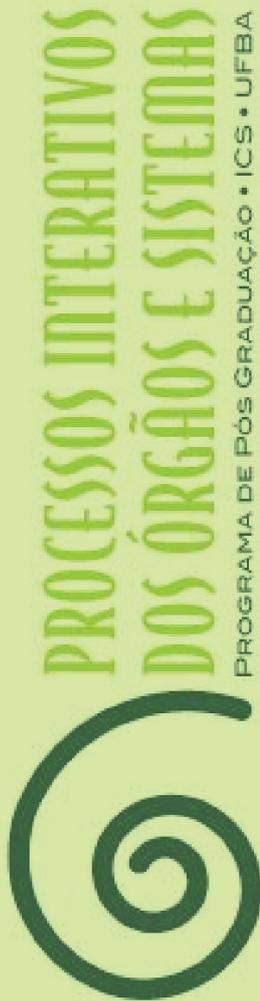


UFBA

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Ciências da Saúde

ANA CRISTINA BATISTA BOTELHO



**DISTORÇÕES COGNITIVAS NO
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR:
UM ESTUDO COM O USO DO CD-QUEST**

Salvador
2017



**PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

ANA CRISTINA BATISTA BOTELHO

**DISTORÇÕES COGNITIVAS NO TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR: UM ESTUDO COM O USO DO CD-QUEST**

Salvador
2017

ANA CRISTINA BATISTA BOTELHO

**DISTORÇÕES COGNITIVAS NO TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR: UM ESTUDO COM O USO DO CD-QUEST**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador
2017

Botelho, Ana Cristina Batista.

Distorções cognitivas no transtorno depressivo maior: um estudo com uso o do CD-QUEST./ [Manuscrito] Ana Cristina Batista Botelho. – Salvador, 2017. 110 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2017.

1. Transtorno Depressivo Maior. 2. Distorções Cognitiva. 3. Questionário de Distorções Cognitiva 4. Terapia Cognitiva-comportamental. 5. Terapia Cognitiva Processual I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título

CDD 616.89142 - 21. ed.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO

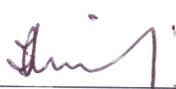
DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO

ANA CRISTINA BATISTA BOTELHO

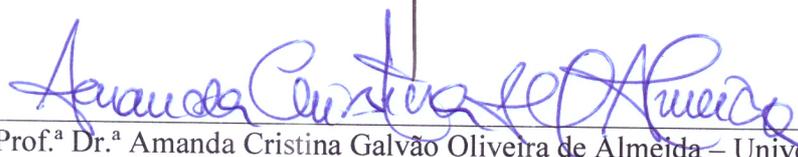
Distorções Cognitivas no Transtorno Depressivo Maior: um estudo com o uso do CD – QUEST

Salvador, Bahia, 15 de dezembro de 2017

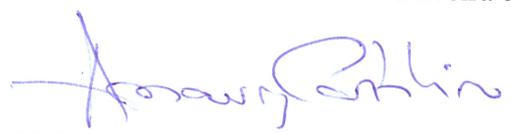
COMISSÃO EXAMINADORA:



Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira – Universidade Federal da Bahia



Prof.^a Dr.^a Amanda Cristina Galvão Oliveira de Almeida – Universidade Federal da Bahia



Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior – Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a minha família!
Em especial, a minha mãe, que muito acreditou que esse passo poderia ser dado e concretizado!

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira, por compartilhar generosamente o seu conhecimento e experiência.

A Dra. Amanda Galvão, Dr. Amaury Cantilino, Dra. Camila Seixas, Dra. Rosa Garcia, pela disponibilidade em fazer parte das bancas e pelas colaborações.

Ao Prof. Dr. Roberto Paulo Araújo, que foi coordenador do Programa de Pós-graduação pelo seu comprometimento com o sucesso do mesmo.

A Profa. Fabiana Paim, atual coordenadora do Programa de Pós-graduação, que tem seguido os trilhos do prof. Roberto Paulo na sua dedicação.

A todos os professores do Programa que disponibilizam os seus conhecimentos e incentivam a pesquisa.

A equipe administrativa da secretaria do Programa que esteve sempre disponível a sanar nossas dúvidas com informações.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação em Órgãos e Sistemas, pelas trocas de experiências.

Aos pacientes que se disponibilizaram a fazer parte da pesquisa. Aprendemos muito com vocês.

Aos meus pais, Sônia e Ednaldo, pelo apoio. Essa conquista também é de vocês.

Ao meu marido, Paulo, pelo contínuo companheirismo e encorajamento.

Ao meu filho, João Paulo, pelos momentos da minha ausência para dedicação ao estudo. Você também é a minha inspiração, um dos motivos pelos quais me estimula a seguir em frente e me desperta a deixar como maior legado a importância da busca do conhecimento, da dedicação e do esforço para alcançar nossos objetivos.

“Se pudermos reorientar nossos pensamentos e emoções e reorganizar nosso comportamento, então poderemos não só aprender a lidar com o sofrimento mais facilmente, mas, sobretudo e em primeiro lugar, evitar que muito dele surja.”

Dalai Lama

BOTELHO, Ana Cristina Batista Botelho. **Distorções Cognitivas no Transtorno Depressivo Maior**: um estudo com o uso do CD-Quest. 110 f. il. 2017. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

Introdução: O Transtorno Depressivo Maior é um transtorno mental predominante que se reflete na maneira incapacitante de como as pessoas se sentem e se comportam a partir dos efeitos da doença. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar as distorções cognitivas, em pacientes adultos com Transtorno Depressivo Maior, com o instrumento CD-Quest (Questionário de Distorções Cognitivas), bem como verificar a sua correlação com instrumentos como HDRS, BDI, BAI e ATQ. **Método:** Estudo descritivo de corte transversal com 70 voluntários entre 18 a 60 anos, de ambos os sexos, residentes na cidade de Salvador-Bahia, com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2014), em episódio depressivo atual ou recorrente; com escore de 20 ou acima no Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) ou escore de 14 ou acima na Escala de Depressão de Hamilton (HSRD); em uso de psicofármacos. **Resultados:** As distorções cognitivas com maiores médias foram ‘previsão do futuro’ (3,32), seguida por ‘afirmações tipo deveria’ (3,01), ‘rotulação’ (2,77) e ‘pensamento dicotômico’ (2,67); e com o valor menor de média, encontrou-se a ‘personalização’ (1,52). Houve correlação estatisticamente significativa entre o CD-QUEST e o HDRS, BDI e BAI (0,34; 0,50; 0,40). Apenas 20,29% dos participantes não apresentaram nenhuma distorção cognitiva ou foi considerada mínima e 79,72% apresentou distorções entre leves, moderadas e graves. **Conclusão:** Conclui-se que as distorções cognitivas são altamente frequentes entre indivíduos deprimidos e merecem ser investigadas pelos profissionais de saúde mental durante o tratamento para a realização da psicoeducação acerca dos sintomas da doença.

Palavras-chaves: Transtorno depressivo maior. Distorções cognitivas. Questionário de distorções cognitivas. Terapia cognitivo-comportamental. Terapia cognitiva processual.

BOTELHO, Ana Cristina Batista Botelho. **Cognitive Distortions In The Major Depressive disorder:** a study with the use of CD-Quest. 110 f. il. 2017. Dissertation (Master Program in Interactive Process of Organs and Systems) – Institute of Health Sciences, Bahia Federal University, Salvador, 2017.

ABSTRACT

Introduction: The Major Depressive Disorder is a prevalent mental disorder, which reflects on the disabling way in which people feel and behave from its effects. **Objective:** This study aimed at evaluating the cognitive distortions in Major Depressive Disorder adult patients with the instrument CD-Quest, as well as verifying their correlation with instruments such as HDRS, BDI, BAI and ATQ. **Method:** Descriptive cross-sectional study with 70 volunteers among 18 and 60 years of age, of both sexes, living in the city of Salvador-Bahia and diagnosed with Major Depressive Disorder according to DSM-5 criteria (APA, 2014) that underwent current or recurrent depressive episode; patients with a score of 20 or above on the Beck Depression Inventory (BDI-II) or with the score of 14 or above on the Hamilton Depression Scale (HSRD); the ones who use psychoactive drugs. **Results:** The highest average cognitive distortions were 'future prediction' (3.32), followed by 'should statements' (3.01), 'labeling' (2.77) and 'dichotomy thinking' (2.67); and 'personalization' was found with the lower average value (1,52). There was a statistically significant correlation between CD-QUEST and HDRS, BDI and BAI (0.34, 0.50, 0.40). Only 20.29% of the participants did not present any cognitive distortion or was considered minimal in them and 79.72% presented slight, moderate and severe distortions. **Conclusion:** It is concluded that cognitive distortions are highly frequent among depressed individuals and deserve investigation performed by mental health professionals during the treatment for psycho education about the disease symptoms,

Keywords: Major depressive disorder. Cognitive distortions. Cognitive Distortions Questionnaire. Cognitive-behavior therapy. Trial-based cognitive therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Ativação do modo	33
-----------------	------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais sintomas da depressão e seus correspondentes sistemas de neurotransmissão	23
Quadro 2	Psicofármacos de primeira escolha	25
Quadro 3	Sistemas típicos cognitivo, afetivo, comportamental e fisiológico, associados a categorias diagnósticas específicas	33
Quadro 4	Distorções cognitivas segundo J. S. Beck	37
Quadro 5	Medidas de avaliação das distorções cognitivas	46
Quadro 6	Exemplo de item do CD-Quest	47
Quadro 7	Comparativo das distorções cognitivas encontradas em diferentes transtornos e em estudantes universitários com o uso do CD-Quest	49
Quadro 8	Distorções cognitivas segundo De Oliveira	51
Quadro 9	Frequência das distorções cognitivas em ordem decrescente	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica de uma amostra de 70 pacientes com TDM, na cidade de Salvador-Bahia, no ano de 2016 e 2017.	62
Tabela 2	Relação entre as variáveis sociodemográficas e as distorções cognitivas.	63
Tabela 3	Diferenças nos escores do CD-Quest considerando o sexo.	64
Tabela 4	Classificação da frequência das distorções cognitivas de acordo com a sua magnitude (severidade).	65
Tabela 5	Distribuição dos itens do CD-Quest em função da pontuação média e desvio dos escores.	65
Tabela 6	Correlação entre os itens do CD-Quest de acordo com a correlação de Pearson.	67
Tabela 7	Relação entre os escores do CD-Quest, HDRS, BAI e BDI em função da pontuação média e desvio padrão.	68
Tabela 8	Contingência da severidade da depressão e das distorções cognitivas.	69
Tabela 9	Relação entre os escores do CD-Quest e do ATQ Positivo e Negativo em função da pontuação média e desvio padrão.	69

ABREVIATURAS E SIGLAS

ATQ	Questionário de Pensamentos Automáticos
BDI	Inventário Beck de depressão (Beck Depression Inventory)
BAI	Inventário Beck de ansiedade (Beck Anxiety Inventory)
CD- QUEST	Questionário de Distorções Cognitivas (Cognitive Distortions Questionnaire)
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HDRS	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton
PA	Pensamentos Automáticos
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCP	Terapia Cognitiva Processual
TDM	Transtorno Depressivo Maior

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo Geral	19
1.2.2 Objetivos Secundários	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	20
2.1.1 Epidemiologia	21
2.1.2 Bases da depressão	22
2.1.3 Tratamento	25
2.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) E DEPRESSÃO	26
2.2.1 Origem da TCC	26
2.2.2 Níveis de processamento cognitivo	28
2.2.3 Modelo da TCC na depressão	30
2.2.4 Eficácia da TCC na depressão	35
2.3 DISTORÇÕES COGNITIVAS	36
2.3.1 Distorções cognitivas nos transtornos	39
2.3.2 Distorções cognitivas na depressão	42
2.3.3 Consciência metacognitiva	45
2.4 QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST)	46
2.5 TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL (TCP)	53
3 MATERIAIS E MÉTODOS	55
3.1 DESENHO	55
3.2 LOCAL E AMOSTRA	55
3.2.1 Critérios de inclusão	56
3.2.2 Critérios de exclusão	56
3.3 PESQUISADORES	56
3.4 MATERIAIS	57
3.4.1 Questionário sociodemográfico	57
3.4.2 Questionário de Distorções Cognitivas (CD-QUEST)	57
3.4.3 Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton para Depressão (HDRS)	57
3.4.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)	57
3.4.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	58
3.4.6 Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ)	58
3.5 PROCEDIMENTOS	59
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	59
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	60

4 RESULTADOS	62
5 DISCUSSÃO	70
6 CONCLUSÃO	76
7 REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	85
APÊNDICE A – Questionário de Dados Sociodemográfico	85
ANEXOS	86
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	86
ANEXO B – Questionário de Distorções Cognitivas CD-QUEST	92
ANEXO C – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	98
ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)	103
ANEXO E – Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D)	107
ANEXO F - Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ)	109

1 INTRODUÇÃO

A relevância da avaliação das distorções cognitivas como um dos sintomas do Transtorno Depressivo Maior (TDM) foi identificada por Aaron Beck, psiquiatra com formação inicial na Psicanálise, considerado visionário por seus colegas de trabalho¹ e criador do modelo teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no início da década de 1960. A partir da observação e dos estudos dos seus pacientes, Beck concluiu que a maneira como as pessoas se sentem e se comportam depende diretamente da forma como elas percebem e interpretam os eventos e “demonstrou como, na depressão, os pensamentos são caracteristicamente negativos e incluem muitas distorções cognitivas”.¹

O TDM é uma doença psiquiátrica grave, descrita desde a Antiguidade² e que acomete o indivíduo geralmente entre a terceira e a quarta década de vida, cursando com prejuízos sociais e financeiros e com altos níveis de morbidade e mortalidade. Estima-se que 10% a 15% da população em geral experimentará depressão clínica durante a vida.³ Trata-se de um dos transtornos mentais mais comuns, apresentando altos níveis de prevalência nos países onde é estudado. No Brasil, a estimativa de prevalência entre as nações em desenvolvimento é superior a 10% no período de doze meses,⁴ sendo as mulheres duas vezes mais acometidas quando comparadas com os homens.⁵ Estudos prevêem que a depressão se tornará ainda mais comum nos próximos anos.⁶ A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2020 a depressão será a segunda causa de incapacidade e perda de qualidade de vida, muito próxima da doença isquêmica do coração, considerada a primeira causa; e, em 2030, a doença mais incapacitante.⁷⁻⁹

O episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave. Essa classificação varia de acordo com o número, gravidade e tempo de apresentação dos sintomas.⁶ Em sua sintomatologia, destacam-se tristeza, desânimo, angústia, falta de vontade, choro com facilidade e anedonia, além de alteração no apetite, peso, sono, diminuição da libido, agitação ou retardo psicomotor.^{6,10}

Dentre os sintomas relacionados ao quadro depressivo, os sintomas cognitivos têm sido, nos últimos anos, alvo de interesse dos pesquisadores, por se fazerem presentes inclusive quando os indivíduos estão eutímicos. Além disso, pode-se, a partir deles, estabelecer uma hipótese acerca da evolução clínica da doença e seu prognóstico. Conforme Medeiros e Sougey¹¹, a terminologia acerca dos padrões de pensamentos presentes na depressão ainda não é consensual na literatura, podendo encontrar expressões distintas para referir-se a alteração do conteúdo do pensamento, como "pensamentos catatímicos", "pensamentos

disfuncionais", "erros de julgamento", "distorções cognitivas", "pensamentos deliróides", "distorções do julgamento", dentre outras.

Neste trabalho, foi adotado como objeto desse estudo o termo distorção cognitiva, o qual se refere a uma alteração no processamento de informações, que é o ato de atribuir significado a algo, evidenciado por um equívoco na percepção que o indivíduo tem das três perspectivas: visão de si mesmo, de suas experiências e de seu futuro – também chamada de tríade cognitiva.¹² De acordo com Albert Ellis e Aaron Beck, a depressão resulta de hábitos de pensamentos fortemente solidificados, já que os pacientes depressivos acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente são.¹³ Há relatos de que as distorções cognitivas estão presentes em 67% dos pacientes deprimidos, circulando entre ideias de culpa, pensamentos de autodepreciação, desesperança (pessimismo), ideias de fracasso, pensamentos de autocompaixão, ideias suicidas, hipocondria, pensamentos e desejo de morte, entre outros.¹⁴

Aaron Beck denominou de Terapia Cognitiva a abordagem que enfatiza que os pensamentos e crenças distorcidas influenciam o humor e o comportamento^{12,15} e esta, juntamente com os psicofármacos, são os tratamentos mais robustos para a depressão, na medida em que atua na modificação de pensamentos, emoções e comportamentos.¹⁶ O termo Terapia Cognitiva hoje é usado como sinônimo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que é um termo genérico que inclui a terapia cognitiva e um conjunto de técnicas da abordagem cognitiva e procedimentos comportamentais¹⁷; assim, nesse trabalho, utilizaremos a terminologia TCC.

A avaliação das distorções cognitivas no TDM é uma condição fundamental para a saúde mental no processo de tratamento e, portanto, fazer uso de um instrumento que permita uma identificação mais precisa é um passo importante na terapêutica com essa população clínica. Neste estudo, o instrumento utilizado para acessar tais cognições é o Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest), proveniente do arsenal de ferramentas da Terapia Cognitiva Processual (TCP), uma nova abordagem de psicoterapia derivada da TC de Beck, desenvolvida por de Oliveira na Universidade Federal da Bahia, a qual vem sendo utilizada e pesquisada com resultados eficazes no tratamento dos transtornos de ansiedade e depressão.^{18,19}

O CD-Quest permite avaliar as distorções cognitivas e ajuda o paciente e o terapeuta a mapeá-las e quantificá-las, no intuito de que possam ser questionadas e confrontadas no processo terapêutico. Esse instrumento é validado e o seu primeiro estudo foi realizado com uma amostra de 184 estudantes universitários dos cursos de medicina e

psicologia, com idades variando na média dos 25 anos e com boa consistência interna, semelhante aos instrumentos BDI, BAI e ATQ.²⁰ Também já foi validado com amostra não clínica nos Estados Unidos, Austrália e Turquia²¹⁻²³ e teve sua primeira validação realizada na língua inglesa com amostra clínica com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social.²⁴

Devido à alta incidência das distorções cognitivas no transtorno depressivo e a sua influência na perpetuação deste, torna-se relevante o uso de um instrumento que permita conhecê-las e avaliá-las.

