental da depressão nos pacientes? Teve como objectivos específicos: Avaliar a relação entre a terapia cognitivo comportamental e a depressão; Analisar os efeitos na perturbação depressiva da introdução das novas tecnologias nesta terapia e Descrever os impacto psicológicos da falta da Terapia cognitivo comportamental da depressão nos pacientes. De acordo com os resultados chegou a concluir que, a terapia cognitivo-comportamental, baseada neste modelo, tem como objectivo corrigir as crenças distorcidas e, assim, tratar o paciente com depressão. Vários estudos têm demonstrado o importante papel desta terapia nas taxas de recaída e remissão, sugerindo que se trata de uma alternativa terapêutica eficaz para o tratamento da depressão.

Uma busca incessante culminou com a conclusão de que em Moçambique um estudo foi realizado por Irismar Reis de Oliveira em 2008 em Maputo – Moçambique, cujo o estudo teve como tema: Terapia cognitivo-comportamental da depressão no Hospital Central de Maputo – Moçambique. O mesmo estudo pretendia saber: Qual era os impactos psicológicos da Terapia cognitivo comportamental da depressão. Tendo como objectivo geral: Analisar o uso de técnicas cognitivas e revisar os estudos de eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão. Quanto a metodologia foi um estudo descritivo transversal de abordagem qualitativa, de uma revisão não-sistemática proveniente dos estudos originais e livros-texto especializados o estudo foi realizado por 25 pacientes. E chegou-se a seguinte conclusão A terapia cognitivo-comportamental é uma das abordagens que apresentam mais evidências empíricas de eficácia no tratamento da depressão, quer oferecida de forma isolada ou em combinação com farmacoterapia.

A nível internacional Eduardo Santos Miyazaki, realizou um estudo 2018, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, o estudo versou sobre: Terapia de Aceitação e Compromisso em Grupo para Pacientes com dor Crónica. A pesquisa foi de abordagem qualitativa com auxílio de método de revisão sistemática da literatura, o objectivo geral da pesquisa foi: Avaliar inflexibilidade psicológica, intensidade da dor, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e de depressão, auto-eficácia e suporte social de pacientes com dor crónica pré e pós-intervenção em grupo baseada em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Metodologia Quase-experimental com pré e pós-teste, com avaliação pré e pós-intervenção com os seguintes instrumentos: Questionário de Aceitação e Acção II (AAQ-II), Escalas de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) de Beck, Escala de Auto-eficácia para Dor Crónica (CPSS) e Escala de Suporte Social (MOS). Onde obteve a conclusão seguinte: Os dados indicaram que a ACT em grupo é um tratamento promissor a ser integrado no atendimento interdisciplinar da Clínica de dor.

Nelson das Dores Paulino dos Santos, realizou um estudo 2016, na Universidade de Brasília no Instituto de Psicologia, o estudo versou sobre: As Contribuições da terapia cognitiva comportamental a Pacientes com Depressão. A pesquisa foi de abordagem qualitativa com auxílio de método de revisão Integrativa da literatura, o objectivo geral da pesquisa foi: Compreender as Contribuições da terapia cognitiva comportamental a Pacientes com Depressão. Onde aplicou o método descritivo com abordagem qualitativa, na qual aplicou-se a entrevista semi-estruturada, e teve como amostra 14 pacientes adolescentes. Conclusão: Os conceitos da TCC, tem ganhado destaque através do modelo cognitivo, abordado nessas etapas, onde consegue actuar contribuindo no humor e comportamento do

paciente, modificando os pensamentos automáticos negativos. As evidências disponíveis, são encorajadoras para a eficácia da TCC como uma opção para a depressão. A TCC pode ajudar as pessoas com depressão, dando-lhe ferramentas para desafiar os pensamentos negativos e substituí-los com processos de pensamento mais realistas e positivos.

Capítulo III

3. Metodologia do Estudo

Segundo Lakatos & Marconi (2008:43), metodologia é “um conjunto das actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar os objectivos conhecimentos válidos e verdadeiro, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista”.

3.1. Tipo de estudo

3.1.1. Quanto aos objectivos

Quanto aos objectivos a pesquisa é descritiva, segundo Flick (2009:82), é um tipo de pesquisa que se concentra em descrever as características de determinado fenómeno ou a relação entre variáveis. Ela busca registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenómenos, sem se preocupar directamente em manipular ou alterar esses fenómenos.

O estudo é descritivo, porque averiguo descrever as consequências psicológicas resultante do fraco uso da terapia cognitiva comportamental nos pacientes com depressão.

3.1.2. Quanto a abordagem

A pesquisa quanto a abordagem será classificada como qualitativa. De ponto de vista de Minayo & Gomes (2009:21), “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A escolha deste tipo de abordagem é pelo facto de permitir a interpretação de opiniões, sentimentos, valores e princípios emitidos pelos participantes do estudo, sem uso de instrumentos estatísticos.

3.1.3. Quanto a natureza

Quanto a natureza foi classificada como uma pesquisa aplicada, para Gil (2017:31), a pesquisa aplicada abrange estudos elaborados com a finalidade de solucionar problemas apresentados no âmbito social na qual os pesquisadores vivem, a pesquisa aplicada é voltada

na aquisição de novos conhecimentos direccionados a amplas áreas com vistas à solução de reconhecidos problemas práticos.

Visto que este tipo de pesquisa se destina à geração de conhecimento para solução de problemas específicos.

3.1.4. Quanto aos procedimentos técnicos

Quanto aos procedimentos técnicos foi estudo de caso, de acordo com Gil (2002:47), “estudo de caso ela é usada quando envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objectos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento”.

3.2. População e Amostra

3.2.1. População

Para Richardson (2012:157-158), o universo ou população é um conjunto de elementos que possuem determinadas características. Em termos estatísticos, população pose ser o conjunto de indivíduos que trabalham em um mesmo lugar, os alunos matriculados em uma mesma universidade, toda a produção de refrigeradores de uma fábrica, todos os cachorros de determinada raça em certo sector de uma cidade.

Segundo os dados obtidos no Hospital Central de Quelimane mensalmente são atendidos uma média de 72 pacientes com depressão de idades compreendidas entre 12 à 18 anos e o Hospital conta com 8 psicólogos clínicos que trabalham com casos de terapia cognitivo comportamental de pacientes com depressão. O que corresponde a um universo amostral de 80 participantes.

3.2.2. Amostra

Segundo Richardson (2012:158), “cada unidade ou membro de uma população ou universo, denomina-se elemento, e quanto se toma certo número de elementos para averiguar algo sobre a população a que pertencem, fala-se de amostra.”

A amostra da presente pesquisa foi de 10 participantes, das quais 4 psicólogos clínicos e 6 pacientes com depressão em segmento no Hospital Central de Quelimane.

3.2.3. Tipo de amostragem

Em relação a amostragem da pesquisa foi do tipo não-problemático, de acordo com Mattar (1996:15), a amostragem não-probabilística por conveniência, é uma técnica de selecção de amostras em que os elementos são escolhidos com base em critérios não aleatórios, ou seja, sem que todos os indivíduos da população tenham a mesma chance de serem seleccionados.

A presente pesquisa usou a amostragem não-probabilística por conveniência sem uso de métodos estatísticos, visto que os grupos alvos foram seleccionados pacientes de 12 à 18 anos com depressão.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de dados

Na presente pesquisa foi usado a técnica de entrevista semi-estruturada e como instrumentos de recolha foi utilizado Inventário de Depressão de Beck (BDI), para avaliar a intensidade dos sintomas de depressivos entre os pacientes com vista a aferir a realidade dos factos relacionados aos objectivos delineados no estudo.

7.3.1. Entrevista semi-estruturada

De acordo com Lakatos e Marconi (2008:40), definem a entrevista semi-estruturada como sendo “ um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

O uso da técnica de entrevista deveu-se ao facto de permitir captar as subjectividades dos depoimentos dos participantes do estudo, por ser um instrumento primário muito usado nas ciências sociais para a recolha de dados.

3.4. Procedimentos Administrativos

O presente estudo obedeceu os seguintes procedimentos técnicos:

No principio fez-se o levantamento de obras com conteúdos relacionados ao tema em estudo.