1.1 JUSTIFICATIVA

As distorções cognitivas são equívocos presentes na lógica dos pensamentos.²⁵ No modelo cognitivo, existe uma hipótese que trata da especificidade do conteúdo cognitivo, o que significa que todo transtorno psicológico tem um perfil cognitivo distinto que se manifesta nos seus níveis de funcionamento cognitivo.² Algumas distorções cognitivas já foram identificadas por Beck em pacientes deprimidos, como abstração seletiva, inferência arbitrária, maximização, minimização, personalização e pensamento “tudo ou nada”. Após identificados os pensamentos distorcidos, as abordagens da Terapia Cognitivo-Comportamental bem como a Terapia Cognitiva Processual, apresentam uma série de técnicas específicas para sua modificação.

Portanto, torna-se necessário, diante da importância da temática das distorções cognitivas dentro do espectro do transtorno depressivo, fazer uso de um instrumento específico, que permita clarificar para o paciente a percepção dos seus erros de cognição e as implicações destes erros nos consequentes estados emocionais e os comportamentos disfuncionais que derivam dos mesmos. Neste estudo, o instrumento utilizado para tal finalidade será o CD-Quest, o qual mede duas dimensões, frequência e intensidade.

Importante mencionar que são os aspectos de frequência, intensidade e variação na expressão e vivência dos sintomas na depressão, o que parece diferenciar a saúde mental da experiência patológica no TDM. Portanto, pode-se também, a partir desse instrumento, obter estimativas quantitativas da frequência e intensidade das distorções cognitivas cometidas pelos pacientes e monitorar essa variação ao longo do tratamento, inclusive como um indicador de eficácia.²⁰ Haja vista existir uma equação subjacente, onde, aumentando a frequência e intensidade das distorções cognitivas, aumenta-se também a experiência e intensidade dos sintomas de depressão e ansiedade.²⁶

O uso da ferramenta auxiliando na avaliação das distorções cognitivas na psicoterapia pode direcionar estratégias clínicas na promoção de cognições mais adaptativas e mais flexíveis para responder ao ambiente, ajudando o paciente a enfrentar situações que historicamente eram evitadas,²⁷ e colaborar, sobremaneira, com o processo de automonitoramento e psicoeducação do paciente. Tais etapas são fundamentais no tratamento dos transtornos dentro da abordagem da TCC, pois possibilitam a produção da dissonância cognitiva que permitirá ao paciente confrontar-se com suas falhas de cognição e, conseqüentemente, viabilizar a modificação do comportamento e o desenvolvimento da consciência metacognitiva.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Avaliar as distorções cognitivas em pacientes adultos com TDM, através do CD-Quest, na cidade de Salvador-Bahia, Brasil.

1.2.2 Objetivos Secundários

- Caracterizar a amostra quanto ao perfil sociodemográfico;
- Descrever as distorções cognitivas e sua relação com alguns dados sociodemográficos, entre pacientes com TDM;
- Identificar as correlações das distorções cognitivas entre si, entre pacientes com TDM;
- Mensurar a correlação dos escores do CD-Quest com a Escala de Hamilton de Depressão, entre pacientes com TDM;
- Avaliar a correlação dos escores do CD-Quest com o Inventário de Depressão de Beck, entre pacientes com TDM;
- Caracterizar os pacientes de acordo com o grau de severidade no Inventário de Depressão de Beck em relação às distorções cognitivas;
- Avaliar a correlação dos escores do CD-Quest com o Inventário de Ansiedade de Beck, entre pacientes com TDM;
- Avaliar a correlação dos escores do CD-Quest com o Questionário de Pensamentos Automáticos, entre pacientes com TDM.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção aborda o Transtorno Depressivo Maior (TDM), sua etiologia, epidemiologia e tratamento; a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a depressão, destacando a sua origem, níveis do processamento cognitivo, modelo da TCC na depressão e eficácia; as distorções cognitivas, a presença das distorções nos transtornos, a consciência metacognitiva; o CD-Quest, sua construção, objetivos e utilização e a Terapia Cognitiva Processual (TCP).

2.1 TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

O conceito de depressão maior foi introduzido há cerca de 43 anos no DSM-3. De acordo com Weissenburger e Rush, vários tipos específicos de depressão foram propostos por sistemas de diagnósticos recentes, como endógenos *versus* não endógenos, melancólico *versus* não melancólico, endógeno *versus* reativo e primário *versus* secundário.²⁸ A depressão é uma doença de expressão clínica complexa que altera especialmente o humor. O humor refere-se a um elemento da vida afetiva que influencia a maneira de pensar e agir do indivíduo, e é resultado do envolvimento de algumas áreas do cérebro responsáveis pela capacidade de sentir e expressar algumas emoções e sensações como prazer, desprazer, tristeza, alegria, perceber o que é agradável ou desagradável, sentir disposição, ânimo.²⁹

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua 5ª edição, texto revisado (DSM-5-TR) (APA)⁶, o TDM é caracterizado pela presença de humor deprimido, onde o paciente sente tristeza persistente e perda de prazer ou interesse por atividades nas quais costumava se empenhar; perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga e perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão; pensamentos de morte recorrentes; todos esses acontecendo todos os dias, durante pelo menos duas semanas.⁶

Além destes, os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. Como principal característica do transtorno depressivo, destaca-se a ocorrência de episódios depressivos ao longo do tempo na ausência de episódios maníacos hipomaníacos ou mistos.⁶

2.1.1 Epidemiologia

As últimas estimativas disponíveis da prevalência de depressão em nível mundial e regional referentes a 2015, publicadas pela Organização Mundial de Saúde³⁰, indicam que o número total de pessoas que vivem com depressão no mundo é de 322 milhões, em torno de 4,4% da população global, sendo a depressão uma das principais causas de carga global das doenças, destacando-se por sua alta prevalência e alta morbidade. Quase metade dessas pessoas vive na região do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental, destacando as populações relativamente maiores dessas regiões que incluem Índia e China. A região das Américas aparece em 3º lugar, representando 15% da população total que sofre de depressão. O número total estimado de pessoas vivendo com depressão aumentou 17,8% entre 2005 e 2015, refletindo também o crescimento da população global, bem como o aumento proporcional nos grupos etários nos quais a depressão é mais prevalente.⁷

Dados de um grande estudo populacional sobre a epidemiologia da depressão realizado pela *World Mental Health Survey Initiative* (WMSHI) prevê para 2030 que a depressão passe de quarta para a primeira causa específica de incapacidade, ultrapassando a dor crônica, as doenças cardiovasculares e a artrite.

O Brasil lidera o *ranking* de prevalência de depressão entre as nações em desenvolvimento, com uma frequência de 10 a 18% no período de doze meses, representando 20 a 36 milhões de pessoas afetadas, o que equivale a 10% das pessoas com depressão no mundo. A depressão constitui uma das principais causas de absenteísmo e presenteísmo no ambiente laboral, sendo a terceira causa de afastamento do trabalho.⁴

As taxas de prevalência variam de acordo com a idade e atinge o pico na idade adulta de 55 a 74 anos, acima de 7,5% entre as mulheres e acima de 5,5% entre os homens. A depressão também ocorre em crianças e adolescentes menores de 15 anos, mas num nível inferior aos grupos etários mais velhos. No que se refere ao sexo, considera-se que as mulheres são cerca de duas vezes mais atingidas que os homens, essa diferença vindo a diminuir na idade adulta. No que tange à etnia, considera-se maior prevalência na etnia branca do que com indivíduos negros.³⁰ Estudos também indicam que a pouca escolaridade pode vir a ser um fator de risco para a depressão.³¹

Estimativas recentes projetam que as pessoas experimentarão em média quatro grandes episódios de depressão durante a vida, de cerca de 20 semanas de duração cada.⁸ Esse prognóstico, entretanto, pode variar significativamente entre pacientes que não têm histórico de depressão e os que passaram por várias recorrências. Há tendência de reincidência de 70 a

80% no prazo de três anos, para os que passaram por pelo menos três episódios, enquanto os outros, sem esse histórico de depressão, reincidem entre 20 e 30%.⁸

2.1.2 Bases da depressão

A pesquisa atual relacionada às bases da depressão levanta hipóteses sugerindo que a sua causa seja multifatorial, resultante da combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais, psicológicos e sociais, associados a eventos estressores. A etiologia da depressão deve ser estudada a partir de fatores divididos em causas biológicas e psicossociais, áreas essas que interagem entre si na expressão patoplástica da doença.³² Embora o estudo da depressão tenha evoluído, o potencial da interação genética, neuroquímica e fatores cognitivos tem apenas recentemente sido demonstrado.³² Alguns achados da genética comportamental combinados com a neurociência cognitiva e com a pesquisa acumulada no modelo cognitivo, abrem-se novas oportunidades de pesquisa integrada. De acordo com Beck, agora é possível esboçar possíveis caminhos neuroquímicos que interagem com as variáveis cognitivas.³⁴ São encontradas evidências que apoiam a presença de alterações biológicas em pacientes sintomáticos com depressões endógenas (ou melancólicas) e concomitantes sociais em depressões não endógenas (ou reativas).²⁸

Duas importantes abordagens teóricas se destacam na compreensão da depressão, sendo a bioquímica e a cognitiva. A cognitiva será mais bem abordada no capítulo seguinte. No que tange à base biológica da depressão, ainda que haja outros estudos sob investigação, as principais teorias referem-se aos estudos sobre neurotransmissores cerebrais e seus receptores. Os estudos sobre metabólitos do sistema nervoso central (SNC) sugerem que pacientes com depressão clínica podem ter uma alteração nos sistemas neurotransmissores que envolvem a norepinefrina, serotonina, acetilcolina, dopamina e ácido gama-aminobutírico (GABA) Rush et al. (1991) citado por Weissenburger e Rush.²⁸ Como principal hipótese envolvendo os neurotransmissores cerebrais destaca-se as monoaminas, as quais subdividem-se em catecolaminas: dopamina (DA) e noradrenalina (NE), e na indolamina: serotonina (5HT). A hipótese das monoaminas baseia-se no conceito da deficiência das aminas biogênicas, particularmente NE, 5HT e DA, como a causa das depressões, devido ao importante papel dessas substâncias para a modulação de diferentes atividades corticais, como atividade psicomotora, apetite, sono, cognição e regulação do humor, conforme apresentado no quadro 1.^{29,32} Assim, para o seu tratamento, os fármacos considerados de primeira linha têm sido os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e

Inibidores da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (ISRN). Entretanto, vale destacar que nem todos os pacientes tratados com fármacos apresentam remissão completa dos sintomas.³⁵

Quadro 1 - Principais sintomas da depressão e seus correspondentes sistemas de neurotransmissão

Sintomas	Neurotransmissor	Região cerebral
Apatia e perda do interesse	NA e DA	Córtex pré-frontal, hipotálamo e <i>nucleus accumbens</i>
Distúrbios do sono	5-HT, NA e DA	Córtex pré-frontal, hipotálamo, tálamo e prosencéfalo basal
Fadiga	NA e DA	Córtex pré-frontal
Disfunção executiva	NA e DA	Córtex pré-frontal (região dorso lateral)
Agitação ou retardo psicomotor	5-HT, NA e DA	Córtex pré-frontal, cerebelo, <i>nucleus accumbens</i>
Alterações do apetite	5-HT	Hipotálamo
Ideação suicida	5-HT	Amígdala e córtex pré-frontal (regiões orbitofrontal e ventro medial)
Sentimento de culpa/menos-valia	5-HT	Amígdala e cortex pré-frontal (região ventromedial)

5-HT: serotonina; NA: noradrenalina; DA: dopamina

Fonte: Correia e Sougey²⁹

Conforme estudo realizado pelo neurobiologista molecular Joseph Moskal e seu grupo de pesquisa do GLYX-13, do Instituto Nacional de Saúde Mental, nos Estados Unidos, constata-se que aproximadamente 45% dos pacientes com TDM não responderam quando tratados com antidepressivos de amina biogênica, levando esses pesquisadores a perceber uma extrema necessidade de agentes antidepressivos com diferentes mecanismos de ação. Os estudos com agentes inovadores demonstraram que os bloqueadores dos receptores de N-metil-Daspartato (NMDA) de alta afinidade (como a cetamina) podem produzir efeitos antidepressivos rápidos em pacientes que não responderam aos agentes atualmente disponíveis, mas o tratamento com esses agentes é acompanhado de muitos efeitos colaterais. Diante disso, novas pesquisas têm sido realizadas envolvendo o GLYX-13, um agonista

parcial funcional do sistema de glicina do receptor N-metil-D-aspartato. Em estudo duplo-cego, randomizado e controlado por placebo, com 116 indivíduos com TDM, verificou-se que administrando uma única dose intravenosa (IV) de GLYX-13 (1, 5, 10 ou 30 mg / kg) foram reduzidos os sintomas depressivos em 2 horas e este efeito foi mantido por 7 dias em média em indivíduos com transtorno depressivo que não responderam a outro agente antidepressivo durante o episódio depressivo atual. Os estudos da Fase 3 acerca dessa direção de pesquisa estão sendo planejados.³⁶

Em relação à hipótese dos receptores cerebrais, foram identificados 4 tipos de receptores noradrenérgicos, 7 serotoninérgicos e 5 dopaminérgicos, sub-classificados em diferentes isoformas. Numa revisão de literatura realizada por Bahls³², observa-se que o interesse pelos receptores na biologia da depressão se deu em função de algumas constatações como: “a) a depleção de monoaminas provoca um aumento compensatório do número de receptores pós-sinápticos (denominado de *up-regulation* ou suprarregulação em psicopatologia); b) estudos *post mortem* com cérebros de pacientes suicidas encontraram um acréscimo no número de receptores 5HT2 no córtex frontal; c) a ativação de alguns subtipos do mesmo receptor provoca efeitos diversos e até mesmo opostos, como no caso dos receptores 5HT2 e 5HT1A” Graeff e Brandão (1993), Stahl(1998), Willner (1990) citado por Bahls.³² Esse campo de estudo sobre a influência e características de cada subtipo de receptor ainda tem muito a ser aprofundado, especialmente sobre o que ocorre no interior do neurônio pós-sináptico depois da estimulação do receptor e a busca pelas anormalidades na expressão genética de enzimas e receptores cerebrais, através de técnicas moleculares.

Estudos observando mudanças nos sistemas neuroendócrinos, tais como nos eixos Hipotalâmico-Pituitário-Adrenal (HPA) e Hipotalâmico-Pituitário-Tireóide (HPT), têm sido conduzidos como associados à depressão clínica. Foram encontrados índices fisiológicos e bioquímicos anormais em pacientes com depressão, a exemplo do teste de supressão de dexametasona que revela uma resposta de cortisol anormal para a dexametasona.²⁸ Ainda no que tange ao eixo HPA, Beck³⁴ considera que as circunstâncias adversas envolvem esse eixo que leva à secreção de hormônios de estresse excessivos, como o cortisol e, presumivelmente, a secreção contínua de cortisol culmina na característica de hipercortisolemia dos indivíduos mais deprimidos.

No que tange às considerações neuroanatômicas e neurofisiológicas, os estudos de neuroimagem estrutural já conseguem localizar certas áreas cerebrais predominantemente alteradas em pacientes com depressão maior. Encontra-se redução de volume e hipometabolismo nos lobos frontais, gânglios da base e estruturas mediais e temporais do

cérebro, envolvendo essencialmente conexões entre os gânglios da base, os lobos frontais e o sistema límbico. Sendo o sistema límbico intimamente ligado aos gânglios da base e ao hipotálamo lateral, pode-se conjecturar que a disfunção no sistema límbico seja a causa das emoções alteradas; a disfunção nos gânglios da base envolva as alterações motoras; a disfunção no córtex pré-frontal anterolateral esquerdo se relacione com o prejuízo cognitivo; a disfunção hipotalâmica seja responsável pelas alterações de sono, apetite, comportamento sexual, endocrinológicas, imunológicas e cronobiológicas na depressão. Destacam-se também as perturbações neuroendocrinológicas, particularmente, nos eixos hipotálamo–hipófise–adrenal e hipotálamo–hipófise–tireóide, responsáveis por alterações somáticas na depressão.¹⁴

32

2.1.3 Tratamento

A eficácia do tratamento da depressão será tanto maior quanto mais cedo começar.³⁷ Dentre os principais tratamentos do transtorno depressivo, especialmente do TDM, estão os psicofármacos e a psicoterapia, ou uma combinação dos dois. Em casos onde esses tratamentos não reduzam os sintomas, utiliza-se também a terapia eletroconvulsiva (ECT) e outras terapias de estimulação cerebral como recursos disponíveis.³⁷

Dentre os psicofármacos, destacam-se aqueles considerados de primeira, segunda ou terceira escolha, em função dos efeitos colaterais. São considerados de primeira escolha aqueles que exibem, além da eficácia, maior segurança e tolerabilidade, conforme definido pelo *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) e mostrado no quadro 2.²⁹

Quadro 2 - Psicofármacos de primeira escolha

ISRS (Inibidores seletivos da recaptção de serotonina)	IRSN (Inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina)	Antidepressivos de nova geração
Fluoxetina Paroxetina Sertralina Fluvoxamina Citalopram	Venlafaxina Desvenlafaxina Duloxetina	Bupropiona Mirtazapina

Escitalopram		
--------------	--	--

Fonte: Correia e Sougey ²⁹

Vários tipos de psicoterapia podem ajudar pessoas com depressão, dentre as quais destacam-se a TCC e a TCP, como serão desenvolvidas nos capítulos a seguir.

2.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) E A DEPRESSÃO

2.2.1 Origem da TCC

Aaron Beck, psiquiatra, com formação psicanalítica, desenvolveu na década de 1960, na Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos, uma abordagem psicoterapêutica denominada originalmente de Terapia Cognitiva. Àquela época, Beck dedicava-se aos estudos com pacientes deprimidos e, contrário ao que se disseminava até então, não encontrou evidências no conteúdo dos pensamentos e sonhos desses pacientes que demonstrassem haver hostilidade e raiva voltados para si, como sugerido pela Psicanálise. Observou que os seus sonhos tinham interpretações das situações com viés negativo de derrota e fracasso, as quais eram coerentes com os pensamentos trazidos em vigília, gerando emoções também negativas e comportamentos distorcidos. Esses achados foram vitais para que Beck propusesse o princípio fundamental do modelo cognitivo, de que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará como eles se sentem e se comportam.³⁸

Inicialmente, Beck teve influência da psicanálise, especialmente do conceito de que os sintomas são referenciados em ideias patogênicas, de forma que a construção do modelo de Terapia Cognitiva, definido a partir das suas pesquisas e observações clínicas com os pacientes deprimidos, o levava a questionar e diferenciar algumas premissas daquela abordagem. Assim, sugeriu, com base nessas observações clínicas, que muitos dos fenômenos na depressão poderiam ser caracterizados em termos de transtorno do pensamento, o que estava consistente com os erros sistemáticos encontrados em termos de inferências arbitrárias, abstração seletiva e excesso de generalização na conceitualização dos pacientes deprimidos.³⁹

De acordo com Beck¹⁵, “o homem tem a chave para compreender e resolver sua perturbação psicológica no âmbito da sua própria consciência”. As fontes utilizadas por ele nessa construção foram muitas, conforme destacam Falcone, Knapp e Beck e Wright, Basso e Thase^{38,40,41} incluindo filósofos como Epiteto, do qual absorve o conceito de que os indivíduos são mais impactados pelos significados que atribuem ao fatos, do que aos fatos *per*

se; teóricos neo-analistas, como Alfred Adler, Karen Horney, Otto Rank e Harry Sullivan, focando a importância de lidar com as experiências conscientes dos pacientes e os significados atribuídos;⁴¹ filósofos da abordagem fenomenológica-humanista, como Kant, Heidegger e Husserl, enfatizando a experiência subjetiva consciente, como o comportamento sendo determinado pelo modo como o indivíduo vê o mundo e a si mesmo⁴⁰; Carl Rogers, com sua terapia centrada no cliente, inspirando o estilo terapêutico de aceitação do paciente; John Bowlby, com a teoria do apego; Albert Ellis, da abordagem cognitiva, que destaca as crenças irracionais como responsáveis pelas consequências emocionais e comportamentais perturbadas²⁶; George Kelly, teórico da psicologia cognitiva, que desenvolveu a teoria do constructo pessoal, permitindo modificar diariamente a experiência consciente e contínua do paciente¹²; Richard Lazarus, com a teoria cognitiva de emoções; GoldfriedL & D’Zurilla, com a abordagem de solução de problemas; vários comportamentalistas como Albert Bandura, com seus estudos sobre modelação e autoeficácia⁴⁰; Mahoney, com suas pesquisas sobre controle cognitivo⁴⁰; Donald Meichenbaum, com o seu treinamento autoinstrucional⁴⁰; Arnold Lazarus, estudioso na busca da modificação ou reestruturação cognitiva.³⁸

A formulação dos referenciais para a teoria e terapia cognitivas, portanto, estabelece uma conceitualização dos fatores cognitivos e não só afetivos, como causa dos transtornos emocionais; foca o tratamento nos problemas presentes e não na busca de traumas do passado e na análise das vivências e experiências psicológicas acessíveis, portanto, conscientes, ao invés de inconscientes.^{12,15,38} Assim, dentre os pressupostos básicos da terapia cognitiva, merecem destaque as premissas de que a atividade cognitiva afeta o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; as modificações comportamentais desejadas podem ser conseguidas por meio de mudanças cognitivas.⁴²

A TCC “trata do modo como as pessoas percebem, aprendem, recordam e pensam a informação” Sternberg (2000) citado por Hirata.⁴³ Tem como objetivo “descrever a natureza de conceitos (resultados de processos cognitivos) envolvidos em determinada psicopatologia de maneira que quando ativados dentro de contextos específicos podem caracterizar-se como mal-adaptativos ou disfuncionais”, além de fornecer estratégias capazes de corrigir estes conceitos idiossincráticos.⁴⁴

A cognição é definida por Beck e Alford⁴⁵ como a “função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos futuros” ou ainda “... o processo de identificar e prever relações complexas entre eventos, de modo a facilitar a adaptação a ambientes passíveis de mudança”. É considerada um processo mental acerca das percepções relativas às experiências da vida e, conforme a teoria cognitiva de psicopatologia e

psicoterapia, destaca-se como o principal elemento responsável pela manutenção dos transtornos psicológicos.⁴⁶

O modelo cognitivo propõe, então, que os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, afetando as emoções e o comportamento.¹² Assim, os pensamentos regulam e mantêm emoções disfuncionais, perpetuando um circuito também disfuncional, não sendo, necessariamente, causador dos problemas emocionais. Um dos aspectos essenciais nessa terapia é permitir ao paciente identificar, através de uma avaliação realista da situação, os pensamentos que se manifestam com alta intensidade disfuncional, para modificá-los e reestruturá-los, produzindo conseqüentemente, uma mudança e melhora no humor e no comportamento. Judith Beck¹² preconiza a importância da modificação das crenças disfuncionais para que as mudanças emocionais e comportamentais sejam duradouras, e, para isto, faz-se necessário, conforme será elucidado a seguir, compreender como se dá o processamento nos níveis da cognição.

2.2.2 Níveis de processamento cognitivo

A consciência, como um estado de atenção para a tomada de decisões mais racionais, é considerada o nível mais alto da cognição.⁴⁰ O processamento cognitivo foi identificado por Beck e seus colegas a partir de três níveis básicos que devem ser identificados durante a conceitualização cognitiva do paciente: os pensamentos automáticos (PAs), as crenças intermediárias e as crenças centrais.¹² A conceitualização cognitiva na TCC é uma ferramenta para planejamento adequado da terapia ao ampliar a percepção dos mecanismos cognitivos e comportamentais do paciente e auxiliar na escolha das intervenções terapêuticas mais eficazes.⁴⁷ A especificação desses níveis nesse trabalho é necessária, tendo em vista as distorções os permearem.

Os PAs “são um fluxo de pensamentos que coexistem com um fluxo de pensamentos mais manifesto” Beck (1964) citado por Beck.⁴⁸ Eles surgem espontaneamente e ocorrem com todas as pessoas, não apenas com aquelas que sofrem algum transtorno psicológico; geralmente, são particulares ao indivíduo e atuam de forma rápida através da avaliação do significado de episódios de sua vida.⁴¹ Também se mostram bastante velozes, sintéticos e fugazes, e, na maioria das vezes, as pessoas não têm percepção dos mesmos. Nas pessoas com sofrimento psicológico, expressam-se, quase sempre, de um jeito disfuncional e negativo, como distorções cognitivas, e os indivíduos tendem a aceitá-los como verdadeiros,

sem uma reflexão ou avaliação, o que vem a trazer comprometimentos na forma como o indivíduo sente e se comporta.^{15,48}

A percepção de Beck ao acompanhar os seus pacientes permitiu identificar que os pensamentos acabavam de acontecer como se fossem reflexos e pareciam ser relativamente autônomos na medida em que os pacientes não faziam nenhum esforço para iniciá-los e, especialmente, nos casos mais perturbados, era difícil desligá-los, tendo, por isso, rotulado tais cognições compostas por "pensamentos autônomos" como pensamentos automáticos.¹⁵ Outra característica é que, ainda que pareçam ser pensamentos espontâneos, passam a ser previsíveis, quando as crenças intermediárias ou subjacentes são identificadas.

As crenças intermediárias correspondem ao segundo nível do pensamento e são compostas por regras, atitudes e pressupostos. Podem também ser denominadas de pressupostos subjacentes ou condicionais ou crenças associadas e dão sustentação às crenças centrais. Apresentam-se de modo inflexível e imperativo, com um estilo condicional de pensamento do tipo “se... então” ou “deveria”; tratam-se, portanto, de estratégias de enfrentamento ou comportamentos desenvolvidos para lidar com a crença central.⁴⁸ Elas trazem ideias mais enraizadas e, portanto, são mais resistentes às mudanças do que os PAs.⁴⁰ Retratam uma forma encontrada e utilizada excessivamente, pelo indivíduo que está em sofrimento, para reduzir o desconforto provocado pela crença central.⁴⁸ De acordo com White (2003) citado por Neufeld e Cavenage⁴⁷, as pessoas aprendem durante a vida um conjunto de crenças condicionais que se inter-relacionam e têm a função de dar significado ao mundo.

As crenças centrais ou nucleares constituem o nível mais profundo da estrutura cognitiva e se traduzem, quando disfuncionais, por ideias rígidas, generalizadas e globais que o indivíduo tem acerca de si mesmo, dos outros e do mundo. Essas crenças são desenvolvidas na infância e podem advir de cenas traumáticas ou situações muito frequentes que fortaleçam uma ideia que faz o indivíduo chegar à vida adulta convencido da sua veracidade, mesmo tendo vivenciado experiências que as desconfirmem.⁴⁸ Elas representam os mecanismos desenvolvidos pelas pessoas para lidar com as situações cotidianas.¹² As crenças centrais e intermediárias são menos acessíveis à consciência do que os PAs e técnicas cognitivas apropriadas são utilizadas para acessá-las e testá-las a fim de refutar sua veracidade.

Em uma revisão de sua teoria, Beck¹⁷ propõe a teoria dos modos, como “suborganizações específicas dentro da organização da personalidade e incorporam os componentes relevantes dos sistemas básicos da personalidade: cognitivo (ou processamento da informação), emocional, comportamental e motivacional”.^{17,49} Em função dessa rede

integrada de sistemas, são produzidas respostas às demandas externas e dispõe de um mecanismo para implementar as ordens e objetivos internos.

Ainda conforme Beck, esses sistemas são compostos de estruturas denominadas “esquemas”, os quais são “estruturas cognitivas internas relativamente duradouras de armazenamento de características genéricas ou prototípicas de estímulos, ideias ou experiências que são utilizadas para organizar novas informações de maneira significativa, determinando como os fenômenos são percebidos e conceitualizados”.²⁶ Esquemas também são definidos como “crenças nucleares que agem como matrizes ou regras subjacentes para o processamento de informações... Permitem selecionar, filtrar, codificar e atribuir significado às informações vindas do meio ambiente”.⁴¹ De acordo com Beck e Alford⁴⁵, “significado refere-se à interpretação da pessoa sobre um determinado contexto e da relação daquele contexto com o self.” E cada categoria de significado implica em padrões de emoção, atenção, memória e comportamento, denominado de especificidade do conteúdo cognitivo.⁴⁵

A partir da estruturação do arcabouço teórico da TC, foram desenvolvidos modelos específicos para compreender e intervir nos diversos transtornos, dentre eles, o transtorno depressivo, foco desse trabalho que será desenvolvido no tópico a seguir.

2.2.3 Modelo da TCC na depressão

Muitas escolas terapêuticas deram origem a modelos para compreender e intervir no transtorno depressivo. Os modelos comportamentais conceitualizam e intervêm ao nível dos déficits comportamentais ocasionados pela depressão; enquanto os modelos cognitivos enfatizam o papel que os processos cognitivos têm sobre as diversas dimensões sintomáticas dos transtornos de humor como a depressão.⁵⁰

Dentre alguns modelos cognitivistas destacados por Maia⁵⁰, que buscam compreender a depressão, destaca-se a teoria do autocontrole, que afirma que a capacidade de regulação do comportamento inicia-se com o processo de automonitorização, autoavaliação e autorreforço, sendo observado por Rehm (1982) citado por Maia⁵⁰ que na depressão essas variáveis sofrem viés negativo. Outro modelo refere-se à terapia baseada na reestruturação semântica o qual preconiza que os indivíduos respondem às suas representações do mundo e não tanto ao mundo em si Gonçalves (1993) citado por Maia.⁵⁰ Destaca-se também a teoria racional-emotiva de Albert Ellis(1987) citado por Maia⁵⁰, que salienta como elemento central na depressão a existência de pensamentos absolutistas e a expectativa de esperar que coisas aversivas podem acontecer e que nada poderão fazer para evitar, experimentando um

sentimento de impotência e incompetência. E o outro modelo trata-se da terapia cognitiva desenvolvido por Beck, em parte, como já referenciado em tópicos anteriores, diante da sua desilusão com o modelo psicodinâmico que vinha praticando.

A TCC postula um modelo teórico e técnico para compreender e manejar o tratamento da depressão que parte de algumas hipóteses, derivadas dos seus pressupostos mais abrangentes, como já citado anteriormente, a saber: os indivíduos constroem ativamente sua realidade; a cognição medeia afeto e comportamento; a cognição pode ser conhecida e acessada; a mudança cognitiva é básica ao processo de mudança humano.⁵¹

De posse desses pressupostos, então constrói as hipóteses que fundamentam o modelo para compreensão da depressão: 1 - hipótese da negatividade que preconiza que na depressão há um aumento significativo do pensamento negativo autorreferente, relacionado a si, ao futuro e ao mundo; 2 – hipótese da primazia que propõe que as distorções no processamento da informação influenciarão outros sintomas da ansiedade e depressão, trazendo respostas emocionais e comportamentais comprometidas por esse viés; 3 - hipótese da especificidade que sugere que cada transtorno psicológico tem um perfil cognitivo próprio que reflete nos níveis do funcionamento cognitivo, sendo que na depressão o tema predominante é a perda ou privação pessoal.⁵¹

O modelo cognitivo preconiza também três aspectos específicos para a compreensão da depressão: a tríade cognitiva, esquemas e as distorções cognitivas relacionadas ao processamento de informações.

A tríade cognitiva refere-se a padrões cognitivos que induzem o paciente a considerar a si mesmo, suas experiências e seu futuro de forma idiossincrásica. O primeiro elemento da tríade envolve uma visão negativa de si mesmo, como defeituoso, inadequado, carente, indesejável e sem valor, atribuindo-se um defeito psicológico que tende a subestimar-se ou criticar-se. O segundo elemento fala da tendência da pessoa deprimida a interpretar sua inter-relação com o ambiente de forma negativa e derrotista, apenas focando nos obstáculos para alcançar suas metas de vida. E o terceiro elemento consiste numa visão negativa do futuro, antecipando sofrimento e dificuldades atuais que irão permanecer a longo prazo, o que reforça seu sentimento de frustração e privação.¹²

O outro aspecto do modelo cognitivo fundamenta-se na ideia de esquemas, os quais podem ser conceituados como estruturas cognitivas que filtram, codificam e avaliam os estímulos que se apresentam aos indivíduos e, baseado nessa matriz, eles guiam sua percepção e interpretam as suas experiências. Assim, essa tendência pode se refletir nas

“concepções errôneas, atitudes distorcidas, premissas inválidas e metas e expectativas pouco realistas” Beck (1967) citado por Young.⁵²

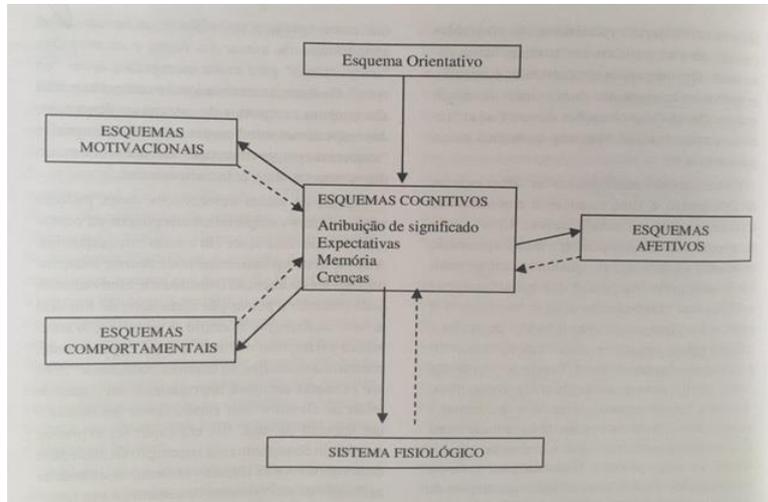
O terceiro aspecto do modelo cognitivo e objeto desse estudo é representado pelas distorções cognitivas, que são erros negativos tendenciosos no pensamento que supostamente podem aumentar a vulnerabilidade à depressão Dozois e Beck (2008) citado por Rnic et al.⁵³ Tais erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações podem ser, especialmente, devido à tendência de uma postura inflexível nos pacientes deprimidos que induzem a um equívoco na interpretação, seja do seu desempenho pessoal ou do julgamento de acontecimentos externos. As distorções são decorrentes de regras e pressupostos, que se caracterizam como padrões estáveis adquiridos ao longo da vida do indivíduo com depressão e são sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse, levando, frequentemente, a estratégias interpessoais ineficazes.¹³

A terapia cognitiva da depressão busca atingir quatro objetivos: a ativação comportamental, a identificação dos pensamentos automáticos negativos, a modificação dos pensamentos e a identificação e reestruturação das crenças e esquemas.⁵⁴ O eixo norteador da abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das depressões consiste em modificar as crenças desadaptativas que, uma vez ativadas, funcionam como gatilhos que produzem pensamentos automáticos revestidos de vieses ou distorções cognitivas, gerando, portanto, comportamentos disfuncionais e emoções negativas. Quando as crenças centrais negativas são ativadas e os pensamentos automáticos negativos suscitados, podem eliciar um evento negativo, neutro ou mesmo positivo para influenciar o afeto negativo e comportamentos desajustados. De maneira que a sequência entre pensamentos, emoções e comportamentos pode causar ou manter sintomas de depressão.⁵³ Nesse sentido, o objetivo do tratamento é a identificação e reestruturação cognitiva através das técnicas cognitivo-comportamentais e automonitoramento.⁵⁵

Para explicar as características complexas da depressão, Beck propôs um modelo cognitivo expandido, a partir da ideia do modo, conceituado como uma rede de esquemas cognitivos, afetivos, motivacionais, comportamentais e fisiológicos, responsáveis pela letargia, anedonia, perturbação do sono e do apetite, bem como das distorções cognitivas. Segundo ele, a ativação deste modo, conforme figura 1, produziria os vários fenômenos da depressão, uma vez que, os diferentes esquemas orientados negativamente estabeleceriam fortes conexões ao longo do tempo em resposta a interpretação negativa dos eventos. Quando totalmente ativado, o modo se torna relativamente autônomo e deixa de ser reativo aos estímulos externos, de forma que os eventos positivos não reduzem o pensamento ou o humor

negativo. De acordo com Beck, o modo presumivelmente corresponderia a uma complexa rede neural, incluindo múltiplas regiões cerebrais relevantes que são ativadas ou desativadas durante a depressão.³⁴

Figura 1 – Ativação do modo



Fonte: Beck⁴⁹

Ele também sugere a análise da organização cognitiva proposta pelo DSM a partir das perspectivas dos modos principais.⁴⁹

Quadro 3 - Sistemas típicos cognitivo, afetivo, comportamental e fisiológico, associados a categorias diagnósticas específicas

Transtorno	Cognitivo	Afetivo	Impulso Comportamental	Fisiológico
Fobia específica	Perigo específico	Ansiedade	Fugir ou evitar	Ativação do S.N. Autônomo
Medo geral	Perigo generalizado	Ansiedade	Fugir, evitar, inibir	Ativação do S.N. Autônomo
Hostilidade*	Ameaçado, injustiçado	Raiva	Punir	Ativação do S.N. Autônomo
Depressão	Perda	Tristeza	Retroceder	Ativação parassimpática

Fonte: Beck⁴⁹

*Embora hostilidade não seja um transtorno mental, Beck sugere a sua inclusão para explicar reações individuais de violência.