De seguida, a autora se fez presente nos locais do estudo diante dos pacientes e profissionais do Hospital Central de Quelimane, para se apresentar.

Posteriormente, fez-se critério de inclusão e exclusão estabelecido no estudo, onde aplicou-se o guião de entrevista aos pacientes e os profissionais de modo a facilitar a compreensão dos factos que permitirão a sua interpretação no momento de análise e discussão dos dados.

O processo de recolha de dados consistiu na técnica de entrevista que foi realizada com os participantes seleccionados, com a ajuda dos instrumentos acima descritos para o estudo em questão.

Por fim trabalhou-se as informações obtidas, através da pesquisa, constituindo assim apresentação e discussão dos dados, em torno do tema e os objectivos do trabalho.

3.4.1. Critérios de inclusão

Psicólogos clínicos em exercício no Hospital Central de Quelimane;

Paciente dos 12 à 18 anos de idade com depressão em seguimento no Hospital Central de Quelimane;

Psicólogos e pacientes com depressão que consentiram a participar no estudo.

3.4.2. Critérios de exclusão

Psicólogos clínicos que não exerce função no Hospital Central de Quelimane;

Pacientes com idade inferior a 12 anos e superior a 18 anos com depressão que não se encontram em seguimento no Hospital Central de Quelimane;

Psicólogos e pacientes com depressão que não consentiram a participar no estudo.

3.4.3. Variáveis

3.4.4.1. Variáveis Sócio-demográficas

Segundo Babbie (2010:35), variável é qualquer característica ou fenómeno que pode ser observado, mensurado e que varia de uma unidade de análise para outra, como a renda, a idade ou o nível educacional.

Para o presente estudo constou as seguintes variáveis sociodemográficas: Idade, Sexo, Tempo de serviço, Nível de Escolaridade e Religião.

3.4.4.2. Variáveis de estudo

O presente estudo teve como variáveis: Consequências psicológicas, Terapia Cognitiva, Paciente e Depressão.

3.4.5. Considerações éticas

Para garantir as considerações éticas da pesquisa, antes da realização o protocolo foi submetido à aprovação pelo Comité Institucional da Bioética em Saúde da Zambézia (CIBSZ). A participação foi voluntária e a partir de termo de consentimento livre e informado que foram assinadas pelas participantes. Depois foi solicitada uma autorização.

Posteriormente os participantes foram apresentados a pesquisadora e de seguida informadas sobre os objectivos da pesquisa e solicitadas a participarem no estudo. Após o consentimento oral e assinatura do termo do consentimento informado, as participantes foram seleccionados com base nos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

Os participantes do estudo foram submetidos a uma entrevista individual num ambiente que garantiu a privacidade durante um período de 25 à 45 minutos nos dias úteis da semana.

A recolha de dados foi feita no período de duas semanas devido a natureza da pesquisa. E os dados foram registados na ficha de entrevista de forma a agrupar as variáveis em estudo.

Durante a recolha dos dados, foi respeitada rigorosamente todas as regras e normas traçadas pelo HCQ.

Os dados recolhidos foram usados simplesmente para os propósitos académicos no Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias, mas salvaguardando à confidencialidade e o anonimato dos participantes. Segundo a declaração de Helsinque (1960) quando a pesquisa esta relacionada aos seres humanos é necessário o uso de princípios éticos para fornecer orientações aos médicos e outros participantes em pesquisa clínica.

Em relação à garantia do anonimato aos participantes do estudo, as seguintes medidas foram tomadas pela pesquisadora: Os nomes das participantes foram codificados em (*PSC1*... e *PSC4*) que representa psicólogos clínicos e (*P1*, *P2*, *P3* e *P7*) indica pacientes.

Não foi praticado nenhum procedimento que provocou dano físico, psíquico ou morte assim como sofrimento emocional das participantes do estudo.

3.4.6. Análise e interpretação dos dados

Para análise de dados, aplicou-se a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin, obedecendo as seguintes fases:

Primeira fase consistiu na leitura flutuante e formulação das perguntas e indicadores.

Segunda fase, foram codificados os dados, e foi feita a elaboração da qualificação, reagrupando as informações por categorias e análise posterior, nesta fase também são criadas as unidades de registo que são as palavras, frases ou temas que são repetidos ao longo dos textos, e as unidades de contexto é o local onde ocorrem os eventos das unidades de registo.

Terceira e última fase, efectuou-se a chave de todo o processo na pesquisa qualitativa, onde surgem as categorias de análise e são realizadas as inferências.

Capítulo IV

4. Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo, faz-se apresentação dos resultados da entrevista realizada junto dos participantes descritos no capítulo anterior.

4.1. Dados Sócio-demográficos dos pacientes entrevistados.

Quanto a variável sexo, com os resultados da pesquisa constatou-se que três pacientes (*P2*, *P4*, e *P6*), eram do sexo masculinos e três pacientes (*P1*, *P3* e *P5*), entrevistado na pesquisa eram do sexo feminino.

Em relação, a variável idade dos pacientes, os dados da pesquisa demonstram que pacientes (*P1* e *P3*), tinham 18 anos de idade, paciente (*P2*), tinha 13 anos de idade, paciente (*P4*), tinha 15 anos de idade, paciente (*P5*), tinha 14 anos de idade, paciente (*P6*), tinha 12 anos de idade.

Com base na variável nível de escolaridade dos pacientes constatou-se três (3) pacientes dos quais dois pacientes (*P1*, e *P5*), frequentavam a 12ª Classe, três pacientes (*P2* e *P3*), frequentavam a 10ª Classe, um paciente (*P6*), encontrava-se com a 11ª classe e apenas um adolescente (*P4*), destacava-se com a 9ª classe.

Quanto a variável religião constatou-se que quatro pacientes (*P1*, *P3*, *P4* e *P5*), não professavam nenhuma religião e dois pacientes (*P2* e *P6*), professava a religião cristã.

4.2. Dados Sócio-demográficos dos psicólogos Clínicos.

Quanto a variável sexo, com os resultados da pesquisa constatou-se que dois psicólogos clínicos (*PSC2*, *PSC4*), eram do sexo masculinos e dois psicólogos clínicos (*PSC1* e *PSC3*), entrevistado na pesquisa eram do sexo feminino.

Em relação, a variável idade dos psicólogos Clínicos, os dados desta pesquisa demonstram que psicólogo clínico (*PSC1*), tinha 42 anos de idade, psicólogo clínicos (*PSC2*), tinha 48 anos de idade, psicólogo clínicos (*PSC3*), tinha 32 anos de idade e por fim o psicólogos clínicos (*PSC4*), tinha 28 anos de idade.

Com base na variável nível de escolaridade dos pacientes, verificou-se que os quatro psicólogos clínicos (*PSC1*, *PSC2*, *PSC3* e *PSC4*), eram licenciados na área de psicologia clínica.

Quanto a variável religião averiguou-se que três psicólogos clínicos (*PSC1*, *PSC3*, e *PSC4*), correspondentes a maioria professavam a religião cristã e o psicólogo clínico (*PSC2*), professava a religião islâmica.

Em relação a tempo de serviço, os dados da pesquisa revelam que o psicólogo clínico (*PSC1*), o tempo de serviço era de 13 anos, psicólogo clínico (*PSC2*), o tempo de serviço era de 7 anos, psicólogo clínico (*PSC3*), o tempo de serviço era de 4 anos e por fim o psicólogo Clínico (*PSC4*), o tempo de serviço era de 2 anos.

4.3. Apresentação dos resultados dos pacientes entrevistados na pesquisa.

Questão 1. O que entendes sobre depressão?

No que concerne, a esta questão os entrevistados nesta pesquisa deixaram seus depoimentos ao referirem que:

P1: Eu entendo que depressão é um problema que afecta a saúde mental de uma pessoa;

P2: Eu acho que depressão é alteração do cérebro, ela trás sentimentos de estresse e tristeza, numa pessoa ou paciente;

P3: Para mim, a depressão é um problema mental, onde a pessoa perde a capacidade de se conectar com as coisas;

P4: Entendo que a depressão são perturbações que podem causar traumas ou estresse, no paciente;

P5: Eu acho que depressão é um problema da saúde mental, onde a pessoa sente muito estresse e ansiedade;

P6: Eu entendo depressão como alteração mental de uma pessoa, ela é representada por tristeza e traumas.