Um vasto número de investigações foi desenvolvido a fim de mensurar a validade dos pressupostos presentes na depressão. Ângela Maia na sua tese de doutoramento na Universidade do Minho (1998) faz uma ampla e abrangente revisão das metodologias e resultados dos estudos acerca dos conteúdos e processos cognitivos da depressão. Nessa revisão, são apresentados os trabalhos que validam a visão sobre como os indivíduos deprimidos descrevem a si próprios, ao mundo e ao futuro.

Para conhecer a sua autoimagem, a metodologia utilizada caracteriza-se pelo estudo da autodescrição, no qual os investigadores analisam os tipos de adjetivos que esta população considera mais próxima da sua autoimagem e, comparando com população não clínica, ou seja, sem transtorno, observa-se que os indivíduos deprimidos descrevem a si próprios com adjetivos com conotação mais negativa. Outro estudo identificado nessa revisão verificou que o paciente deprimido em interação social tende a superestimar os comportamentos negativos e subestimar os positivos.⁵⁶

Numa tarefa cognitiva em que se buscava identificar a percepção de sucesso e fracasso entre 40 estudantes deprimidos, validados através do Inventário de Depressão de Beck (BDI), Rizley⁵⁷ verificou que os estudantes deprimidos atribuíram os insucessos à incompetência (atribuição interna, global e estável), enquanto os não deprimidos os atribuíram à dificuldade da tarefa (atribuição externa, específica, instável); no que tange ao sucesso das tarefas bem sucedidas, os deprimidos atribuíram-no à facilidade da mesma (externa, específica, instável), enquanto os não-deprimidos atribuíram-no à sua habilidade (interna, global, estável).

Ainda sobre a autoimagem, Maia⁵⁶ refere os trabalhos iniciais realizados por Beck na década de 1960, no qual observaram-se mais relatos de temas de perda e fracasso no conteúdo dos sonhos de pacientes deprimidos quando comparados com pessoas normais Beck e Hurvich (1959), Beck e Ward (1961) citado por Maia⁵⁶ e refere também o estudo de Beck que confronta imagens com papéis de vítima e agressor, observando dentre os pacientes deprimidos maior identificação com o papel de vítima Beck (1961) citado por Maia.⁵⁶

O construto teórico desenvolvido para fundamentar o modelo da TCC e, particularmente, aplicado ao tratamento da depressão, foi exaustivamente pesquisado através de ensaios clínicos randomizados que buscaram testar e validar a sua eficácia, conforme será abordado no próximo tópico.

2.2.4 Eficácia da TCC na depressão

As TCC, movidas pelos estudos de Beck a partir da década de 1960, são consideradas, dentre as psicoterapias para depressão, mais empiricamente validadas para testar sua eficácia. Assim, a terapia cognitiva origina-se como uma possibilidade para o tratamento dos transtornos depressivos, num contexto no qual, inicialmente, predominava a terapia comportamental com resultados satisfatórios, essencialmente nos transtornos de ansiedade.⁵¹

Beck, em sua análise retrospectiva após 30 anos dos primeiros estudos da TCC, assevera que as proposições e os construtos cognitivos são fundamentais para guiar a implementação da terapia, e vão além das técnicas terapêuticas, necessitando, portanto, ser validadas para testar a veracidade da abordagem do tratamento cognitivo. Daí a ênfase de uma relação muito próxima entre a teoria e a prática cognitiva nas pesquisas e publicações.⁵¹

Os tratamentos para a depressão geralmente incluem antidepressivos, psicoterapia ou tratamento combinado. Entretanto, no surgimento da TCC no início da década de 1970, os medicamentos antidepressivos eram considerados o tratamento padrão para a depressão e já haviam se mostrado superiores aos placebos. Naquele momento, a psicoterapia também era menos eficaz do que os medicamentos e até mesmo do que o placebo.¹⁶ Um dos primeiros estudos relacionados à depressão a sugerir que a TCC era mais eficaz e duradoura que os medicamentos foi realizado em 1977 por Beck, com 41 pacientes deprimidos não internados, aleatoriamente distribuídos para um tratamento de 12 semanas com terapia cognitiva ou farmacoterapia com imipramina. Ao término deste, os pacientes que passaram pela terapia mostraram maior redução dos sintomas e maior adesão ao tratamento do que aqueles tratados só com medicação. Acompanhando esses pacientes após 12 meses, pode-se também observar que eram menos propensos a recaídas.¹⁶

A efetividade do tratamento com a TCC tem sido bastante pesquisada. Um estudo de metanálise realizado por Hofman et al.⁵⁸ identificou 269 estudos e, destes, foram analisados 106 estudos para os seguintes problemas: transtorno do uso de substâncias, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, depressão e distímia, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, distúrbios somatoformes, transtornos alimentares, insônia, transtornos de personalidade, raiva e agressão, comportamentos criminais, estresse geral, sofrimento devido a condições médicas, dor crônica e fadiga, angústia relacionada com complicações da gravidez e hormônio feminino. Onze estudos compararam as taxas de

resposta entre TCC e outros tratamentos, sendo que destes, a TCC apresentou maiores taxas de resposta em sete dessas revisões e apenas um estudo relatou menor resposta para TCC comparado com outros tratamentos. Daí é possível verificar e confirmar a solidez da base de evidências da TCC.

Vários ensaios clínicos randomizados comprovaram que a TCC é eficaz ou tão eficaz quanto a psicofarmacologia no tratamento da depressão. Estudo realizado por Nemeroff et al.⁵⁹ com 681 pacientes, entre 18 a 75 anos, com formas crônicas de depressão maior, num período mínimo de 2 anos da doença, foram tratados por 12 semanas com um antidepressivo (nefazodona), terapia cognitivo-comportamental ou a combinação. Em geral, os efeitos do antidepressivo sozinho e a psicoterapia sozinha foram iguais e significativamente menos efetivos do que o tratamento combinado. Ressalta-se que entre aqueles com história de trauma da primeira infância (perda de pais em idade precoce, abuso físico ou sexual, ou negligência), a psicoterapia sozinha foi superior à monoterapia antidepressiva.⁵⁹

Num estudo criterioso de metanálise com 144 ensaios, identificados através das 4 maiores plataformas de dados como PubMed, PsycINFO, Embase e Cochrane, realizado por Cuijpers⁶⁰, a fim de verificar a efetividade da TCC na depressão e em outros transtornos mentais, considerando alguns vieses que poderiam superestimar os efeitos dessa terapia, como viés de publicação, baixa qualidade dos ensaios e o efeito nocebo dos grupos de controle da lista de espera, pôde-se observar a eficácia da TCC na depressão.

Estes estudos puderam então confirmar o modelo cognitivo da depressão, cuja característica básica encontra-se na existência do processamento da informação enviesado no sentido negativo. E o modelo cognitivo da depressão de Beck é o mais explícito em relação à organização cognitiva, pressupondo que as distorções observadas no processamento da informação decorrem da ativação de estruturas cognitivas - esquemas - do tipo negativo.⁵⁶ A fim de aprofundar mais sobre as distorções cognitivas que são centrais no modelo da depressão, o próximo capítulo se deterá a tratar especificamente dessa temática.

2.3 DISTORÇÕES COGNITIVAS

O termo “distorção cognitiva” foi criado por Aaron Beck e referenciado em alguns de seus trabalhos iniciais³⁹, como uma autoafirmação que reflete uma má interpretação de um evento⁴⁸ que pode ser verbalizada publicamente ou através de pensamento privado e se expressa no comportamento. Isso significa que, comportando-se de acordo com uma distorção cognitiva pode-se levar a um repertório comportamental estreito, à perda de oportunidade de

encontrar novas possibilidades de reforçamento, ao aumento da aflição emocional e à persistência de comportamentos mal-adaptativos.²⁷

Beck¹⁵ aborda a distorção de pensamento com um exemplo de um homem de negócios depressivo, que reclama estar à beira da falência, mas uma análise nas suas contas indica que ele está completamente sólido e próspero. Isso ocorre devido a uma tendência de tomar os pensamentos como se eles fossem um microcosmo do mundo externo, atribuindo-lhes o mesmo valor de verdade que a sua percepção do mundo. Dessa forma, evidencia-se que uma avaliação objetiva da realidade pode contradizer a avaliação inicial da mesma.¹⁵ As distorções cognitivas incluem erros no conteúdo cognitivo, ou seja no seu significado, e no processamento cognitivo, isto é, na elaboração do significado. Então, quando há distorção cognitiva, os significados são disfuncionais ou mal-adaptativos.⁴⁵

As distorções cognitivas são falhas no processamento mental da informação influenciadas por atitudes disfuncionais ou crenças rígidas que o indivíduo tem sobre si e o mundo, sendo estas ancoradas por esquemas ou estruturas cognitivas que organizam a informação e orientam a percepção. As distorções cognitivas se manifestam como pensamentos automáticos, ou eventos mentais negativos, temporários, que influenciam os sistemas afetivos e motivacionais. São processos que visam confirmar as crenças dos indivíduos a partir de interpretações disfuncionais que fazem acerca dos fatos e situações da vida.⁴⁸ Todas as pessoas são suscetíveis a ter tais erros ou distorções cognitivas, variando a intensidade e frequência de ocorrência. Elas foram mapeadas a fim de permitir ao indivíduo tomar consciência, avaliá-las e reestruturá-las, sendo estes um dos objetivos primários do tratamento na TCC.²¹

Quadro 4 - Distorções cognitivas segundo J. S. Beck

Distorção	Definição
Pensamento do tipo tudo ou nada (dicotômico)	Você enxerga uma situação em apenas duas categorias em vez de em um <i>continuum</i> . Exemplo: “Se eu não for um sucesso total, eu sou um fracasso.”
Catastrofização	Você prevê negativamente o futuro sem levar em consideração outros resultados mais prováveis. Exemplo: “Eu vou ficar muito perturbada. Eu não vou conseguir trabalhar”
Desqualificar ou desconsiderar o	Você diz a si mesmo, irracionalmente, que as

positivo	<p>experiências positivas, realização ou qualidades não contam.</p> <p>Exemplo: “Eu realizei bem aquele projeto, mas isso não significa que eu sou competente; só tive sorte.”</p>
Raciocínio emocional	<p>Você acha que algo deve ser verdade porque você “sentiu” intensamente (na verdade, acreditou), ignorando ou desvalorizando as evidências em contrário.</p> <p>Exemplo: “No trabalho, eu sei fazer bem muitas coisas, mas eu ainda me sinto um fracasso.”</p>
Rotulação	<p>Você coloca em você ou nos outros um rótulo fixo e global sem considerar que as evidências possam levar mais razoavelmente a uma conclusão menos desastrosa.</p> <p>Exemplo: “Eu sou um perdedor. Ele não é bom.”</p>
Magnificação/Maximização	<p>Quando você se avalia ou avalia outra pessoa ou uma situação, você irracionalmente magnifica o lado negativo e/ou minimiza o positivo.</p> <p>Exemplo: “Receber uma avaliação medíocre prova o quanto eu sou inadequado. Tirar notas altas não significa que eu seja inteligente.”</p>
Filtro mental	<p>Você dá uma atenção indevida a um detalhe negativo em vez de ver a situação como um todo.</p> <p>Exemplo: “Como eu tirei uma nota baixa na minha avaliação (que também continha várias notas altas), significa que estou fazendo um trabalho malfeito.”</p>
Leitural mental	<p>Você acredita que sabe o que os outros estão pensando, não levando em consideração outras possibilidades muito mais prováveis.</p> <p>Exemplo: “Ele acha que eu não sei nada sobre este projeto.”</p>

Supergeneralização	<p>Você tira uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação atual.</p> <p>Exemplo: “(Como eu me senti desconfortável na reunião), eu não tenho as condições necessárias para fazer amigos.”</p>
Personalização	<p>Você acredita que os outros estão agindo de forma negativa por sua causa sem considerar explicações mais plausíveis para tais comportamentos.</p> <p>Exemplo: “O encanador foi rude comigo porque eu fiz alguma coisa errada.”</p>
Afirmações com “deveria” e “tenho que”	<p>Você tem uma ideia fixa precisa de como você e os outros devem se comportar e hipervaloriza o quão ruim será se essas expectativas não forem correspondidas.</p> <p>Exemplo: “É terrível eu ter cometido um erro. Eu sempre deveria dar o melhor de mim.”</p>
Visão em túnel	<p>Você enxerga apenas os aspectos negativos de uma situação.</p> <p>Exemplo: “O professor do meu filho não faz nada direito. Ele é crítico, insensível e ensina mal.”</p>

Fonte: Beck ⁴⁸

2.3.1 Distorções cognitivas nos transtornos

As pessoas têm predisposição a fazer construções cognitivas falhas específicas ou distorções cognitivas. A predisposição a uma distorção específica é o que se chama de vulnerabilidade cognitiva e, por sua vez, a vulnerabilidade cognitiva específica predispõe as pessoas as síndromes específicas.⁴⁵ Como já observado por Beck desde as suas formulações iniciais, “existem equívocos característicos na lógica dos pensamentos automáticos e outras cognições de pessoas com transtornos emocionais.”⁴¹ Estes são evidenciados a partir de várias pesquisas que demonstram distorções cognitivas em estilos patológicos de processamentos de informações, como os estudos de Lefebvre⁶¹, Wright, Basso e Thase⁴¹, em que foram

encontrados erros cognitivos muito mais frequentemente em pessoas deprimidas do que em indivíduos não deprimidos.

Alguns trabalhos têm sido realizados a fim de mapear as distorções mais frequentes em alguns transtornos específicos, suportando assim, a ideia da hipótese da especificidade de Beck¹⁵, a qual sugere que cognições específicas conduzem a uma resposta emocional específica e que as cognições específicas estão associadas a transtornos específicos. Mensurar a especificidade das distorções em cada transtorno permite identificar o seu possível impacto no funcionamento psíquico e no comportamento do indivíduo e colaborar para o direcionamento do tratamento clínico e a ratificação da necessidade do trabalho psicoterapêutico. Numa revisão da literatura internacional foram encontrados alguns estudos com essa finalidade, nos quais foram utilizados diferentes instrumentos para acessar as distorções cognitivas.

Estudo proposto por Rnic, Dozois e Martin⁵³ sobre distorções cognitivas, estilos de humor (adaptativo e mal adaptativo) e depressão, constatou que as distorções cognitivas foram associadas com o uso reduzido de estilos adaptativos de autofortalecimento e uso aumentado de humor agressivo e autoderrotista, indicando que o pensamento negativo distorcido pode interferir com a habilidade de um indivíduo para adotar uma visão humorística e alegre na vida. Estudo feito por Jager-Hyman et al.⁶², com 111 pacientes que fizeram tentativas de suicídio nos últimos 30 meses que antecederam sua participação na pesquisa, e 57 pacientes de emergência psiquiátrica que não fizeram tentativa de suicídio, constata que aqueles que recentemente tentaram o suicídio são mais propensos que os controles psiquiátricos a experimentar distorções cognitivas, mesmo quando controlam a depressão e a desesperança, sendo a “previsão de futuro”, a única distorção cognitiva associada exclusivamente ao status de tentativa de suicídio.

O estudo realizado por Caouette e Guyer⁶³, com 90 participantes com depressão, sugere que ela interfere cognitivamente na resposta emocional de aceitação social e rejeição. E propõe que estratégias de regulação emocional no tratamento da depressão podem direcionar a flexibilidade social para melhorar o alinhamento das reações afetivas aos resultados sociais. Considera que quanto mais sintomas depressivos relacionados ao viés de expectativa negativa, menor flexibilidade cognitiva e menor resposta afetiva positiva à aceitação. As expectativas negativas e a flexibilidade cognitiva mediam a relação entre sintomas depressivos e resposta afetiva para aceitação.