De acordo com as análises percebe-se que o conceito da depressão desempenham um papel central na terapia comportamental, que visa alterar padrões de comportamento

indesejados por meio de técnicas baseadas em condicionamento operante e respondente aos impactos dos utentes.

Questão 2. Quais são os factores que impedem você de continuar a realizar o tratamento de depressão?

Com relação a esta questão os pacientes entrevistados referiram o seguinte:

P1: O factor que me leva a não continuar realizar o tratamento da minha depressão é o tempo que o tratamento leva é muito tempo é cansativo;

P2: Um dos factores que me impede de continuar realizar o tratamento da minha depressão é a falta de atendimento adequado no hospital;

P3: Factor que tem me impedido de realizar o tratamento é como tratamento é através da maneira como o tratamento é realizado pelos psicólogos sem domínio;

P4: São vários factores me impedem de continuar a realizar o tratamento um deles é os que me atendem são estagiário que ainda não tem domínio e distância e falta de dinheiro de transporte para me fazer presente nas consultas com os psicólogos;

P5: O factor que me impede de realizar o tratamento da depressão tem sido processo de lentidão no atendimento;

P6: O factor que me impede de tratar a minha depressão são as minha condições.

Ao realizar a análise, afirma-se que uma série de obstáculos relacionados à qualidade do atendimento, acesso a serviços de saúde e condições pessoais dos pacientes. A falta de acompanhamento adequado, a presença de estagiários sem a supervisão necessária, as dificuldades financeiras e logísticas, além da demora no atendimento, são factores que podem desencorajar os pacientes a seguir com o tratamento.

Questão 3. Você já notou se os sintomas da depressão pioram quando você não participa das sessões ou não pratica as actividades propostas por psicólogo? De que forma?

A partir desta questão, os pacientes entrevistados referiram o seguinte:

P1: Sim, quando deixo de fazer as sessões, começo a me sentir mais triste e sem motivação;

P2: Sim, os sintomas pioram. Sem as sessões, fico mais isolado e minha mente começa a criar pensamentos negativos mais frequentes;

P3: Sim, quando falto à terapia, fico mais irritado e com a sensação de que estou estagnado;

P4: Acho que sim. Sem a terapia, fico mais propenso a ficar pessimista e a me fechar;

P5: Sim, noto que sem as sessões fico mais cansado mentalmente, sem foco;

P6: Sim, quando não faço as sessões, me sinto mais perdido e desmotivado a tentar melhorar.

No que concerne a análise feita sobre esta questão entende-se que a continuidade da terapia tem um impacto directo na melhoria do estado emocional dos pacientes, sendo um componente crucial no processo de tratamento da depressão. Entretanto a falta de participação nas sessões resulta em um retrocesso emocional significativo, que agrava os sintomas depressivos e dificulta o progresso no tratamento.

Questão 4. Como você se sente quando não realiza o tratamento da depressão?

No que concerne, a esta questão os entrevistados nesta pesquisa deixaram seus depoimentos ao referirem o seguinte:

P1: Me sinto mais cansado e sem energia, como se estivesse preso em um ciclo sem fim;

P2: Fico mais irritado e sem paciência com as pessoas ao meu redor;

P3: Quando não faço o tratamento, sinto que minha autoconfiança diminui ainda mais;

P4: Eu me sinto perdido, a falta de tratamento faz com que a depressão tome conta de mim;

P5: Fico mais ansioso e preocupado, sinto que perco o controle das minhas emoções e que não vou conseguir sair dessa;

P6: Sem o tratamento, fico mais isolado e com mais dificuldade para lidar com os outros.

A análise das respostas dos entrevistados esta questão revela um padrão claro de agravamento emocional e psicológico quando a falta de tratamento para a depressão resulta em um agravamento significativo de sentimentos que afectam o bem-estar emocional.

Questão 5. Sua família ou amigos têm reagido sobre a sua adesão ao tratamento da depressão? De que forma essas reacções te afecta?

Quanto a esta questão os pacientes entrevistados na pesquisa referiram o seguinte:

P1: Minha família tem sido muito compreensiva e sempre me incentiva a seguir com o tratamento. Isso me dá forças para continuar, pois sei que eles estão ao meu lado;

P2: Alguns amigos não entendem completamente o que estou passando e dizem que eu deveria simplesmente superar, isso me faz sentir incompreendido e aumenta a minha frustração;

P3: Minha mãe se preocupada muito comigo, ela me chama para conversar sobre os medicamentos que estou tomando, sinto que ela me apoia;

P4: Minha família tem sido muito solidária, os cuidados e preocupações que eles tem lhes deixa sobrecarregado, isso tudo porque eles se importam comigo e tem me apoiado muito;

P5: Meus amigos não falam nada sobre o meu tratamento, eles vêm como se fosse algo normal, isso me faz sentir um pouco sozinho, porque acho que eles poderiam demonstrar mais interesse ou apoio;

P6: Tenho um amigo que passou por algo semelhante e está sempre me incentivando, isso me dá confiança para continuar e sentir que não estou sozinho.

No que tange a esta questão percebe-se que o tipo de reacção familiar ou social impacta directamente a percepção dos pacientes sobre o tratamento. Portanto o apoio constante e a compreensão, seja familiar ou de pessoas que passaram por experiências semelhantes, são fundamentais para aumentar a adesão e diminuir os sentimentos de isolamento, enquanto a falta de apoio e a incompreensão geram frustração, solidão e dificuldades no tratamento.

4.4. Apresentação dos resultados dos psicólogos Clínicos entrevistados na pesquisa.

Questão 1. O que entendes por terapia cognitivo comportamental?

Com relação a esta questão os psicólogos clínicos entrevistados referiram o seguinte:

PSC1: A terapia cognitiva comportamental é uma terapêutica que se concentra na modificação de pensamento e comportamentos disfuncionais dos pacientes;

PSC2: A terapia cognitivo comportamental é uma terapia baseada no tratamento de diversos transtornos mentais, como depressão, ansiedade, transtornos e fobias;

PSC3: A terapia cognitivo comportamental é entendida como uma forma de ensino, onde o terapeuta ajuda o paciente a aprender e praticar novas habilidades de resolução de problemas emocional;

PSC4: Entendo que a terapia cognitiva comportamental é uma terapia baseada no tratamento de transtornos mentais dos pacientes.

A partir das análises percebe-se que a terapia cognitivo comportamental é uma abordagem psicoterapêutica que visa ajudar o paciente a identificar, desafiar e modificar padrões de pensamento distorcidos e comportamentos disfuncionais, com o objectivo de promover mudanças no modo como a pessoa percebe a si mesma, os outros e o mundo ao seu redor.

Questão 2. Como a interrupção da terapia cognitivo comportamental afecta a evolução da depressão nos pacientes?

Com base nessa questão obteve-se as seguintes respostas dos entrevistados:

PSC1: A interrupção da TCC pode levar a uma recaída nos sintomas depressivos, porque o paciente não usa as ferramentas da terapia cognitiva comportamental;

PSC2: Eu acho que a interrupção da terapia cognitiva comportamental pode resultar em um quadro depressivo a longo do tempo;

PSC3: Eu penso que a interrupção da terapia cognitiva, pode causar sintomas de depressão nos pacientes que interrompem esta terapia;

PSC4: A interrupção da terapia cognitiva pelos pacientes pode levar a quadros clínicos da depressão a curto ou longo prazos do tempo.

Quanto a esta questão as análises dão a perceber que a interrupção da TCC pode afectar de forma significativa a evolução da depressão, dificultando a continuidade do progresso terapêutico e, em alguns casos, até provocando a recaída dos sintomas. Para obter os melhores resultados, é essencial que o tratamento seja contínuo, com acompanhamento regular e adaptação das estratégias conforme as necessidades do paciente.

Questão 3. Na sua experiência, quais são os factores que contribuem para o fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão?

Com base nessa questão obteve-se as seguintes respostas dos psicólogos Clínicos entrevistados:

PSC1: Falta de Conhecimento sobre a TCC é um dos factores que contribui para o fraco uso da TCC, o que limita seu uso;

PSC2: Um dos factores que contribui para o fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão é estigma e resistência à Terapia Psicológica;

PSC3: Os factores que contribuem para o fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão é a falta de acesso medicamentos e recursos financeiros;

PSC4: Um dos factores pilares do o fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão é a falta de acesso a profissionais bem treinados em TCC.

Com as análises feita nesta questão percebe-se que o uso da TCC no tratamento da depressão é prejudicado por uma série de factores, incluindo a falta de conhecimento sobre a terapia, o estigma relacionado ao tratamento psicológico, dificuldades financeiras e a escassez de profissionais qualificados.

Questão 4. Quais são as terapias psicológicas usadas pelos psicólogos no Hospital Central de Quelimane para o tratamento da depressão?

Em relação a nessa questão, dados obteve-se as seguintes respostas dos psicólogos Clínicos entrevistados:

PSC1: Os psicólogos deste hospital utilizam a TCC para ajudar os pacientes a identificarem e modificarem pensamentos negativos e padrões de comportamento que contribuem para a depressão;

PSC2: Os psicólogos nos hospitais podem usar a ACT que visa aumentar a flexibilidade psicológica, e incentiva os pacientes a aceitarem seus pensamentos e sentimentos;

PSC3: Os psicólogos usam a TCC, neste hospital os oferecem psicoterapia psicanalítica, que foca em explorar as causas profundas da depressão;

PSC4: Neste hospital os psicólogos usam a terapia focada em soluções que pode ser utilizada para pacientes com depressão leve a moderada.

De acordo com as análises percebe-se os psicólogos no Hospital Central de Quelimane utiliza uma variedade de abordagens terapêuticas para o tratamento da depressão, o que reflecte a flexibilidade e a adaptação às necessidades dos pacientes. A combinação de TCC, ACT, psicoterapia psicanalítica e terapia focada em soluções permite tratar a depressão sob diferentes perspectivas, de acordo com a gravidade e as características individuais do paciente.

Questão 5. Que estratégias você acredita serem eficazes para melhorar o uso da TCC em pacientes com depressão?

No que diz respeito a essa questão, os psicólogos Clínicos entrevistados na pesquisa deixaram ficar as seguintes respostas:

PSC1: Acredito que uma das estratégias mais eficazes para melhorar o uso da TCC em pacientes com depressão é a personalização do tratamento;

PSC2: Acredito que incluir a família no processo terapêutico pode ser uma estratégia eficaz para melhorar os resultados da TCC;

PSC3: Uma estratégia muito importante que poderia melhorar o uso da TCC em pacientes com depressão é a psico-educação;

PSC4: Para pacientes com depressão, uma das estratégias que vejo com mais sucesso é o uso de activação comportamental.

No que tange as respostas dos psicólogos evidencia-se que as estratégias que envolvem uma abordagem personalizada, apoio familiar, compreensão do quadro clínico (por meio da psico-educação) e a ativação comportamental são eficazes para melhorar o uso da TCC no tratamento da depressão.

Questão 6. Quais são as consequências psicológicas que você observa nos pacientes com dificuldades de aplicar as técnicas da terapia cognitiva comportamental de forma regular?

No que tange a esta questão, os psicólogos Clínicos entrevistados deixaram os seguintes depoimentos:

PSC1: Pacientes que não completam a terapia cognitiva comportamental podem sentir auto-estima baixa e a depressão;

PSC2: Os utentes que não completam a terapia cognitiva comportamental, podem ficar emocionalmente sobrecarregados, pois não adquirem habilidades eficazes para lidar com os estressores diários, o que pode resultar ansiedade, tristeza e frustração;

PSC3: O fraco uso da terapia cognitivo comportamental nos pacientes com depressivos pode resultar as seguintes consequências psicológicas sentimentos de tristeza, desesperança e baixa auto-estima;

PSC4: As consequências psicológicas resultante do fraco uso da terapia cognitivo comportamental nos pacientes com depressivos são estresse, baixa auto-estima e autocrítica.

A partir das análises é possível perceber que é fundamental que os terapeutas considerem essas possíveis consequências e ajustem as abordagens para ajudar os pacientes a superar essas dificuldades, criando um ambiente de apoio e entendimento, além de incentivar o progresso gradual.

Questão 7. No tratamento da depressão é mais comum o uso da terapia cognitivo comportamental ou farmacoterapia? Porquê?

PSC1: A escolha entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a farmacoterapia muitas vezes depende da preferência do paciente;

PSC2: Para casos mais leves de depressão, o tratamento com base na TCC pode ser mais eficaz, pois os pacientes muitas vezes respondem bem a intervenções psicológicas;

PSC3: Na prática clínica, a combinação de TCC e farmacoterapia é bastante comum, especialmente em casos de depressão moderada a grave;

PSC4: Em casos de depressão mais grave ou resistente, a farmacoterapia tende a ser mais comum, já que os medicamentos podem ter um efeito mais imediato.

Com relação as resposta dos psicólogos e as análises feitas sobre esta questão chega-se ao entendimento que a farmacoterapia têm seu lugar no tratamento da depressão, dependendo da gravidade da condição, das preferências do paciente e da prática clínica. A TCC é frequentemente preferida em casos leves a moderada de depressão, enquanto a farmacoterapia é mais comum em casos graves ou resistentes, onde um alívio rápido dos sintomas é necessário.

Capítulo V

5. Discussão dos Resultados

5.1. Discussão dos resultados dos pacientes entrevistados na pesquisa.

No que tange aos dados sócio-demográficos dos pacientes, os resultados indicam uma variedade de idades, com predominância de adolescentes (13 à 18 anos), e uma distribuição equilibrada entre os sexos, com mais homens (P2, P4 e P6) do que mulheres (P1, P3, P5). Essa distribuição etária é interessante, pois pode indicar uma população vulnerável, já que a adolescência é uma fase de transição crítica, frequentemente associada ao aumento de distúrbios mentais como a depressão (Murk, 2021:34), nível educacional relativamente baixo, com a maioria dos pacientes frequentando a 10^a ou 12^a classe. Isso pode reflectir um acesso limitado a recursos educacionais e de saúde, o que é consistente com a literatura que sugere que a baixa escolaridade está associada a maiores taxas de depressão (Brito, 2020:20).

Em relação à religião, os resultados indicam que a maioria dos pacientes (4 de 6) não professam nenhuma religião, o que pode influenciar o apoio social e emocional que recebem, já que comunidades religiosas muitas vezes desempenham um papel de suporte importante na saúde mental (Koenig, 2012:67), esses aspectos sociodemográficos são fundamentais para contextualizar as experiências dos pacientes no tratamento da depressão.

Os resultados da pesquisa demonstram que os pacientes entrevistados têm uma compreensão mista da depressão. A maioria reconhece a depressão como um distúrbio mental, com ênfase em sentimentos de tristeza, estresse, e perda de conexão com a realidade. Este entendimento sugere que a maioria dos pacientes já tem algum conhecimento prévio sobre a doença, embora de forma geral, ainda percebam a depressão como algo distante e difícil de compreender completamente. Este entendimento alinha-se com a definição de depressão dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020:45), considera a depressão como um transtorno mental caracterizado por tristeza persistente, perda de interesse em actividades anteriormente prazerosas e sintomas físicos, como cansaço e dificuldades de concentração.

Os resultados da pesquisa revelam que os factores como a demora no atendimento, a falta de um atendimento adequado e as dificuldades financeiras desempenham um papel significativo no abandono do tratamento. Além disso, a presença de estagiários sem a

supervisão adequada foi mencionada como uma preocupação, o que reflecte a percepção dos pacientes sobre a qualidade do cuidado recebido. Esses obstáculos demonstram a necessidade de melhorar a infra-estrutura e a continuidade do acompanhamento terapêutico. Este pensamento entra de acordo com Silva (2021:56), são diversificados os factores que impedem os pacientes a dar seguimento do tratamento da depressão que inclui a falta de suporte social, estigma associado à doença mental, efeitos colaterais dos medicamentos, falta de eficácia percebida, dificuldades financeiras, acesso ao tratamento, comorbidades e dificuldades adicionais. Estes factores pilares importante para a adesão ao tratamento de doenças mentais, como a depressão.