O trabalho de Poletti, Colombo e Benedetti⁶⁴ com 130 pacientes com transtorno bipolar e que vivenciaram experiências adversas na infância, traz achados de que há uma

significativa associação da distorção “generalização” com eventos negativos da infância, sugerindo que crescer em um ambiente familiar afetado pela parentalidade muito severa pode ser uma vulnerabilidade cognitiva à depressão, especialmente no sexo feminino.

Num estudo com população clínica com TDAH, realizado por Strohmeier et al.²⁷, foram avaliadas as distorções cognitivas em 30 adultos em ambulatório universitário especializado, no qual identificou o “perfeccionismo” como a distorção mais frequente. Estudos com população que sofreu estresse pós-traumático, realizado por Daniels et al.⁶⁵, com 106 sujeitos traumatizados agudamente, avaliou a gravidade dos sintomas em três momentos nos primeiros 3 meses pós-trauma e encontrou a “autoculpa, desesperança ou preocupação com o jogo de perigo”. Já o estudo realizado por Chung, Jalal e Khan⁶⁶, com 131 participantes também traumatizados, encontrou a “desesperança” como a percepção de ser incapaz de controlar aspectos importantes de sua vida.

No que tange aos transtornos alimentares, o estudo de Coelho et al.⁶⁷, com 33 pacientes com transtorno alimentar, identificou a distorção ‘fusão forma-pensamento’, como bastante significativa na manutenção do transtorno. Os achados de Wyssen, Bryjova, Meyer e Munsch⁶⁸, com população de 123 homens insatisfeitos com o seu próprio corpo, também ratificam a distorção “fusão forma-pensamento”, contribuindo para o comportamento patológico alimentar.

Em estudo numa população com dependência de jogos, realizado por Romo et al.⁶⁹, com 628 participantes, foram identificadas como mais frequentes, as distorções “perseguição e preconceitos emocionais”. Estudo de Barrault e Varescon⁷⁰, com 245 jogadores regulares de pôquer, encontrou relação entre dependência e distorções cognitivas, percepção de “incapacidade de parar o jogo e ilusão de controle”. Estudo de Subramaniam, Chong, Browning e Thomas⁷¹ com cidadãos residentes em Singapura, que foram ou ainda eram jogadores regulares, constatou distorções cognitivas envolvendo “ilusão de controle, controle de probabilidade e controle interpretativo”.

Estudo com abusadores sexuais contra mulheres, realizado por Hazama e Katsuta⁷² com 80 participantes, encontrou as distorções relacionadas a “culpar a vítima e minimizar e evitar a responsabilidade”, como as mais frequentes. Sigre-Leirós, Carvalho e Nobre⁷³ realizaram estudo com 33 estupradores identificando distorções cognitivas utilizadas como justificativa para o estupro.

O estudo de Oostermeijer et al.⁷⁴ para investigar a relação entre as distorções cognitivas e a agressividade, com 80 adolescentes incluídos em uma intervenção baseada em evidências para reduzir a agressão, mostrou uma relação entre as mudanças nas distorções

cognitivas e as mudanças na agressão, indicando que o tratamento da agressão reativa pode se beneficiar de se concentrar principalmente na redução de distorções cognitivas envolvendo “má atribuição de culpa a outros”, conforme também verificado no estudo anterior sobre agressividade.

Questionários específicos podem ser utilizados para possibilitar a identificação da presença de distorções cognitivas, seja para transtornos mentais específicos ou para a população geral, sem transtorno mental. Numa revisão realizada por Seixas⁷⁵, foi encontrado na literatura um número significativo destes testes que avaliam as distorções em transtornos psiquiátricos específicos:

- Dependentes de jogos: *HOW I Think (HIT)*; *Gambler's Beliefs Questionnaire*; *The Information Biases Scale*; *South Oaks Gambling Screen*;
- Transtornos alimentares: *Bulimic Cognitive Scale*;
- Dor crônica: *Cognitive Error Questionnaire*; *Low Back Cognitive Error Questionnaire*;
- Pedofilia: *Abel and Becker Cognition Scale*; *Molest and Rape Scales Sexual Abuse; Opinions Questionnaire*; *Child Molester Questionnaire*; *Hanson Questionnaire*;
- Fobia social: *The Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS)*;
- Depressão: *Story Completion Test*; *Cognitive Bias Questionnaire (CBQ)*.

Nessa mesma revisão, em relação a questionários que visam à identificação das distorções cognitivas na população geral, sem transtorno mental, Seixas⁷⁵ encontrou-se três instrumentos: *Cognitive Error Questionnaire (CEQ)*; o *Negative and Positive Cognitive Errors Questionnaire (NPCEQ)* e a *Cognitive Distortion Scale (CDS)*, além do CD-Quest, objeto deste trabalho. Alguns trabalhos desenvolvidos com o CD-Quest e os achados em termos da frequência de distorções encontradas em população não clínica e clínica, serão citados no item específico que tratará sobre esse instrumento.

2.3.2 Distorções cognitivas na depressão

As distorções cognitivas ocupam um papel central no funcionamento psíquico do indivíduo e, considerando sua predominância nos diferentes transtornos e em especial na depressão, fica evidente a importância da avaliação dessas distorções no transtorno

depressivo, além do desenvolvimento de habilidades adequadas para o enfrentamento e resolução de problemas diante da vida, no curso do tratamento cognitivo-comportamental.

Estudos das distorções cognitivas encontradas em pacientes depressivos têm sido identificados na literatura, geralmente comparados com grupo que sofre de algum outro tipo de transtorno psiquiátrico ou físico, e também comparados com grupo controle de população não clínica. Assim, as pesquisas descritas abaixo estão dentro dessa especificação e, a partir destas, serão então analisadas as distorções cognitivas da população que sofre do transtorno depressivo. Válido também destacar que nessa análise serão incluídos os estudos encontrados sem qualquer restrição ao inventário que tenha sido utilizado, pois o foco de interesse está na avaliação das principais distorções no grupo com transtorno depressivo.

Pesquisa realizada por Lefebvre⁶¹, associando dor crônica e depressão, tentou medir a tendência de quatro grupos de indivíduos a terem distorções cognitivas, considerando: pacientes psiquiátricos deprimidos (n=18), pacientes com depressão leve com dor nas costas (n=19), pacientes com dor não deprimidos (n=29) e pessoas não deprimidas sem dor (n=23). Os indivíduos receberam dois questionários de erros cognitivos que se concentraram na vida geral ou experiências relacionadas a dor. Os resultados indicaram que todos os erros cognitivos mapeados como “catastrofização”, “excesso de generalização”, “personalização” e “abstração seletiva”, estiveram mais fortemente presentes dentre os participantes deprimidos, com ou sem dor. Esses achados sugerem que a terapia cognitiva pode ajudar a reestruturar os erros cognitivos do paciente com depressão, apesar da persistência da dor.

Estudo realizado por Muran e Motta⁷⁶, com 95 indivíduos adultos com idade entre 18 a 75 anos, visando identificar especificidades cognitivas de 31 pacientes pós-traumáticos (PTSD), buscou compará-los com 24 pacientes de grupos clínicos com depressão e ansiedade e grupo não clínico com 40 participantes, observando, como já esperado, que os grupos de PTSD e clínicos eram mais emocionalmente angustiados que o não clínico. Também era esperado que ambos os grupos clínicos tivessem mais distorções cognitivas que o não clínico, entretanto, foi verificado que não existiam diferenças significativas entre o grupo PTSD e não clínico quanto às distorções cognitivas, ficando essas mais presentes no grupo clínico com depressão e ansiedade, no que tange a “catastrofização”, “supergeneralização”, “personalização” e “abstração seletiva”, ratificando assim, a presença de distorções cognitivas no transtorno depressivo.

Medeiros e Sougey¹¹ realizaram um estudo descritivo de corte transversal com 75 voluntários entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM), de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-4-TR),

residentes na cidade de João Pessoa/PB, a fim de identificar as principais distorções do pensamento em pacientes deprimidos, sua frequência e a existência de relação com dados clínicos e sociodemográficos. Foi utilizado o BDI para verificar a intensidade da depressão e para obter sete das nove distorções pesquisadas, fazendo uma correspondência aos itens do BDI na seguinte ordem: item 2 (desesperança), 3 (ideias de fracasso) 5 (ideias de culpa), 7 (pensamentos de autocompaixão), 8 (pensamentos de autodepreciação), 9 (ideias suicidas) e 20 (hipocondria). Foram encontrados como resultados de distorções mais prevalentes, a desesperança (69,3%), hipocondria (62,7%), ideias de fracasso (61,3%) e desejo de morte (60,0%). Encontrou também, exclusivamente, em pacientes com BDI > 10, ideias de culpa, desejo de morte e ideias suicidas. Nesse estudo, apenas 13,3% dos pacientes não apresentaram no momento da entrevista nenhuma distorção do pensamento. Houve associação estatisticamente significativa entre várias distorções e variáveis clínicas e sócio-demográficas ($p < 0,05$).

Portanto, pode-se concluir que as distorções cognitivas são altamente prevalentes em indivíduos deprimidos. Conforme modelo teórico mencionado, acerca dos níveis do processamento cognitivo, a sua expressão através dos pensamentos automáticos se apresenta como uma primeira via de acesso que permite adentrar níveis mais profundos do funcionamento psíquico. A partir do mapeamento das interpretações errôneas, consegue-se alcançar as crenças intermediárias, as quais são expressas através de pressupostos subjacentes e regras estabelecidas numa lógica “se... então” que permite que o indivíduo se defenda através de comportamentos de segurança, feitos para evitar ativar os pensamentos automáticos e emoções desagradáveis.⁷⁷

No tratamento baseado na TCC o desafio é colocar em questão tais pressupostos, trazer dúvida, inquietar aquilo que estava solidificado internamente e não era passível de ser questionado, a fim de confrontar com questionamento e estabelecer hipótese desses pressupostos que possam ser testadas. Como um processo que vai sendo construído, pode-se então desmontar a crença central que é carregada de conteúdo negativo e dá sustentação aos pressupostos e regras e impulsiona os pensamentos automáticos, cuja conotação traz em si as distorções cognitivas.¹² Ao longo dessa espiral de desenvolvimento acerca do conhecimento do funcionamento psíquico, uma nova competência vai sendo construída à medida que se amplia o processo perceptivo e, com isso, lapidando a chamada consciência metacognitiva.⁷⁷

2.3.3 Consciência metacognitiva

O conceito de consciência metacognitiva foi desenvolvido por John Flavell em 1979, que a definiu como “cognição sobre fenômenos cognitivos” Flavell (1979) citado por Hirata⁴³; trata-se de uma competência cognitiva que permite ao indivíduo monitorar aspectos da sua cognição. No processo terapêutico, essa consciência ganha uma relevância extremamente importante porque será exatamente através dela que se amplia a possibilidade do paciente realizar o seu processo contínuo de automonitoramento como um treino para que consiga apreender as cognições experienciadas e regular as suas emoções. Em geral, pacientes com transtornos psicológicos têm dificuldade com a regulação e a experiência da atividade cognitiva, e vivenciam com frequência fenômenos como preocupação, ruminação e mapeamento das ameaças.⁴³ O automonitoramento é importante para tentar alterar os processos interpretativos e atencionais que se tornam automatizados nas psicopatologias.⁷⁸ Se o indivíduo está inundado pela representação do seu mundo e das suas experiências a partir do viés das distorções cognitivas, muito provavelmente terá mais dificuldade em superar os sintomas da depressão; entretanto, à medida que vai desenvolvendo sua consciência metacognitiva, tenderá a sentir-se menos vulnerável para confrontar e lidar com os pensamentos automáticos e as distorções.⁷⁷

Alguns estudos sobre prevenção de recaídas vêm salientando como condição para que um possível retorno dos sintomas depressivos não evolua para um novo episódio depressivo, a importância de que o paciente saiba lidar com eles, haja vista pacientes apresentarem maior risco de recaída ao responderem à recorrência dos sintomas depressivos com ruminatórias.⁷⁹

Recentemente, Teasdale et al.⁷⁹ têm investigado os mecanismos que mediarão a prevenção de recaídas pela TCC e seus achados sobre o efeito preventivo têm avançado além da clássica visão de que a prevenção se daria através da modificação de crenças disfuncionais para um fator que tem emergido das investigações: a chamada "consciência metacognitiva" ou "metacognitive awareness". Este conceito envolve um funcionamento cognitivo em que pensamentos/sentimentos negativos são vivenciados como eventos mentais e não como a expressão da realidade. “O indivíduo tenderia a não aceitar automaticamente os pensamentos negativos (geralmente extremos, absolutistas e dicotômicos, em termos de "tudo ou nada") que surgem durante períodos de disforia e estresse. Ao ampliar a "consciência metacognitiva", a TCC permite ao paciente desenvolver uma competência mais saudável para lidar com os

sintomas depressivos e as situações problemáticas e evitar a espiral depressiva que conduziria à recaída.⁷⁹

2.4 QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST)

A cognição pode ser conhecida e acessada, assim como as distorções cognitivas. Especificamente, sabe-se do papel teórico fundamental das distorções cognitivas na etiologia, manutenção e tratamento dos transtornos mentais, ainda que poucos instrumentos de avaliação tenham sido elaborados para essa finalidade.^{21,24} Beck criou alguns inventários que viabilizam a mensuração de construtos cognitivos, como o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).⁵¹ Vários questionários têm sido utilizados para mensurar a presença de pensamentos automáticos ou as crenças e esquemas disfuncionais, entretanto, não avaliam diretamente as distorções cognitivas.^{21,23}

No que tange à avaliação das distorções cognitivas, algumas medidas são relatadas na literatura, a exemplo da Escala de Distorções Cognitivas (CDS), o Inventário de Distorções Cognitivas (ICD), o Questionário de Erros Cognitivos (CEQ) e o Questionário de Distorções Cognitiva (CD-Quest).^{21,23} O quadro 5, demonstra algumas diferenças entre eles.

Quadro 5 - Medidas de avaliação das distorções cognitivas.

Instrumentos	Nº itens	Nº distorções cognitivas avaliadas	Domínios
CDS	20	10	Social e realizações
ICD	69	11	
CEQ	24	4	Trabalho, família, lazer
CD-Quest	15	15	Geral

CDS – Cognitive Distortions Scale; ICD – Inventory of Cognitive Distortions; CEQ – Cognitive Erros Questionnaire; CD-Quest – Questionário de Distorções Cognitivas

Fonte: Morrison et al.²¹

Ao analisar as diferenças entre os instrumentos de medida das distorções cognitivas, o CD-Quest se apresenta como um questionário cujo objetivo é preencher algumas lacunas deixadas, ao passo que é um questionário resumido, e que avalia uma quantidade razoável de distorções cognitivas, e em vários domínios da vida.²¹

Nesse sentido, o Questionário de Distorções Cognitivas (*Cognitive Distortions Questionnaire*, CD-Quest), foi desenvolvido por De Oliveira em 2011,⁷⁷ a partir da revisão de literatura da TC, mapeando as principais distorções e colocando-as para análise conceitual e semântica e sugestões da *Academy of Cognitive Therapy* (ACT), sendo, em seguida, sistematizada na versão final do CD-Quest.^{75, 77} É um instrumento elaborado com o intuito de ajudar o indivíduo no seu processo de percepção das conexões entre o erro de pensamento e o seu consequente estado emocional e comportamentos disfuncionais, permitindo-lhe, assim, aprimorar a sua capacidade em identificar e corrigir o viés de pensamento decorrente de um processamento tendencioso da informação que poderia trazer-lhe impactos disfuncionais e negativos nos relacionamentos interpessoais.²⁰

O CD-Quest é composto por 15 itens, com explicações e exemplos que avaliam as distorções cognitivas cometidas pelo paciente a partir de duas variáveis: frequência (F) e intensidade (I), conforme exemplo no quadro 6. A frequência refere-se à quantidade de vezes que cada distorção aconteceu no intervalo de uma semana e a intensidade diz respeito ao quanto o sujeito acreditou na sua veracidade quando a mesma aconteceu, tendo escores variando de 0 a 5 para os itens individuais e 0 a 75 para o escore global. Assim, pode-se ter três resultados, total (F+I); F e I, oferecendo ao terapeuta uma medida quantitativa que permite o acompanhamento sistemático e a evolução clínica do paciente.^{75,77}

Quadro 6 – Exemplo de item do CD-Quest

Todos nós temos milhares de pensamentos durante o dia. Esses pensamentos são palavras, frases e imagens que passam por nossas cabeças à medida que fazemos as coisas. Muitos desses pensamentos são corretos, porém, muitos estão distorcidos. Por isto eles são chamados de erros cognitivos ou distorções cognitivas.

Por exemplo, Paulo é um jornalista competente, cujo trabalho de umas 10 páginas foi revisado por João, o editor de um importante jornal local. João fez correções em um parágrafo e deu algumas sugestões de menor importância. Embora João tenha aprovado o texto de Paulo, ficou ansioso e pensou: “Este trabalho está muito ruim. Se estivesse bom, João não teria corrigido nada.”

Para Paulo, o trabalho está bom ou está ruim. Este tipo de erro de pensamento costuma ser chamado de pensamento dicotômico. Como o pensamento retornou à mente de Paulo várias vezes de sexta-feira a domingo (três dias) e Paulo acreditou nele pelo menos 75%, ele fez um círculo em torno do número 4 na quarta coluna da grade abaixo.

Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado): vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “ou uma coisa, ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.

EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu desempenho foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”.