Os resultados da pesquisa levam ao entendimento que a falta de participação nas sessões resulta em um agravamento dos sintomas depressivos, com sentimentos de tristeza, desmotivação, e frustração. Isso corrobora a ideia de que a continuidade do tratamento é essencial para a melhoria do quadro emocional dos pacientes, e que a ausência de acompanhamento pode causar um retrocesso significativo na saúde mental. Para Cuijpers (2011:13), ressalta que a interrupção das sessões pode resultar em um aumento nos sintomas, como tristeza intensa, desmotivação, e dificuldades de concentração. Isso acontece porque a terapia oferece ao paciente ferramentas de enfrentamento e estratégias para modificar padrões de pensamento negativos.

Com os resultados da pesquisa indicam um agravamento substancial dos sintomas emocionais por parte dos pacientes quando estes não realizam o tratamento da depressão, como é o caso de sentimentos de cansaço, perda de controlo emocional, ansiedade e solidão sendo mais intensos quando o tratamento não é seguido. Isso evidencia que a falta de tratamento não só compromete a recuperação, mas também associa os sentimentos negativos e a percepção de impotência diante da depressão. Esta ideia é sustentada por Bieling (2006:31), refere que os pacientes com depressão não tratada frequentemente enfrentam dificuldades no trabalho, relacionamentos sociais e saúde física, o que pode agravar ainda mais a sensação de desesperança, a depressão não tratada reduz significativamente a qualidade de vida de paciente em várias esferas da vida social e profissional.

Com os dados obtidos na pesquisa, em relação as reacções dos familiares e amigos na adesão do tratamento da depressão, observou-se que os familiares e amigos demonstraram apoio, incompreensão, estigmatização ao tratamento, e isso influencia significativamente na experiência do paciente em processo de recuperação. Onde este argumento é sustentado por

Silva (2021:45), ao afirmar que as reacções de familiares e amigos podem afectar directamente o estado emocional e psicológico do paciente, as reacções positivas podem contribuir para uma maior auto-estima e engajamento com o tratamento, enquanto reacções negativas podem gerar frustração, insegurança e até abandono da terapia.

5.2. Discussão dos resultados dos Psicólogos Clínicos entrevistados na pesquisa

Correlações aos dados sócio-demográficos dos psicólogos clínicos, os resultados da pesquisa revelam uma distribuição etária que varia de 28 a 48 anos, com a maioria possuindo uma formação académica em Psicologia. A experiência de trabalho varia significativamente, com o psicólogo mais experiente tendo 13 anos de prática e o menos experiente apenas 2 anos. A experiência pode ser um factor importante na qualidade do atendimento prestado, já que estudos sugerem que a experiência do terapeuta pode influenciar a eficácia da terapia (Lambert, 2004:45). A diversidade religiosa entre os psicólogos maioritariamente cristãos, mas com um islâmico pode reflectir uma abordagem mais ampla e inclusiva, proporcionando diferentes perspectivas nas interacções com os pacientes, especialmente considerando que crenças espirituais podem ser um factor de apoio ou resistência ao tratamento psicológico (Jorm, 2018:78).

Os resultados da pesquisa, mostram, que maior parte dos psicólogos clínicos entendem a TCC como uma terapia voltada para a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Esse consenso entre os profissionais destaca a abordagem da TCC como eficaz para tratar a depressão, uma vez que a intervenção foca em modificar padrões cognitivos negativos que podem intensificar o sofrimento emocional dos pacientes. Esta ideia entra de acordo com a ideia de Souza & Lima (2020:67), referem que os psicólogos clínicos, ao compreenderem os fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental, tendem a valorizar a eficácia dessa abordagem no tratamento de transtornos emocionais, no entanto, a aplicação prática da TCC varia conforme a formação teórica e a experiência clínica de cada profissional.

Com os resultados do estudo, em relação a interrupção da terapia cognitivo comportamental a afecta no desencadeamento da depressão, pode-se perceber que a interrupção da terapia cognitivo comportamental pode afectar negativamente a evolução da depressão nos pacientes, levando ao retorno dos sintomas ou à falta de progressos sustentáveis, os pacientes podem sentir-se desamparados ou incapazes de lidar com suas emoções. Este facto corrobora com estudo de Kuyken (2010:35), a interrupção do tratamento

de TCC pode ser prejudicial ao paciente, principalmente no que diz respeito à prevenção de recaídas da depressão, a continuação do acompanhamento pós-terapia, como a manutenção de sessões de reforço, é importante para garantir que os ganhos terapêuticos sejam sustentáveis a longo prazo.

No que concerne aos factores que contribuem para o fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão, com os dados da pesquisa percebe-se que diversos factores podem contribuir para o fraco uso da TCC em pacientes com depressão, entre os quais; profissionais qualificados, custo com o tratamento, estigma na adesão da terapia psicológica. O trabalho de Hofmann (2012:56), refere que o factor que contribuem para o fraco uso da TCC pode variar conforme o contexto cultural e o sistema de saúde de cada país, os factores que contribuem para o fraco uso da TCC em pacientes com depressão, entre os quais destacam-se; a falta de treinamento adequado dos profissionais, estigma associado à busca de terapia psicológica, falta de acesso à terapia, custo e tempo e preferências dos pacientes.

Com relação as terapias psicológicas usadas pelos psicólogos nos Hospitais para o tratamento da depressão, os resultados mostram que, as terapias psicológicas utilizadas por psicólogos em hospitais para o tratamento de pacientes com depressão estão a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Interpessoal (TIP) e a Terapia Psicanalítica. Este facto corrobora com estudo de Beck (2011:65), refere que em ambientes hospitalares, a TCC é utilizada no tratamento da depressão devido à sua eficácia comprovada na modificação de padrões de pensamento disfuncionais e comportamentos que contribuem para a manutenção da doença, a TCC ajuda os pacientes a identificar e reestruturar pensamentos negativos, promovendo uma melhoria significativa no estado emocional e funcional dos pacientes.

No que concerne, as estratégias você acredita serem eficazes para melhorar o uso da TCC em pacientes com depressão, os resultados da pesquisa mostram que a boa aliança terapêutica com o paciente, ambiente seguro e empático, psico-educação e definição de metas claras, são algumas das estratégias implementadas pelos profissionais de psicologia, desenvolvidas para ajudar a aumentar a motivação e melhorar os resultados da terapia. Segundo Van Straten (2018:78), refere que uma das estratégias eficazes para melhorar a motivação envolve a personalização do tratamento, acessibilidade e disponibilidade, treinamento de Profissionais de Saúde, envolvimento familiar e suporte social e adaptação de

Intervenções para diferentes populações, de modo a conectar a TCC aos valores e as metas pessoais do paciente.

No que diz respeito, as consequências psicológicas do fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão, com resultados da pesquisa percebe-se que, quando pacientes com depressão A falta de aplicação regular das técnicas da terapia cognitivo comportamental resulta em impactos psicológicos como: sentimentos de tristeza, desesperança, baixa auto-estima e estresse. Um estudo realizado por Cuijpers (2016:13), destaca que o fraco uso da TCC nos pacientes com depressão, aumenta a probabilidade de transtornos psiquiátricos adicionais que inclui sintomas como ideação suicida, estresse, ansiedade, sintomas depressivos, pensamento disfuncionais e recaídas constantes, o paciente não aprende a modificar os padrões de pensamento disfuncionais que sustentam a depressão.

Tal como mostram os resultados da pesquisa, em relação ao tratamento da depressão mais comum em pacientes, com resultados obtidos na pesquisa percebe-se que, a escolha dos tratamentos depende de vários factores, que inclui a gravidade da depressão, as preferências do paciente, e as características individuais do mesmo. Para Cuijpers (2016:43), a TCC quanto a farmacoterapia sejam eficazes no tratamento da depressão, a escolha entre uma ou outra depende da gravidade da depressão e das preferências individuais dos pacientes. A combinação de ambas as abordagens tem mostrado resultados mais robustos para a maioria dos pacientes.

Capítulo VI

6. Conclusão

O estudo pretendia saber: Quais eram as consequências psicológicas ao fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão, dos 12 à 18 anos de idade: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, ano 2023, Província da Zambézia.

No que se refere aos factores resultantes do fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão conclui-se que o fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão resulta de diversos factores que dificultam a adesão ao tratamento, incluindo a demora no atendimento, a falta de serviços adequados, as dificuldades financeiras e presença de profissionais não devidamente treinado para lidar com este tipo de situação. Este factores têm impacto directo no abandono do tratamento, confirmando que a qualidade do atendimento psicológico, aliado a um sistema de saúde eficiente, é fundamental para a eficácia do tratamento.

Outrossim, observou-se que a interrupção do tratamento é um factor significativo para o agravamento dos sintomas, com os pacientes relatando um aumento na tristeza, desmotivação e outros sintomas emocionais. Conclui-se, entretanto, que o transtorno depressivo ocorre como condições diferentes no cenário clínico, variando de sintomas menores transitórios a quadros clínicos graves e debilitantes, causando graves prejuízos sociais e ocupacionais. Sem a intervenção da TCC, o jovem continua a enfrentar sentimentos de tristeza, desesperança e apatia, o que prejudica as relações interpessoais.

Em relação as consequências psicológicas resultantes do fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão, conclui-se que o fraco uso desta terapia causa prejuízos drástico na saúde mental, do paciente, levando a situação deste a ser mais agravante e a desencadear sentimentos de baixa auto-estima, estresse tristeza e frustração quando mais se observa o uso insuficiente da terapia cognitiva comportamental no tratamento da depressão, especialmente em adolescentes, há um risco elevado de desenvolvimento de outros transtornos psicológicos. O fraco uso da TCC torna os adolescentes mais susceptíveis a essas comorbidades, cria um ciclo de agravamento da saúde mental resultando a ideação suicida e pensamento disfuncionais e recaídas constantes.

No que tange ao terceiro objectivo que pretendia propor as possíveis estratégias para melhorar o uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão em pacientes, averiguou-se que para aumentar a adesão e eficácia desse tratamento, é necessário para melhorar o uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão, os psicólogos devem se concentrar em uma abordagem individualizada, integrar novas tecnologias e estratégias complementares, manter um bom vínculo terapêutico e focar na prevenção de recaídas voltadas nas práticas de maximização e eficácia do tratamento e fornecer aos pacientes as ferramentas necessárias para gerenciar sua depressão de forma mais eficaz.

Com base nas constatações do estudo propõem-se as seguintes sugestões:

Aos psicólogos clínicos

- a) Criação de um ambiente de escuta activa para que os adolescentes se sintam ouvidos e compreendidos das suas situações.
- b) A implementação de estratégias de intervenções psico-educação nas escolas, com vista ajudar a combater o tratamento psicológico e facilitar o acesso à TCC, por meio de psicólogos escolares ou encaminha-los para serviços de saúde especializados.

Aos Adolescentes:

- a) Que os adolescentes sejam honestos e abertos, durante as sessões de terapia cognitiva comportamental, para que se sintam confortável para falar sobre o que está sentindo e as dificuldades que enfrentam.

Aos pesquisadores

- a) A realização de mais estudos do género, com intuito de explorem de forma mais aprofundada os factores que influenciam a fraca adesão à TCC em adolescentes.
- b) Investigar as diferenças dos resultados da TCC em diferentes contextos culturais e socioeconómicos.

Referências bibliográficas

- Assumpção, Gláucia Lopes Silva; Oliveira, Luciele Aparecida; De Souza, Mayra Fernanda Silva. (2018). *Depressão e suicídio: uma correlação*. Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas.
- Babbie, E. (2010). *A Prática da Pesquisa Social (12ª ed.)*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Barroso, Sabrina Martins; Baptista, Makilim Nunes; Zanon, Cristian (2018). *Solidão como variável preditora na depressão em adultos*. Estudos Interdisciplinares em Psicologia.
- Beck AT. (1976). *Terapia cognitiva e os transtornos emocionais*. Boston: Imprensa Universitária Internacional.
- Beck AT. (2005). *O estado actual da terapia cognitiva: uma retrospectiva de 40 anos*. Psiquiatria Arch Gen.
- Beck, AT (1976). *Terapia cognitiva e os transtornos emocionais*. Imprensa de Universidades Internacionais.
- Beck, AT (2011). *Terapia cognitiva da depressão*. A imprensa de Guilford.
- Bennett-Levy, J. (2006). *Terapia cognitiva: uma abordagem baseada em habilidades*. Routledge.
- Bieling, PJ, McCabe, RE e Antony, MM (2006). *Terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão*. Em CR Snyder & CL Forsyth (Eds.), Manual da Ciência da Psicologia Clínica. Wiley.
- Black DW, Andreasen NC. (2015). *Texto introdutorio de Psiquiatria*. 5th ed.: American Psychiatric Association.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. e Dobson, K. S. (2013). *Uma meta-análise da terapia cognitivo-comportamental para depressão em adultos, isoladamente e em comparação com outros tratamentos*. Revista Canadense de Psiquiatria.

- Deckersbach T, Gershuny BS, Otto MW. (2000). *Terapia cognitivo-comportamental para depressão*. Psiquiatra Clin North Am.
- Dobson, K. S. (2001). *Manual de terapias cognitivo-comportamentais (2ª ed.)*. Guilford Press.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2019). *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais (4ª ed.)*. Guilford Press.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. (1998). *Prevenção da depressão recorrente com terapia cognitivo-comportamental: resultados preliminares*. Psiquiatria Arch Gen.
- Ferster CB. (1973). *Uma análise funcional da depressão*. Sou Psicol.
- Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa. 3. ed.* Porto Alegre: Artmed.
- Goffman, E. (1961). *Asilos: Ensaio sobre a situação social de pacientes mentais e outros internos*. Livros âncora.
- Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE). (2009). *Depressão em adultos: reconhecimento e tratamento*. Diretriz clínica [CG90].
- Jorm, A. F. (2018). *Literacia em saúde mental: Capacitando a comunidade a agir para uma melhor saúde mental*. The American Psychologist.
- Koenig, H. G. (2012). *Religião, espiritualidade e saúde mental: uma revisão das evidências*. The American Journal of Geriatric Psychiatry.
- Kuyken, W., Watkins, ER, Holden, E., White, K., & Taylor, RS (2010). *A eficácia da terapia cognitivo-comportamental: uma revisão das meta-análises*. *Terapia Cognitiva e Pesquisa*.
- Lakatos, E. M. e Marconi, M. A (2008). *Metodologia Científica*. (7ª ed), Edições Atlas, São Paulo.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). *A eficácia da psicoterapia: uma meta-análise*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (2013). *Associação Psiquiátrica Americana*. 5ª edição.
- Marques, Natielly. (2014). *Depressão em adolescentes e suas consequências – uma revisão bibliográfica. Monografia (Bacharel em Enfermagem) Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB*. Brasília.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Ativação Comportamental para Depressão: Um Guia Clínico*. Guilford Press.
- Mattar, F. N. *Pesquisa de marketing: edição compacta*. São Paulo: Atlas, 1996.
- Mayer, J. S., Garrett, L., & Wiggins, J. (2009). *Introdução à medicina: Conceitos fundamentais*. São Paulo: Editora MedBook.
- Minayo, M., Deslandes, S., & Gomes, R. (2009). *Pesquisa Social Teoria, método e criatividade* (28ª ed.). Petropolis: Vozes.
- Murk, L, et al. (2021). *Adolescência e saúde mental: um período crítico para depressão e ansiedade*. Journal of Adolescent Health.
- Oliveira, Antoniel Campos. (2019). *Eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.
- Rangé, Bernard (Org). (2001). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Transtornos Psiquiátricos*. Vol. 2. São Paulo: Editoria Livro Pleno.
- Rector, N. A, & Beck, A. T. (2001). *Terapia cognitiva para depressão e ansiedade: um guia prático*. Nova York: The Guilford Press.
- Richardson, R, Peres, J. S., Wanderey, J. V., Correia, L., & Peres, M. d. (2012). *Pesquisa Social Métodos e Técnicas* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. (2006). *Terapia cognitiva para depressão*. Sou Fam Física.
- Scher CD, Segal ZV, Ingram RE. (2006). *Teoria da depressão de Beck: origens, situação empírica e direções futuras para a vulnerabilidade cognitiva*. In: Leahy RL, editora. *Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Nova York: Guilford Press.