Exemplo de Paulo: *Este trabalho está muito ruim. Se ele estivesse bom, João não teria feito qualquer correção.*

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1- 2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

Fonte: De Oliveira⁷⁷

O CD-Quest foi desenvolvido simultaneamente em inglês e português, sendo que a sua validação na língua inglesa foi realizada num estudo com 906 estudantes universitários acima de 18 anos²¹, e a sua validação em português foi feita a partir de dois estudos. O estudo 1 com 184 estudantes universitários voluntários, dos cursos de Psicologia (58%) e Medicina (42%) e o estudo 2 com 260 estudantes universitários, destes 84,2% dos cursos de Ciências Humanas.^{20,75}

Os itens que compuseram o questionário foram identificados através de pesquisa em livros de terapia cognitiva que incluíam listas de distorções cognitivas e estas foram colocadas com os seus exemplos numa grade similar à proposta pelo autor da escala Hamilton de Depressão conhecida como GRID-HAMD, e em seguida encaminhada para ser examinada pelos membros da Academia de Terapia Cognitiva. Ao final, foram escolhidos os 15 itens que compõem o questionário. Quanto à análise estatística da validação do instrumento, obteve correlação de validade concorrente forte com o BAI e o BDI (BAI = 0,52, P <0,001; BDI = 0,65, p <0,001). Em termos de validade discriminante, o escore médio da escala total foi 22,59 (DP = 11,86), o escore médio da subescala frequência foi de 15,17 (DP = 7,43) e a subescala de intensidade foi de 17,44 (DP = 8,04).²⁰

A padronização do instrumento foi feita a partir da distribuição dos escores totais de acordo com os percentis, permitindo a classificação das distorções cognitivas como ausentes/mínimas, leves, moderadas ou graves. “*Os escores do CD-Quest 0, 5, 7,10, 12 e 15 estão nas faixas percentílicas respectivamente de 1, 5, 10, 15, 20 e 25, possuindo a classificação ausente/Mínima. Já os escores 16, 18 e 25 apresentam faixas percentílicas de*

30, 40 e 50, sendo classificados como levemente. Os escores 30, 33 e 35 estão nas faixas percentílicas de 60, 70 e 75, classificados como moderadas e, por fim, os escores 37, 41, 49, 55, 61 e 75 com faixas percentílicas de 80, 85, 90, 95, 99 e 100, classificados como severamente”.⁷⁵

Vale salientar, conforme apontado no estudo de validação do instrumento no Brasil, que uma das limitações encontradas foi ter sido realizado com uma amostra não clínica e, por isso, foi suscitada a necessidade de que mais estudos pudessem ser gerados com amostras clínicas.⁷⁵ Assim, o presente trabalho, ainda que não se proponha a ser um estudo de validação do instrumento, busca colaborar com uma avaliação das distorções cognitivas numa amostra clínica específica do TDM.

Alguns trabalhos realizados com o CD-Quest já foram desenvolvidos para identificar as distorções cognitivas em população clínica e não clínica. O primeiro estudo com população clínica foi realizado na Turquia com 269 pacientes psiquiátricos ambulatoriais adultos, com predominância de sintomas de humor (depressão maior e distímia) e ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno de estresse pós-traumático), transtorno obsessivo-compulsivo.²³ Um estudo foi realizado na Austrália com 111 participantes, destes 53 com obesidade mórbida e 58 de peso normal, para identificar as distorções cognitivas e os esquemas maladaptativos encontrados nessa população comparado com pessoas de peso normal.⁸⁰ Outro trabalho foi desenvolvido com 126 pacientes que atendiam critérios do DSM-4 para transtorno de ansiedade social²⁴ e o presente trabalho que traz os achados com pacientes com TDM. O quadro 7 colocado abaixo, demonstra um comparativo das distorções cognitivas encontradas em cada um deles, posicionadas de acordo com os seus escores em ordem decrescente.

Quadro 7 - Comparativo das distorções cognitivas em diferentes transtornos e em estudantes universitários com o uso do CD-Quest.

Nº	1 - População não clínica (estudantes)	2- População clínica psiquiátrica	3- Obesidade	4- Transt. Ansiedade Social	5 - TDM
1º	Afirmações do tipo “deveria”	Supergeneralização	Afirmações do tipo “deveria”	Personalização	Previsão de futuro/catastrofização
2º	E se...	Pensamento dicotômico	Raciocínio emocional	Conclusões precipitadas	Afirmação do tipo “deveria”
3º	Leitura mental	Personalização	Culpar	Supergeneralização	Rotulação
4º	Comparações	Ampliação /	Pensamento	Leitura mental	Pensamento

	injustas	Minimização / Comparações injustas	dicotômico		dicotômico
5°	Pensamento dicotômico	Ampliação / Minimização / Comparações injustas	E se ... / Conclusões precipitadas / Rotulação	Comparações injustas	Comparações injustas/ leitura mental
6°	Raciocínio emocional	Afirmações do tipo “deveria”	E se ... / Conclusões precipitadas / Rotulação	Abstração seletiva	Comparações injustas/ leitura mental
7°	Rotulação	Abstração seletiva	Rotulação	Afirmações do tipo “deveria”	Raciocínio emocional
8°	Previsão de futuro/ Catastrofiza ção	Culpar	Leitura mental	Ampliação / Minimização	E se...
9°	Abstração seletiva	Previsão de futuro/ Catastrofização	Previsão de futuro/ Catastrofização/ Comparações injustas	Pensamento dicotômico	Ampliação / Minimização
10°	Conclusões precipitadas	Rotulação	Previsão de futuro/ Catastrofização / Comparações injustas	Rotulação	Culpar
11°	Ampliação / Minimização	Conclusões precipitadas / E se...	Supergeneraliza ção	Desqualificaçã o do positivo	Abstração seletiva
12°	Supergenerali zação	Conclusões precipitadas / E se...	Abstração seletiva	Previsão de futuro/ Catastrofiza ção	Supergenera lização
13°	Culpar	Desqualificação do positivo/ Leitura mental	Personalização	Raciocínio emocional	Conclusões precipitadas
14°	Desqualifica ção do positivo	Desqualificação do positivo/ Leitura mental	Ampliação / Minimização	Culpar	Desqualificaç ão do positivo
15°	Personalização	Raciocínio emocional	Desqualificação do positivo	E se?	Personalizaçã o

Fonte: De Oliveira et al.²⁰, Batmaz et al.²³, Luz et al.⁸⁰ e Kaplan et al.²⁴
Dados coletados no estudo maior.

As 15 distorções cognitivas são descritas no questionário, conforme o Quadro 8.

Quadro 8 - Distorções cognitivas segundo De Oliveira.

Distorção Cognitiva	Explicação	Exemplo
Pensamento dicotômico (também chamado tudo ou-nada, preto e branco ou polarizado)	Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “uma coisa ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas, em vez de em um contínuo.	“Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”
Previsão do futuro (também denominada catastrofização)	Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.	“Vou fracassar e isso será insuportável.” “Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame.”
Desqualificação dos aspectos positivos	Desqualifico e desconto as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam.	“Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte.” “Entrar para a universidade não foi grande coisa, qualquer um consegue.”
Raciocínio emocional	Acredito que minhas emoções refletem o que as coisas realmente são e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.	Sinto que ela me ama, “então deve ser verdade.” “Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso.” “Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele.”
Rotulação	Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.	“Sou um fracassado.” “Ele é uma pessoa estragada.” “Ela é uma completa imbecil.”
Ampliação/minimização	Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.	“Consegui um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim.” “Consegui um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil.”
Abstração seletiva (denominada filtro mental e visão em túnel)	Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.	“Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido” (não considerando o retorno positivo de Miguel. “Não

		consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada” (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas).
Leitura mental	Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.	“Ele está pensando que eu falhei”. “Ela pensou que eu não conhecia o projeto.” “Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito.”
Supergeneralização	Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”, “inteiro” etc.	“Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana.” “Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras”. “Minha dor de cabeça nunca vai parar”.
Personalização	Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.	“Senti-me mal porque a moça do caixa não me agradeceu” (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). “Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa” (não considerando que ela foi sua quarta esposa).
Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”)	Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.	“Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”
Conclusões precipitadas	Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou poucas evidências que possam confirmá-las	“Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo

		acidente.”
Culpar (outros ou a si mesmo)	Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, tomo para mim mesmo a responsabilidade pelos comportamentos e “atitudes de outros.	“Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.” “É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada.
E se...?	Fico me fazendo perguntas do tipo “e se acontecer alguma coisa?”	“E se eu bater o carro?” “E se eu tiver um enfarte?” “E se meu marido me deixar?”
Comparações injustas	Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.	“Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu.” “Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu.

Fonte: De Oliveira⁷⁷

O CD-Quest faz parte de um arsenal de ferramentas elaboradas pela metodologia da Terapia Cognitiva Processual abordada no próximo capítulo.

2.5 TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL (TCP)

A TCP é uma abordagem psicoterápica que compõe a chamada terceira onda em TC. Foi elaborada por De Oliveira⁷⁷ e trata-se de uma maneira mais sistematizada e dinâmica de utilizar as técnicas da TCC. Essa estratégia psicoterápica surge a partir da técnica chamada Registro de Pensamento Baseado na Reversão de Sentenças (RPBRS), conhecida como Processo I.⁸¹ A principal inspiração para o desenvolvimento da técnica chamada de Processo I, foi a obra de Franz Kafka, na qual o personagem principal é condenado e executado sem ter conhecimento do crime cometido.¹⁸ A autoacusação é apresentada nessa obra como princípio universal e faz uma analogia como se os seres humanos se autoacuassem sem ter

consciência.¹⁸ então vem propor essa técnica para levar consciência às pessoas acerca de suas autoacusações, permitindo assim, uma possível melhora nos seus transtornos.

A formulação do caso dá-se em 3 níveis, sendo os pensamentos automáticos, seguido pelos pressupostos subjacentes e comportamentos de segurança e o nível mais profundo das crenças nucleares. A sua conceitualização cognitiva objetiva a reestruturação cognitiva das crenças nucleares negativas e das distorções cognitivas produzidas por elas, a partir de um conjunto de técnicas e instrumentos específicos que são utilizados nestes níveis destacados acima.⁷⁷

Através da simulação de processos jurídicos em que a crença nuclear negativa é colocada em julgamento como uma acusação, o paciente passa a representar os papéis de advogado de acusação, advogado de defesa, testemunha e jurado, com o objetivo de avaliar as acusações trazidas pelo promotor. Durante o desenvolvimento da técnica, o indivíduo tem a possibilidade de perceber que muitas das suas acusações referem-se às distorções cognitivas e, a partir da identificação do processamento de informação negativamente enviesado, é possível viabilizar a reestruturação cognitiva da crença em questão e substituí-la por crenças nucleares mais adaptativas e funcionais, à medida que emerge a sua consciência metacognitiva.^{19,20}

Após o Processo I, passa-se para a fase do Processo II em que se busca desenvolver a assertividade e compaixão no intuito de fortalecer a manutenção das crenças que foram reestruturadas e fortalecer a competência da metacognição, para encorajar e empoderar o paciente a olhar os seus pensamentos sem julgamento.⁷⁷

3 MATERIAS E MÉTODOS

Esta seção apresenta o desenho do estudo, a amostra utilizada, os materiais constituídos de seis questionários, bem como os procedimentos adotados para a coleta de dados.

3.1 DESENHO

Consiste num estudo descritivo do tipo transversal acerca das distorções cognitivas em pacientes de 18 a 60 anos que apresentam sintomas de transtorno depressivo. Destaca-se que a atual pesquisa utilizou o banco de dados já coletados em um estudo prévio denominado “Eficácia da Terapia Cognitiva Processual e da Ativação Comportamental no tratamento da depressão: Ensaio clínico randomizado”, tendo como investigador principal Curt Hemanny. No trabalho supra citado, os pacientes passaram por uma entrevista diagnóstica a fim de verificar e confirmar o diagnóstico do transtorno depressivo e, para tanto, foram utilizados alguns instrumentos de pesquisa, como o HDRS, BDI, BAI, ATQ e o CD-Quest. Ao longo do processo de intervenção, esses instrumentos foram aplicados algumas vezes, entretanto, para a presente pesquisa, foi considerada a aplicação do instrumento CD-Quest, realizado na entrevista diagnóstica.

3.2 LOCAL E AMOSTRA

O estudo foi realizado com uma amostra de conveniência, constituída pelos dados de 70 participantes com transtorno depressivo, de 18 a 60 anos. Do total dos participantes 60 eram do sexo feminino (85,71%) e 10 do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 39,97 anos, com desvio padrão de 11,16 anos.

O trabalho foi realizado utilizando o banco de dados já coletados. Os pacientes que compõem o banco de dados foram recrutados das seguintes formas: 1) encaminhamentos dos serviços de atenção primária à saúde (ambulatórios de psiquiatria, clínicas escola de psicologia, consultórios privados de profissionais de saúde mental); 2) divulgação na mídia (rádios, jornais, internet). Essa divulgação foi realizada através de informações sobre a depressão e foi informado contato do grupo de responsáveis para avaliação inicial, realizada por psiquiatras e psicólogos para diagnóstico e avaliação do TDM.

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram considerados válidos para incluir na pesquisa os questionários preenchidos corretamente, ou seja, sem que nenhum item tenha sido deixado em branco ou marcado em duplicidade na mesma questão. Trata-se de dados de pacientes que atenderam aos critérios: idade de 18 a 60 anos, de ambos os sexos; diagnóstico de TDM, segundo os critérios do DSM-5 APA⁶ ou CID-10 OMS¹⁰ em episódio depressivo atual ou recorrente; escore de 20 ou acima no Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) ou escore de 14 ou acima na Escala de Depressão de Hamilton (HSRD – versão com 17 itens); em uso de psicofármacos.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram considerados inválidos e, portanto, excluídos da pesquisa, os questionários preenchidos incorretamente, ou seja, constando algum item em branco ou marcado em duplicidade na mesma questão. Nesse banco de dados foram excluídos na triagem inicial feita através de entrevista diagnóstica, pacientes que atendiam critérios para diagnóstico de: transtorno bipolar de humor; distímia; abuso de substâncias; transtornos psicóticos; TDM refratário (que não responde satisfatoriamente aos fármacos de primeira linha).

3.3 PESQUISADORES

A aplicação dos questionários utilizados na pesquisa principal foi realizada por psicólogos ou psiquiatras treinados e com pelo menos 3 anos de experiência em psicoterapia cognitiva e no tratamento do TDM.

A análise dos dados coletados na pesquisa principal, os quais foram utilizados no presente trabalho, foi realizada pela pesquisadora principal, mestranda responsável por esse estudo, que também possui experiência em psicoterapia cognitiva e se compromete a manter os cuidados relativos ao sigilo no uso dos dados.

3.4 MATERIAIS

Para alcançar os objetivos expostos acima, foram utilizados os seguintes instrumentos:

3.4.1 Questionário sociodemográfico

Questionário utilizado para caracterização da amostra, composto por questões como idade, sexo, etnia, escolaridade, estado civil, religião e renda.

3.4.2 Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest)

Questionário para avaliar a frequência e intensidade de pensamentos distorcidos. Possui 15 itens com escores que variam de 0 a 5, totalizando valores de 0 a 75.²⁰ (Anexo 01)

3.4.3 Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton para Depressão (HDRS)

É uma escala de avaliação da gravidade dos sintomas depressivos, com 21 itens de sintomas com escores de 0 (ausente) a 4 (grave), os quais enfatizam 11 dimensões de sintomas, incluindo sintomas cognitivos, somáticos e sociais. O escore total indicará a gravidade do transtorno: de 7 a 17 pontos, depressão leve; de 18 a 24 pontos, depressão moderada; acima de 25, depressão grave.⁸² (Anexo 02).

3.4.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

O BDI-II (Anexo 03) é uma escala de autoavaliação que mede a presença e gravidade dos sintomas depressivos, com ênfase em aspectos cognitivos. Foi desenvolvido por Aaron Beck e publicado na primeira versão em 1961, para ser aplicado inicialmente com pacientes psiquiátricos, mas vindo a ser utilizado também com a população geral, na pesquisa e na clínica. No Brasil, a primeira versão foi traduzida e validado por Cunha⁸³ em 2001. Em

1996, passou por uma atualização por Beck, atendendo aos novos critérios do DSM-4 para o transtorno depressivo maior, e então passa a ser chamado de BDI-II. A sua tradução e validação foi feita em 2011 e em 2012, Gomes-Oliveira, Gorenstein, Lotufo Neto, Andrade e Wang⁸⁴ realizaram uma nova análise psicométrica da versão traduzida do BDI-II, com 2 amostras de 60 estudantes de Medicina da Universidade de São Paulo e 182 participantes adultos provenientes de uma pesquisa domiciliar na região metropolitana de São Paulo. Apresentou boa consistência interna ($\alpha=0,93$) e foi adotado o SCID como padrão-ouro, sendo o ponto de corte de 10/11 como o melhor limiar para detectar depressão, alcançando sensibilidade de 70% e especificidade de 87%.⁸⁴

O inventário possui 21 itens, com alternativas de respostas que podem ser avaliadas de 0 a 3 pontos, totalizando 63 pontos, permitindo identificar a intensidade da depressão, conforme: 0 a 13 pontos - ausência de depressão; 14 a 19 - depressão leve; 20 a 28 - depressão moderada; 29 a 63 - depressão grave.⁸⁴

3.4.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O BAI (Anexo 04) é uma escala de autorrelato que avalia a intensidade dos sintomas ansiosos. Foi desenvolvido por Aaron Beck, em 1988,⁸⁵ para ser utilizado em população psiquiátrica, mas sendo adequado também para uso com população geral. Ele foi traduzido e validado para o português por Cunha⁸³, suas propriedades psicométricas mostrando-se adequadas para a utilização em população psiquiátrica ($\alpha > 0,90$) e não psiquiátrica ($\alpha > 0,80$).⁸³

Possui 21 itens de sintomas ansiosos que podem ser pontuados de 0 (ausente) a 3 (grave), indicando: 0 a 10 pontos - sintomas ausentes ou mínimos; 11 a 19 - ansiedade leve; 20 a 30 - ansiedade moderada; 31 a 63 - ansiedade grave.⁸³

3.4.6 Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ)

O Questionário de Pensamentos Automáticos (QPA-30; Automatic Thoughts Questionnaire ATQ-30,⁸⁶ foi desenvolvido para avaliar cognições depressogênicas, e estuda a sua relação com sintomatologia depressiva. Consiste em 30 itens que medem a frequência da

ocorrência de pensamentos automáticos negativos (*negative self-statements*), ou seja, cognições intrusivas associadas à depressão. Estes pensamentos são cotados numa Escala Likert de 5 pontos, medindo a frequência com que o pensamento ocorreu na semana anterior. As cotações variam entre 1 (nunca) e 5 (sempre). São medidos 4 fatores que tratam do desajuste pessoal e desejo de mudança; o autoconceito negativo e expectativas negativas; baixa autoestima e desamparo/desistência.⁸⁶

3.5 PROCEDIMENTOS

Na pesquisa maior supracitada, onde os presentes dados foram coletados, os pacientes que entraram em contato passaram por uma breve triagem explicativa, tendo sido informados que se tratava de uma pesquisa e que não envolvia custos. Caso desejassem participar, passaram por algumas perguntas para identificar humor deprimido no momento. Uma vez identificado o humor deprimido, foram encaminhados para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizarem entrevista diagnóstica conduzida por psiquiatras ou psicólogos treinados na aplicação do MINI-plus (a fim de avaliar critérios de inclusão e exclusão); e preenchimento dos questionários HDRS, BDI, BAI, ATQ e CD-Quest.