- Silva, R. & Almeida, F. (2021). *Influências culturais na compreensão e tratamento da depressão: uma perspectiva sociocultural*. Psiquiatria e Sociedade.
- Simon, G. E, Ludman, E. J. e Rutter, C. M. (2006). *Benefício e custo incrementais do tratamento telefônico e da psicoterapia telefônica para depressão na atenção primária*. Arquivos de Psiquiatria Geral.
- Skinner, BF (1953). *Ciência e comportamento humano*. Imprensa livre.
- Souza, R. S., & Lima, A. T. (2020). *Consequências psicológicas do fraco uso da Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com depressão*. Revista Brasileira de Psicologia Clínica e Terapias Cognitivas.
- Van Straten, A. (2018). *Estratégias de motivação no uso da Terapia Cognitivo-Comportamental: implicação para a adesão e eficácia do tratamento*. Journal of Cognitive Behavioral Therapy.
- Wolpe, J. (1958). *Psicoterapia por inibição recíproca*. Imprensa da Universidade de Stanford.
- Wright H, Brown GK, Thase ME. (2009). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental*: Artmed.
- Zimbardo, PG (2007). *O efeito Lúcifer: entendendo como pessoas boas se transformam em más*. Casa Aleatória.
- Cordioli, A. V. (2008). *A Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno Obsessivo Compulsivo*. Revista Brasileira de Psiquiatria.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Wright, J. H.; Basco, M. R.; Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo Comportamental: Um Guia Ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, R. L. (2011). *Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo- comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos*. Tese (doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Sites Consultados

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G. e van Straten, A. (2016). *Psicoterapia para depressão em adultos: uma meta-análise de estudos comparativos de eficácia e efetividade*. *Jornal de Transtornos Afetivos*, 202, 511-517. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.050>
- Hofmann, SG, Asnaani, A., Vonk, IJ, Sawyer, AT, & Fang, A. (2012). *A eficácia da terapia cognitivo-comportamental: uma revisão das meta-análises*. *Terapia Cognitiva e Pesquisa*. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2019). *OMS adverte que depressão é a doença mais frequentenaadolescência*. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/omsadvertequ-e-depressao-e-doenca-mais-frequente-na-adolescencia>. Acesso em: 13. Mai 2024. 14h:22
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2023). *Guia Essencial para Jornalistas*. [Online]. Disponível em: <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas>.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *Depressão e Transtornos de Ansiedade*. Recuperado de <https://www.who.int/pt/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Crepaldi, M. (2018). *Por favor, não menospreze o RPD*. Facilitah. Ponta Grossa. 07 maio 2018. Disponível em: < <https://facilitahdesenvolvimento.com.br/por-favor-nao-menospreze-o-rpd/>>. Acesso em: 25 maio 2024. 20h:20
- Cantini, J. (2003). *Técnica em TCC: respiração diafragmática*. Psicologia explica. Disponível em: Acesso em: 27 maio 2024. 21h:00

Apêndices

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu _____ Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar da pesquisa de campo referente ao projecto científico sobre, *Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 à 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024.* Afirmo que aceitei participar por minha livre e espontânea vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer bónus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objectivos estritamente académicos do estudo, que, em linhas gerais fui também esclarecido(a) de que o uso da informação por mim fornecido estão submetidas às normas éticas destinadas a pesquisa envolvendo seres humanos. Minha colaboração se fará de forma anónima através de uma entrevista.

Por isso concordo em participar no estudo;

O/A participante

Investigadora Principal

Milena Estevão Carlos Fraqueza

Quelimane aos _____/_____/_____

Apêndice 2

Guião de Entrevista Semi-Estruturada dirigidos aos Psicólogos Clínicos do Hospital Central de Quelimane

Código _____

Dados Demográficos

1. Idade _____ 2. Sexo _____ 4. Nível de escolaridade _____
5. Religião _____ 6. Tempo de Serviço _____

Questões de Conhecimento

1. O que entendes por terapia cognitivo comportamental?

2. Como a interrupção da terapia cognitivo comportamental afecta a evolução da depressão nos pacientes?

3. Na sua experiência, quais são os factores que contribuem para o fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com depressão?

4. Quais são as terapias psicológicas usadas pelos psicólogos no Hospital Central de Quelimane para o tratamento da depressão?

5. Que estratégias você acredita serem eficazes para melhorar o uso da TCC em pacientes com depressão?

6. Quais são as consequências psicológicas da falta de terapia cognitiva comportamental para pacientes com depressão?

7. No tratamento da depressão é mais comum o uso da terapia cognitivo comportamental ou farmacoterapia? Porquê?

Obrigada pela atenção Dispensada

Apêndice 3

Guião de Entrevista Semi-Estruturada dirigidos aos pacientes no Hospital Central de Quelimane

Código _____

Dados Demográficos

1. Idade _____ 2. Sexo _____ 3. Nível de escolaridade _____
4. Religião _____

Questões de Conhecimento

1. O que entendes sobre depressão?

2. Quais são os factores que impedem você de continuar a realizar o tratamento de depressão?

3. Você já notou se os sintomas da depressão pioram quando você não participa das sessões ou não pratica as actividades propostas por psicólogo? De que forma?

4. Como você se sente quando não realiza o tratamento da depressão?

5. Sua família ou amigos têm reagido sobre a sua adesão ao tratamento da depressão? De que forma essas reacções te afecta?

3. O que você acha que poderia ajudá-lo a integrar melhor a TCC no seu quotidiano e superar a resistência que sente?

Obrigada pela atenção Dispensada

Anexos

BDI-II

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Instruções: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada grupo de afirmações e escolha a **afirmação** de cada grupo que melhor descreve a maneira como você se tem sentido nas **últimas duas semanas, incluindo hoje**. Faça um círculo à volta do número ao lado da afirmação que escolheu. Se várias afirmações no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, faça um círculo à volta do número mais alto desse grupo. Certifique-se de que não escolhe mais do que uma afirmação em cada grupo, incluindo o item 16 (Alterações no Padrão de Sono) ou no item 18 (Alterações no Apetite).

1. Tristeza

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me triste a maior parte do tempo.
- 2 Estou sempre triste.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. Pessimismo

- 0 Não estou desanimado quanto ao meu futuro.
- 1 Sinto-me mais desanimado quanto ao meu futuro do que costumava.
- 2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- 3 Sinto que não há esperança para o meu futuro e que as coisas só irão piorar.

3. Fracassos do Passado

- 0 Não me sinto um fracassado.
- 1 Fracassei mais do que deveria.
- 2 Quando olho para trás vejo muitos fracassos.
- 3 Sinto que, como pessoa, sou um fracasso total.

4. Perda de Prazer

- 0 Tenho tanto prazer como de costume, com as coisas de que gosto.
- 1 Não gosto tanto das coisas como gostava antes.
- 2 Tenho muito pouco prazer com as coisas que gostava antes.
- 3 Não consigo ter prazer nenhum com as coisas que gostava antes.

5. Sentimento de Culpa

- 0 Não me sinto particularmente culpado.
- 1 Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que devia ter feito.
- 2 Sinto-me culpado a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me sempre culpado.

6. Sentimentos de Punição

- 0 Não sinto que estou a ser castigado.
- 1 Sinto que posso ser castigado.
- 2 Eu espero ser castigado.
- 3 Sinto que estou a ser castigado.

7. Desgosto de Si Próprio

- 0 Sinto o mesmo acerca de mim, como antes.
- 1 Perdi confiança em mim mesmo.
- 2 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 3 Eu não gosto de mim mesmo.

8. Auto-Crítica

- 0 Eu não me critico ou culpabilizo mais do que o habitual.
- 1 Eu sou mais autocrítico do que era antes.
- 2 Critico-me a mim mesmo por todas as minhas culpas.
- 3 Culpo-me por tudo de mal que acontece.

9. Pensamentos ou Desejos de Suicídio

- 0 Não tenho quaisquer pensamentos a respeito de me matar.
- 1 Tenho pensamentos sobre matar-me, mas não os levaria adiante.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu matar-me-ia se tivesse oportunidade.

10. Choro

- 0 Não choro mais do que chorava antes.
- 1 Choro mais do que chorava antes.
- 2 Choro por tudo e por nada.
- 3 Sinto vontade de chorar mas não consigo.