Os dados coletados foram consolidados numa planilha em Excel protegida com senhas de acesso e identificação do paciente através de código, a fim de preservar o sigilo e garantir o princípio da autonomia e respeito da privacidade dos dados obtidos.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados coletados foram consolidados num banco de dados em planilha Excel (Office 2013) e este foi importado para o Programa de Estatística R para realização de algumas análises.

De acordo com os parâmetros estabelecidos nos objetivos deste estudo, utilizaram-se as análises de estatística descritiva da amostra e os resultados foram apresentados, como média, desvio padrão e frequências absoluta e relativa. Também foram feitas algumas correlações baseadas na estatística inferencial, como a correlação de Pearson, correlação polisserial e bisserial; e ainda o Teste T de Student para verificar as diferenças entre os sexos.

A correlação de Pearson reflete o quanto duas variáveis contínuas estão relacionadas, indicando, dessa maneira, se as variáveis apresentam uma relação positiva ou negativa. Entende-se por positiva, a relação em que os valores das variáveis crescem na mesma direção. A relação entendida por negativa, por sua vez, diz respeito à relação na qual os valores crescem e diminuem em direções opostas (sinalizado por um sinal de negativo). Os valores da correlação de Pearson variam de 0 a 1.⁸⁷

As correlações polisserial e bisserial seguem a mesma interpretação da correlação de Pearson, entretanto são utilizadas para alguns tipos específicos de variáveis. A correlação bisserial é utilizada quando uma das variáveis é dicotômica, como sexo, por exemplo. A correlação polisserial é adequada em situações em que uma das variáveis sendo estudada tem mais de duas categorias. Assim como a correlação de Pearson, estas variáveis também variam de 0 a 1.⁸⁷

O teste T de Student é um teste estatístico de hipóteses que permite comparar a média das diferenças em grupos distintos, a partir dos dados coletados, com a diferença que espera-se encontrar na média populacional (redução ou aumento), e leva em consideração uma medida de erro entre estas diferenças (o erro padrão). Se a hipótese nula for verdadeira, interpreta-se que não existe diferenças entre as médias das populações, caso contrário, sendo a hipótese nula falsa, pode-se falar em diferenças significantes entre as médias.⁸⁷

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo não apresenta malefícios ao indivíduo, sendo que todos os instrumentos utilizados possuem a validação necessária para a sua utilização.

Como a atual pesquisa faz parte do trabalho denominado “Eficácia da Terapia Cognitiva Processual e da Ativação Comportamental no tratamento da depressão: Ensaio clínico randomizado” foi encaminhado um adendo ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFBA, informando sobre a realização da mesma, e incluindo o instrumento Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ), que não estava inicialmente previsto no ensaio clínico.

Ressaltam-se também alguns documentos assinados junto ao CEP:

- Carta de anuência – assinado pelo responsável da pesquisa maior também, autorizando a utilização dos dados na presente pesquisa.

- Termo de compromisso para utilização de dados em prontuários de pacientes e de bases de dados em projetos de pesquisa, assinado pela presente pesquisadora, garantindo o uso das informações, única e exclusivamente para fins científicos, a preservação integral, o anonimato dos pacientes, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

- Declaração de confidencialidade do sujeito no estudo – assinado pela pesquisadora e orientador.

A atual pesquisa também foi submetida a esse mesmo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto tendo recebido, conforme anexo, parecer favorável sob o número: 1.939.554, com emissão em 23 de fevereiro de 2017, estando assim de acordo com a orientação do Conselho Nacional de Saúde, com a declaração de Helsinque (1996) e com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa setenta indivíduos, dos quais 60 eram do gênero feminino (85,71%) e 10 do masculino. A idade média dos participantes foi de 39,97 anos, com desvio padrão de 11,16 anos. A Tabela 1 mostra que a maioria apresenta a escolaridade de nível superior (58,57%), predomínio do estado civil solteiro (52,86%), etnia parda (44,29%), tendo optado por não declarar a sua escolha religiosa (44,29%) e com renda familiar de até dois salários mínimos (48,57%).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica de uma amostra de 70 pacientes com TDM, da cidade de Salvador-Bahia, no ano de 2016-2017.

Variáveis		N (70)	%
Escolaridade	Ensino Médio	22	31.43
	Ensino Superior	41	58.57
	Pós-graduado	6	8.57
	Sem resposta	1	
Estado civil	Não declarou	1	1.43
	Casado	15	21.43
	Divorciado	13	18.57
	Solteiro	37	52.86
	União estável	4	5.71
	Sem resposta	0	
Etnia	Branca	19	27.14
	Negra	18	25.71
	Parda	31	44.29
	Sem resposta	2	
Religião	Não declarou	31	44.29
	Acredita em Deus	13	18.57
	Adventista	2	2.86
	Ateu	2	2.86
	Católica	7	10.00
	Espírita	6	8.57
	Evangélica	7	10.00
	Testemunha de Jeová	2	2.86
	Sem resposta	0	

Renda	Não declarou	2	2.86
	3 a 5 salários	17	24.29
	Acima de 6	2	2.86
	Até 2 salários	34	48.57
	Dependente	15	21.43
	Sem resposta	0	

Fonte: Dados coletados no estudo maior.

Algumas correlações foram identificadas entre as sete variáveis sociodemográficas dos pacientes com transtorno depressivo e as distorções cognitivas, cujos resultados encontram-se resumidos na Tabela 2.

Tabela 2 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e as distorções cognitivas.

Distorções Cognitivas	Idade*	Sexo*	Etnia	Escolaridade	Religião	Renda	Estado Civil
1. Pensamento Dicotômico	0.01	-0.05	0.07	-0.18	-0.05	0.03	0.07
2. Previsão do Futuro	0.04	-0.11	0.08	-0.16	-0.07	0.08	-0.15
3. Desqualificação	-0.10	-0.11	0.08	-0.25	-0.30	0.12	-0.10
4. Raciocínio Emocional	-0.01	-0.04	0.03	-0.08	-0.25	-0.01	-0.02
5. Rotulação	0.17	-0.13	-0.12	-0.06	-0.02	-0.07	-0.06
6. Ampliação / Minimização	0.17	-0.12	0.05	-0.18	-0.11	0.04	-0.14
7. Abstração Seletiva	-0.07	0.01	0.06	-0.20	-0.15	0.11	0.09
8. Leitura Mental	-0.15	0.07	0.03	-0.21	-0.05	0.30	0.03
9. Supergeneralização	0.03	0.05	-0.01	0.05	-0.14	0.10	-0.02
10. Personalização	0.01	0.02	0.17	-0.08	-0.30	0.01	0.01
11. Afirmações tipo “deveria”	0.13	-0.02	0.03	0.05	0.06	0.06	0.13
12. Conclusões Precipitadas	0.15	-0.14	-0.04	-0.06	-0.14	-0.03	-0.10
13. Culpar	0.05	-0.11	0.06	-0.23	-0.16	0.11	-0.08
14. E se...?	-0.14	-0.04	0.13	-0.13	-0.12	0.21	-0.10
15. Comparações Injustas	-0.17	-0.10	0.10	-0.09	-0.09	-0.03	0.07

Nota: *Para a variável sexo, foi utilizada a correlação bisserial e para idade foi utilizada a correlação de Pearson. Para as outras variáveis foi utilizada a correlação polisserial.

Fonte: Dados coletados no estudo maior.

Os valores das correlações podem ser interpretados partir de Evans⁹⁰, estabelecendo que as correlações menores que 0.20 são consideradas fracas, entre 0,20 – 0,30 são fracas-moderadas, entre 0,30 – 0,59 são consideradas moderadas e a partir de 0,60 são chamadas de fortes. As correlações ainda podem ser interpretadas enquanto positivas e negativas. As correlações negativas (indicadas com o sinal de menos) indicam uma relação inversa entre as variáveis, por exemplo, ao passo que o valor de uma das variáveis sobe, a outra desce.

Como é possível verificar na Tabela 2, os resultados indicam que, nesses dados coletados, as distorções cognitivas têm uma correlação fraca e em grande parte negativa com as variáveis sociodemográficas. As correlações destacadas em amarelo são aquelas que não são consideradas fracas. Assim, pode-se indicar que existem algumas relações inversas, por exemplo, entre a escolaridade com as distorções cognitivas “desqualificação”, “abstração seletiva”, “leitura mental”, “culpar”; entre a religião com as distorções cognitivas “desqualificação”, “raciocínio emocional” e “personalização”.

A variável idade, calculada a partir da correlação de Pearson, também não apresentou relações significativas ou fortes o bastante para serem consideradas relevantes.

Para investigar se existem diferenças entre os escores de homens e mulheres em relação às distorções cognitivas, utilizou-se o teste T de Student para grupos independentes. A Tabela 3 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 3- Diferenças nos escores do CD-Quest considerando o sexo.

	CD-Quest – Sexo						<i>t</i>	<i>Gl</i>
	<i>Masculino</i>			<i>Feminino</i>				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>		
Escore CD-Quest	38.00	18.44	10	37.50	17.62	57	-0.08	12

Nota. M = Média, DP = Desvio Padrão, gl = Graus de Liberdade, *t* = estatística t de Student.

Fonte: Dados coletados no estudo maior.

Os resultados indicaram que não existem diferenças significativas entre os sexos em relação às distorções cognitivas. Entretanto, é importante notar que a quantidade de homens e mulheres foi bastante distinta, o que pode ter levado a uma dificuldade de encontrar diferenças nessa amostra.

Os escores do CD-Quest foram classificados de acordo com as faixas percentílicas padronizadas, conforme a Tabela 4, identificando nessa amostra que 20,29% dos participantes não apresentaram distorções cognitivas ou foi considerado mínimo e 79,72% tiveram distorções entre leves, moderadas e graves.

Tabela 4- Classificação da frequência das distorções cognitivas de acordo com a sua magnitude (severidade).

Classificação	N	%
Ausente/Minima	14	20.29
Leve	22	31.89
Moderada	16	23.19
Grave	17	24.64
Total	69	-

Fonte: Dados coletados no estudo maior.

As distorções cognitivas foram avaliadas, como listado na Tabela 5, e a sua distribuição aponta como as maiores médias encontradas nessa amostra para a “previsão do futuro” (3,32), seguida por “afirmações tipo deveria” (3,01), “rotulação” (2,77) e “pensamento dicotômico” (2,67) e com o valor menor de média, a “personalização” (1,52).

Tabela 5 - Distribuição dos itens do CD-Quest em função da pontuação média e desvio dos escores.

Distorções	Média	DP	Escores (%)						
			0	1	2	3	4	5	
1. Pensamento Dicotômico	2.67	1.67	16.42	7.46	17.91	26.87	11.94	19.40	
2. Previsão do Futuro	3.32	1.72	25.37	8.96	11.94	28.36	13.43	11.94	
3. Desqualificação	1.91	1.79	37.31	5.94	17.91	17.91	8.96	11.94	
4. Raciocínio Emocional	2.52	1.81	22.39	11.94	13.43	17.91	16.42	17.91	
5. Rotulação	2.77	1.66	11.94	14.93	14.93	13.43	28.36	16.42	
6. Ampliação / Minimização	2.43	1.83	25.37	8.96	10.45	20.90	17.91	16.42	
7. Abstração Seletiva	2.23	1.82	26.87	13.43	11.94	17.91	14.93	14.93	
8. Leitura Mental	2.54	1.86	23.88	11.94	11.94	16.42	16.42	19.40	
9. Supergeneralização	2.16	1.93	34.33	10.45	7.46	16.42	14.93	16.42	
10. Personalização	1.52	1.75	44.78	13.43	7.46	17.91	7.46	8.96	
11. Afirmções tipo “deveria”	3.01	1.58	8.96	10.45	14.93	23.88	19.40	22.39	
12. Conclusões Precipitadas	2.12	1.84	28.36	16.42	13.43	14.93	10.45	16.42	
13. Culpar	2.37	1.82	22.39	17.91	7.46	23.88	8.96	19.40	

14. A se...?	2.50	2.01	31.34	5.97	7.46	22.39	5.97	26.87
15. Comparações Injustas	2.54	1.82	23.88	4.48	16.42	19.40	16.42	19.40

Fonte: Dados coletados no estudo maior.

Considerando o raciocínio de interpretação similar aos resultados anteriores, são apresentadas na Tabela 6 as correlações entre as distorções cognitivas. O sinal (*) indica que a correlação pode ser considerada significativa (com $p < 0.05$), mesmo que o seu valor não seja tão alto. Como se pode notar, a maior parte das distorções está relacionada entre si. Os valores marcados em amarelo indicam as correlações que não obtiveram significância estatística. A “supergeralização” não teve uma relação clara com as distorções “culpar” e “comparações injustas”.

Tabela 6 - Correlação entre os itens do CD-Quest de acordo com a correlação de Pearson.

Distorções	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Pensamento Dicotômico		0.542***	0.583***	0.375**	0.463***	0.474***	0.539***	0.307*	0.358**	0.310*	0.460***	0.264*	0.382**	0.526***	0.360**
2. Previsão do Futuro	0.542***		0.572***	0.404***	0.499***	0.499***	0.469***	0.346**	0.340**	0.469***	0.540***	0.439***	0.586***	0.515***	0.479***
3. Desqualificação	0.583***	0.572***		0.373**	0.529***	0.670***	0.570***	0.331**	0.507***	0.505***	0.472***	0.362**	0.470***	0.517***	0.510***
4. Raciocínio Emocional	0.375**	0.404***	0.373**		0.348**	0.257*	0.564***	0.479***	0.379**	0.376**	0.336**	0.456***	0.427***	0.413***	0.273*
5. Rotulação	0.463***	0.499***	0.529***	0.348**		0.738***	0.427***	0.314**	0.481***	0.413***	0.566***	0.498***	0.469***	0.358**	0.489***
6. Ampliação / Minimização	0.474***	0.499***	0.670***	0.257*	0.738***		0.447***	0.281*	0.582***	0.475***	0.475***	0.488***	0.433***	0.365**	0.510***
7. Abstração Seletiva	0.539***	0.469***	0.570***	0.564***	0.427***	0.447***		0.581***	0.263*	0.539***	0.504***	0.416***	0.592***	0.493***	0.486***
8. Leitura Mental	0.307*	0.346**	0.331**	0.479***	0.314**	0.281*	0.581***		0.293*	0.450***	0.337**	0.492***	0.348**	0.523***	0.243*
9. Supergeneralização	0.358**	0.340**	0.507***	0.379**	0.481***	0.582***	0.263*	0.293*		0.392**	0.316**	0.378**	0.236	0.327**	0.149
10. Personalização	0.310*	0.469***	0.505***	0.376**	0.413***	0.475***	0.539***	0.450***	0.392**		0.473***	0.572***	0.450***	0.342**	0.328**
11. Afirmações tipo “deveria”	0.460***	0.540***	0.472***	0.336**	0.566***	0.475***	0.504***	0.337**	0.316**	0.473***		0.286*	0.581***	0.384**	0.471***
12. Conclusões Precipitadas	0.264*	0.439***	0.362**	0.456***	0.498***	0.488***	0.416***	0.492***	0.378**	0.572***	0.286*		0.438***	0.399***	0.319**
13. Culpar	0.382**	0.586***	0.470***	0.427***	0.469***	0.433***	0.592***	0.348**	0.236	0.450***	0.581***	0.438***		0.370**	0.431***
14. A se...?	0.526***	0.515***	0.517***	0.413***	0.358**	0.365**	0.493***	0.523***	0.327**	0.342**	0.384**	0.399***	0.370**		0.369**
15. Comparações Injustas	0.360**	0.479***	0.510***	0.273*	0.489***	0.510***	0.486***	0.243*	0.149	0.328**	0.471***	0.319**	0.431***	0.369**	

Fonte: Dados coletados no estudo maior

A fim de mensurar o grau de depressão e ansiedade dentre os participantes da amostra foram utilizados alguns questionários específicos e também foi efetuada a análise da correlação entre os escores do CD-Quest, da HDRS do BDI e do BAI através do coeficiente de correlação de Pearson, conforme resultados mostrados na Tabela 7.

Tabela 7- Relação entre os escores do CD-Quest, HDRS, BAI e BDI em função da pontuação média e desvio padrão.