Continua atrás

Sub Total Página 1 _____

11. Agitação

- 0 Não me sinto mais inquieto ou agitado do que o normal.
- 1 Sinto-me mais inquieto ou agitado do que o normal.
- 2 Estou tão inquieto ou agitado que é difícil ficar quieto.
- 3 Estou tão inquieto ou agitado que tenho que estar sempre a andar de um lado para o outro ou a fazer qualquer coisa.

12. Perda de Interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou actividades.
- 1 Estou menos interessado por outras pessoas ou coisas do que antes.
- 2 Perdi a maior parte do interesse por pessoas ou coisas.
- 3 É difícil interessar-me por qualquer coisa.

13. Indecisão

- 0 Tomo decisões tão bem como sempre.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- 2 Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões do que o habitual.
- 3 Tenho dificuldades em tomar quaisquer decisões.

14. Desvalorização

- 0 Não sinto que seja um inútil.
- 1 Não me considero útil como era antes.
- 2 Sinto-me mais inútil comparado com as outras pessoas.
- 3 Sinto-me completamente inútil.

15. Perda de Energia

- 0 Tenho tanta energia como sempre.
- 1 Tenho menos energia do que tinha antes.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer grande coisa.
- 3 Não tenho energia para fazer nada.

16. Alterações no Padrão de Sono

- 0 Não tive qualquer alteração no meu padrão de sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a adormecer.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritável do que o habitual.
- 1 Estou mais irritável do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritável do que o habitual.
- 3 Estou sempre irritável.

18. Alterações no Apetite

- 0 Não tive qualquer alteração no meu apetite.
- 1a O meu apetite é um pouco menos do que o habitual.
- 1b O meu apetite é um pouco mais do que o habitual.
- 2a O meu apetite é muito menos do que o habitual.
- 2b O meu apetite é muito mais do que o habitual.
- 3a Não tenho apetite nenhum.
- 3b Desejo comida a toda a hora.

19. Dificuldades de Concentração

- 0 Consigo concentrar-me tão bem como antes.
- 1 Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- 2 É difícil manter-me concentrado em alguma coisa durante muito tempo.
- 3 Acho que não consigo concentrar-me em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansado ou fatigado do que o habitual.
- 1 Fico mais cansado ou fatigado do que o habitual.
- 2 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer muitas coisas que costumava fazer.
- 3 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse pelo sexo

- 0 Não notei nenhuma alteração recente no meu interesse pelo sexo.
- 1 Tenho menos interesse pelo sexo do que tinha antes.
- 2 Tenho muito menos interesse pelo sexo, agora.
- 3 Perdi completamente o interesse pelo sexo.

Sub Total Página 2 _____

Sub Total Página 1 _____

Pontuação Total _____



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVINCIA DA ZAMBÉZIA
SERVIÇO PROVINCIAL DE SAÚDE

A

Sra. Milena Estevão Carlos Fraqueza

Quelimane

Nota nº. 1772/SPSZ/001.5 /2024

Data: 06/08/2024

Assunto: Resposta de Pedido de Carta de Cobertura.

O Serviço Provincial de Saúde da Zambézia, analisou o pedido formulado pelo qual a estudante pretende realizar uma pesquisa para a conclusão de grau de Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, no Instituto Superior de Humanidade, Ciências e Tecnologias - ISHCT, com o tema: *“Consequências Psicológicas Resultantes do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes com Idade entre os 12 a 18 anos com Depressão: Estudo de caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia, no ano de 2024”*, não tendo algo que possa impedir a realização da pesquisa, autorizamos que a mesma pode acontecer na província, desde que:

- Apresente a carta de aprovação ética antes da implementação;
- Solicite ao SPSZ, a credencial para iniciar as actividades de recolha de dados;
- O SPSZ seja mantido informado de todas as fases da pesquisa com a devida periodicidade;
- Os resultados finais da pesquisa sejam apresentados no local do estudo e no SPSZ.

Sem mais, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

O Diretor do Serviço Provincial

Oscar Ganizane Hawad

Médico de Clínica Geral de 1º





REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVINCIA DA ZAMBÉZIA
SERVIÇO PROVINCIAL DE SAÚDE

CREDECIAL

O Serviço Provincial de Saúde da Zambézia, credencia a Senhora: Milena Estevão Carlos Fraqueza, para se apresentar no Hospital Central de Quelimane de Quelimane, afim de proceder com a recolha de dados no âmbito da pesquisa académica intitulada por *“Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 a 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024”*.

A presente credencial produz efeitos até 6 meses a partir da data da emissão, podendo ser renovada em caso de necessidade.

Trata-se de uma pesquisa com fins académicos que de certa forma vai apoiar no melhoramento dos indicadores na província.

Quelimane, 01 de Outubro de 2024
O Diretor do Serviço Provincial
Osma Ganizane Hawad
/Médico de Clínica Geral de 1ª/



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

Comite Institucional De Bioética Para Saúde
(CIBS) nº 8
Província de Zambézia

Exmo. Sra Milena Estevão Carlos Fraqueza

Ref: 47/CIBS-Z/24

19 de Setembro de 2024

Assunto: Parecer do Comité Institucional de Bioética para Saúde sobre o protocolo intitulado *“Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 a 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024.”*

Reunido no dia 22 de Agosto de 2024, o Comité institucional de Bioética para a Saúde da província da Zambézia (CIBS-Z) tem a informar que foram avaliados os aspectos de ordem ético sob o protocolo de estudo intitulado *“Consequências Psicológicas Resultante do Fraco Uso da Terapia Cognitivo Comportamental em Pacientes Com Idade Entre 12 a 18 Anos Com Depressão: Estudo de Caso no Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024”* Não vê nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo.

- O pesquisador continue a manter informado ao CIBS-Z sobre a decorrência do processo de implantação do protocolo bem como possíveis alterações;
- No fim da pesquisa, que partilhe os resultados com CIBS-Z, bem como os demais envolvidos.

Sem mais de momento, receba as nossas cordiais saudações;

O Vice-Presidente

Rodrigues Pita Francisco
**Comité Institucional de Bioética
para Saúde (CIBSZ-nº8)
Província da Zambézia**

Rodrigues Pita Francisco
(Msc)

*Endereço: Direcção Provincial da Saúde, Av. 1 de Julho, 2º Andar, Gabinete nº 3, Quelimane,
Moçambique. Telefone 842539104/ 845421294/825755437*



Universidade Politécnica
A POLITÉCNICA

INSTITUTO SUPERIOR DE
HUMANIDADES, CIÊNCIAS E
TECNOLOGIAS – ISHCT

CREDENCIAL

O Instituto Superior de Humanidades Ciências e Tecnologias - ISHCT da Universidade Politécnica Á politécnica, credencia a estudante, **Milena Estevão Carlos Fraqueza** do 4ºAno, 8º Semestre do curso de **Psicologia Clínica**, no âmbito de Recolha de Dados para o Trabalho de Culminação de Fim do Curso, no **Hospital Central de Quelimane**.

O Director do ISHCT

(Mestre, Pedro R. Mpilimba)



HUMANISMO, RIGOR E PROFISSIONALISMO

Av. Samora Machel, 362 | Quelimane - Moçambique
Tel: +258 24 213 118 | Cel: +258 82 509 6310
E-mail: de@apolitecnica.ac.mz
Website: www.apolitecnica.ac.mz



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVINCIA DA ZAMBÉZIA
HOSPITAL CENTRAL DE QUELIMANE

A:

Universidade Politécnica-A
Politécnica
-Quelimane-

N/Rep 1327/001.5
/HCQ/DC/2024

Assunto: Resposta do pedido de carta de cobertura para recolha de dados

A Direcção do Hospital Central de Quelimane, analisou o vosso pedido na qual pretende realizar um estudo sobre "Consequências Psicológicas resultante do fraco uso da terapia cognitivo comportamental em pacientes com idade entre 12 a 18 anos com depressão: Estudo de caso do Hospital Central de Quelimane, Província da Zambézia no ano 2024" a favor da estudante Milena Estevão Carlos Franqueza.

Não tendo verificado algo que obste a sua realização, achamos que o estudo pode acontecer no Hospital, desde que:

- Tenha aprovação do comité de Bioética.
- Os resultados finais do estudo sejam apresentados ao Hospital Central de Quelimane.

Sem mais, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

Quelimane a 30 de Outubro de 2024

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Director Geral
Ladino Suade
/Medico Urologista/