Instrumentos	N	M	DP	1	2	3
1. HDRS	70	21.07	5.36			
2. BDI	70	31.31	7.43	.42** [.20, .60]		
3. BAI	69	24.46	13.67	.51** [.31, .66]	.46** [.25, .63]	
4. CD.quest	69	37.36	17.42	.34** [.11, .53]	.50** [.30, .66]	.46** [.25, .63]

Nota. M = Média e DP = Desvio Padrão.

Fonte: Dados coletados no estudo maior.

Legenda: Nota. M = Média e DP = Desvio Padrão.

HDRS: Escala de Hamilton para Depressão; BDI: Inventário Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck.

Os resultados indicam que os escores do CD-Quest estão fortemente relacionados aos escores dos Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck (BDI e BAI), respectivamente os valores da correlação são 0,50 e 0,40, corroborando assim os achados do processo de validação do CD-Quest no estudo de Seixas⁷⁵, o qual demonstra que o CD-Quest é capaz de discriminar grupos em relação a presença de sintomas depressivos e ansiosos; dados esses também corroborados pela correlação entre o CD-Quest e a Escala de Hamilton para Depressão (HDRS), com o valor de 0,34. Os valores entre colchetes representam o intervalo de confiança dos valores. Todas as correlações foram consideradas estatisticamente significantes, com $p < 0.05$.

As distorções também foram analisadas a partir da gravidade da depressão e, assim, de acordo com a Tabela 8, observou-se que 17 pessoas que tinham o diagnóstico de grave no CD-Quest, conforme Tabela 4 citada acima, também apresentaram esse resultado no BDI. Portanto, as relações entre o CD-Quest e o BDI, indicadas através da correlação puderam ser corroboradas aqui.

Tabela 8 - Contingência da severidade da depressão e das distorções cognitivas.

CD- Quest	BDI			Total
	Grave	Leve	Moderada	
Ausente	4	0	5	9
Grave	17	0	3	20
Leve	9	1	12	22
Moderada	16	0	2	18
Total	46	1	22	69

Fonte: Dados coletados no estudo maior.

A relação entre o CD-Quest e o Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ) foi feita através da correlação de Pearson e os resultados encontrados estão expostos na Tabela 9.

Tabela 9 - Relação entre os escores do CD-Quest e do ATQ Positivo e Negativo em função da pontuação média e desvio padrão.

Instrumentos	N	M	DP	ATQ. Pos	ATQ. Neg	CD-Quest
1. ATQ – Positivo	62	37.66	15.72	-		
2. ATQ – Negativo	62	61.20	27.54	0.09	-	
3. CD-Quest	69	37.36	17.42	-0.16	0.09	-

Nota. M = Média e DP = Desvio Padrão, *significativo com $p < 0.05$.
Fonte: Dados coletados no estudo maior.

Os resultados indicaram que não foi possível identificar uma relação entre os escores do CD-Quest e os do ATQ nesta amostra, pois a correlação encontrada foi fraca e não foi estatisticamente significativa. Quanto ao ATQ positivo, observou-se que este obteve uma relação inversa com os escores do CD-Quest.

5 DISCUSSÃO

Nesta seção, será abordada a discussão dos dados referentes ao estudo desenvolvido, tendo como objetivo avaliar as distorções cognitivas, através do CD-Quest, em pacientes adultos com Transtorno Depressivo Maior, na cidade de Salvador-Bahia, Brasil.

A partir da análise dos dados sociodemográficos pesquisados e articulados com as distorções cognitivas entre os pacientes deprimidos, foi constatado que a relação entre idade, sexo, etnia e estado civil não ficou evidenciada nesse estudo, já que não se pôde observar uma correlação forte o bastante para ser considerada significativa. Isto pode enfatizar a necessidade de uma investigação através de estudos direcionados a testar as diferenças entre os grupos que compõem estas categorias e a correlação com as distorções cognitivas no transtorno depressivo.

Especificamente, no que tange à variável sexo, é importante ressaltar os dados de prevalência encontrados na literatura que apontam as mulheres tendo depressão duas vezes mais que os homens.⁸⁸ Esse dado pôde ser corroborado nesse trabalho ao observar o tamanho da amostra de 85,71% do sexo feminino, e, ainda que não tenha sido observado nesse sexo uma maior predominância de distorções cognitivas, isso pode ter sido devido à grande diferença quantitativa de homens e mulheres como participantes da pesquisa. Esse dado pode apontar para a necessidade de um estudo que seja mais equitativo em termos de número de participantes do sexo feminino e masculino.

Por outro lado, as variáveis escolaridade, religião e renda demonstraram estar associadas às distorções cognitivas. Foi encontrada relação inversa de algumas distorções com as variáveis escolaridade e religião e relação direta com a variável renda. Assim, pôde observar que, quanto menor escolaridade, maior a tendência a ter distorções cognitivas, especialmente: desqualificação, abstração seletiva, leitura mental e culpa. Esse resultado é compatível com a literatura que indica a pouca escolaridade como fator de risco para depressão.³¹ Nessa perspectiva, a baixa escolaridade também pode impactar na autoestima do indivíduo, influenciando numa visão de si já negativa devido à depressão e vindo a desqualificar-se ainda mais como desprezível e incapaz, como assevera Beck acerca do paciente com depressão que percebe-se como deficiente para alcançar seus objetivos.¹⁵ A relação da baixa escolaridade com a leitura mental no paciente deprimido também pode ser compreendida com o modelo da tríade cognitiva de Beck, tornando o indivíduo mais suscetível a uma visão dos outros menos realista e com maior tendência a fazer interpretações negativas das experiências de vida.¹⁵

A religião também apresentou uma relação inversa com as distorções “desqualificação”, “raciocínio emocional” e “personalização”. A relação religião e depressão aponta evidências científicas crescentes de uma associação positiva entre envolvimento religioso e múltiplos indicadores de saúde, especialmente ao prover sistemas de significado e sentimentos de força para lidar com o estresse e a adversidade. Uma pesquisa com 850 enfermeiras de Hong Kong demonstrou que quando os entrevistados tiveram um luto, o fato de terem uma religião reduzia significativamente as pontuações de depressão em comparação com pessoas não religiosas enlutadas. Assim, a religião parece ser um moderador nos termos da fé, do luto e da depressão⁸⁹, justificando os dados encontrados de que tendo uma religião, o indivíduo fica menos vulnerável às distorções cognitivas como sintoma depressivo.

Este resultado é importante, já que a correlação pode ser um indicativo de que as variáveis estudadas (escolaridade, religião e renda) sejam preditoras,⁹⁰ entretanto, para examinar o papel de variável preditora é necessário realizar a análise de regressão, o que foge ao escopo desse trabalho.

As distorções cognitivas foram avaliadas e classificadas quanto ao seu grau de severidade conforme a sua faixa percentílica. Assim, na tabela 4 encontra-se que 33 participantes apresentaram distorções cognitivas consideradas no nível de severidade entre moderada e grave, representando 47,83% da amostra. Acrescentando a esse número, a gravidade considerada leve, o resultado passa a representar 79,72%. Esse dado corrobora os achados da literatura que colocam que as distorções estão presentes em 67% dos pacientes depressivos¹⁴, portanto, merecendo ser estudada e analisada como importante aspecto na tratamento da depressão, como também é confirmado pelo estudo de Lefebvre⁶¹ que aponta a presença das distorções cognitivas estudadas em todos os pacientes do grupo de deprimidos.

O exame das distorções cognitivas, conforme preconizado por Beck¹⁵, deve ser conduzido de forma específica, assim no que se refere à distribuição da frequência entre as distorções cognitivas no TDM nessa amostra, pode-se ilustrar na tabela 5 os dados contendo os escores médios e desvios-padrão e as percentagens dos escores entre 0 e 5. Em termos globais, os escores médios variaram de 1,52 a 3,32; o mais baixo foi o item 10 (distorção: personalização) e o mais elevado, o item 02 (distorção: previsão do futuro). Para fins de comparação e referência, o estudo de validação do instrumento realizado com 260 estudantes universitários em Salvador, obteve escores médios que variaram de 1,21 a 2,31, sendo o mais baixo, o item 10 (distorção: personalização) e o mais elevado, o item 11 (distorção: deveria).⁷⁵ Portanto, pode-se observar na população clínica estudada, o aumento nos escores, confirmando a literatura de que os processos cognitivos distorcidos são os principais sintomas

no transtorno depressivo e têm um papel mediador básico na manutenção dos sintomas emocionais, comportamentais e motivacionais no transtorno.⁵¹ Alguns estudos também concluíram que 50% dos pacientes depressivos têm altos níveis de distorção cognitiva.⁵¹

A variação da média de distribuição das distorções cognitivas nessa amostra apontou com destaque para maiores médias a ‘previsão do futuro’ (3,32), “afirmações tipo deveria” (3,01), “rotulação” (2,77) e “pensamento dicotômico” (2,67) e para menores médias a “desqualificação do positivo” (1,91) e “personalização” (1,52), conforme quadro 9, disposto em ordem decrescente.

Quadro 9 – Frequência das distorções cognitivas em ordem decrescente.

Itens	Média
1- Previsão de futuro	3,32
2- Afirmação do tipo “deveria”	3,01
3- Rotulação	2,77
4- Pensamento dicotômico	2,67
5- Leitura mental / comparações injustas	2,54
6- Comparações injustas / leitura mental	2,54
7- Raciocínio emocional	2,52
8- E se...	2,50
9- Ampliação / Minimização	2,43
10- Culpar	2,37
11- Abstração seletiva	2,23
12- Supergeneralização	2,16
13- Conclusões precipitadas	2,12
14- Desqualificação do positivo	1,91
15- Personalização	1,52

Fonte: Dados coletados no estudo maior.

As distorções que tiveram uma maior média, serão discutidas abaixo, entretanto, cabe uma ressalva para aquelas com menores médias como a “personalização” (1,52) e “desqualificação do positivo” (1,91), pois foram resultados não esperados, que, de alguma maneira, contraria os achados da literatura na população clínica de depressão. A “personalização” significa que “assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis” e

pode ser analisada a partir da ideia da automonitorização. Rehm (1982) citado por Maia⁵⁶ postula que os deprimidos têm dificuldade na capacidade de regulação do comportamento, ou seja, na observação do próprio comportamento e pensamento, chamada de automonitorização e o fazem de uma forma muito característica a atender seletivamente a acontecimentos negativos e aos resultados imediatos do seu comportamento, e conclui que uma das distorções cognitivas mais exibidas por esta população se relacionaria com a automonitorização, contrariando os dados aqui encontrados.

Outro resultado também não esperado nessa amostra, como uma das menores médias, foi a “desqualificação do positivo” posto que, no transtorno depressivo tem-se uma tendência à desvalorizar o positivo, já que predomina a visão negativa. O estudo de Rizle⁵⁷ com os estudantes deprimidos mostram que estes tendem desqualificar o seu sucesso diante de tarefas bem sucedidas, geralmente atribuindo-o à facilidade na realização da mesma.

O modelo cognitivo propõe algumas hipóteses sobre o papel da cognição na depressão, e estas serão utilizadas para discutir os achados encontrados nesse trabalho. A primeira hipótese levantada refere-se à “hipótese da negatividade”, asseverando que nesse transtorno encontra-se um aumento significativo de pensamento negativo autorreferente em relação à tríade cognitiva.^{2,12,15,51} A distorção cognitiva mais frequente nessa amostra (3,32) foi a “previsão do futuro (também denominada catastrofização)”, cuja descrição é: “Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar”, e esta confirma a hipótese ao demonstrar a visão de futuro trágica do indivíduo com depressão. A teoria racional emotiva desenvolvida por Albert Ellis, também suporta a prevalência dessa distorção, ao afirmar sobre as ideias absolutistas presentes nessa população e a ideia de previsão de um futuro e ruim e que coisas aversivas tenderão a acontecer, mediante a sensação de incompetência e incapacidade para resolvê-las Albert Ellis (1987) citado por Maia.⁵⁰

A visão negativa de si também é referendada como a terceira distorção mais prevalente (2,77), denominada “rotulação” que refere um “rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.” A rotulação está muito associada a crença nuclear negativa e disfuncional que o indivíduo tem de si mesmo e potencializada na depressão.^{12,26,48} O estudo da autodescrição, citado por Maia⁵⁶, no qual refere que os indivíduos deprimidos em interação social, comparados com indivíduos sem transtorno, descrevem a si próprios com adjetivos com conotação mais negativa, tendendo a superestimar os comportamentos negativos e subestimar os positivos, confirmam a predominância da rotulação encontrada nessa população.⁵⁵

A especificidade do conteúdo cognitivo relacionado a temas de perda⁵¹, também pode ser analisado a partir das distorções cognitivas mais frequentes encontradas nesse trabalho, pois tanto a previsão de futuro catastrófica quanto a afirmação do tipo “deveria”, implicam numa possível perda, inclusive do que poderia ter sido e, eventualmente, não foi.

Uma segunda hipótese do modelo cognitivo refere-se à hipótese da primazia, onde o processamento cognitivo distorcido poderia influenciar a mudança na resposta emocional e comportamental do indivíduo, ratificando a importância de se tratar os sintomas cognitivos negativos na depressão.⁵¹ Isso pode ser observado nesse trabalho a partir da análise da correlação das distorções cognitivas demonstrada na tabela 04, na qual quase todas as distorções têm correlações entre si, o que enfatiza de fato a real necessidade, como postula a literatura, de se tratar os aspectos cognitivos negativos e geralmente distorcidos que se apresentam na depressão.

A terceira hipótese trata da especificidade do conteúdo cognitivo, apontando para as cognições específicas de perda pessoal e fracasso associadas à depressão, inclusive mais fortemente do que as cognições de ameaça e perigo na ansiedade, conforme estudo comparativo com grupos diagnósticos diferentes com depressão maior e transtorno de pânico baseado em medidas de cognições negativas.^{2,51} Estudo realizado por Clark, Steer, Beck e Snow(1996) citado por Clark e Steer⁵¹, com pacientes psiquiátricos e controles normais, investigou a relação entre, de um lado, as cognições de perda e ameaça e, de outro, os sintomas de ansiedade e depressão e constatou uma forte relação entre as medidas de cognição e sintomas e a especificidade do conteúdo cognitivo, variando de acordo com o nível de gravidade do sintoma.

No que tange à análise da relação das distorções cognitivas entre si, estas demonstraram um padrão de relação, sendo a maioria das correlações significativas, com exceção dos valores marcados em amarelo (“supergeneralização” com “culpar” e “comparações injustas”), conforme tabela 6. Estes resultados podem ser explicados pela própria estrutura unifatorial do construto das distorções cognitivas, como referenciado por Seixas, que descreveu no trabalho de validação do questionário que as correlações item-total foram todas superiores a 0,3.⁷⁵

Ainda corroborando a ideia da especificidade, nesse estudo pôde-se também observar uma forte correlação entre as distorções cognitivas no CD-Quest e os sintomas de depressão e ansiedade medidos pelo HDRS, BDI e BAI. As correlações do CD-Quest com o HDRS, BDI e BAI, conforme tabela 7, foram estatisticamente significantes com o $r=0,34$; $0,50$; $0,46$, respectivamente. Este achado é corroborado por Clark²⁶, ao pontuar que o

aumento da frequência e intensidade das distorções cognitivas implica no aumento da intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão.

Esses dados também puderam ser confirmados a partir da análise do resultado do CD-Quest e o grau de severidade encontrado no BDI na Tabela 8, ficando demonstrado que resultados mais elevados no CD-Quest apresentaram nível de maior gravidade no BDI. A teoria de Beck de que os pacientes deprimidos e ansiosos possuem maior possibilidade de apresentarem pensamentos automáticos distorcidos, por possuírem crenças disfuncionais sobre si mesmos, o mundo e o futuro, também traz elementos para compreender a tendência do CD-Quest em se correlacionar com o BDI e o BAI.³⁹

O CD-Quest foi relacionado com o ATQ, conforme Tabela 9, e, contrariamente ao observado em outros estudos que analisam essa correlação,²¹⁻²³ nessa amostra não foi encontrado uma relação estatisticamente significativa entre o CD-Quest e o ATQ negativo. Ao mesmo tempo, também vale destacar, que o ATQ parece não ser a principal correlação dentre as medidas geralmente utilizadas. Isto pode ser observado no estudo realizado por Batmaz²³ na Turquia que faz uma correlação do CD-Quest com outras 9 medidas, e embora demonstrem uma relação significativa, o ATQ fica como a quinta medida de correlação, após as medidas específicas de correlação de depressão e ansiedade e outras que também avaliavam especificamente as distorções cognitivas.

Quanto ao ATQ positivo, foi encontrada uma relação inversa entre os escores do CD-Quest e este, o que é esperado, pois a maior presença de pensamentos distorcidos é contrária a possibilidade de ter pensamentos mais funcionais ou positivos. Isto acentua a importância da psicoeducação acerca das consequências advindas dos pensamentos automáticos e distorcidos e reforça a necessidade do desenvolvimento da competência da metacognição para ampliar a percepção dos pensamentos e entendê-los como eventos mentais e não como expressão da realidade, sendo passível de serem modificados.^{77,79}

Limitações do estudo:

- A amostra utilizada foi pequena, não podendo daí caracterizar o presente trabalho, como um estudo de validação do questionário para população clínica;
- Os dados sociodemográficos não foram analisados estatisticamente como variáveis preditivas, por não ter sido objeto desse estudo;
- As distorções cognitivas não foram analisadas estatisticamente como tendo um papel mediador básico na manutenção dos sintomas emocionais, comportamentais e motivacionais no transtorno.

6 CONCLUSÃO

A depressão é uma doença com alta prevalência. A cognição, o comportamento e a bioquímica são componentes fundamentais a serem incluídos para compreender o transtorno depressivo.

Um dos principais avanços para o seu tratamento se deu com a terapia cognitiva que intervém nos aspectos cognitivo, afetivo e comportamental e tem investido em pesquisas que comprovam a sua eficácia e no desenvolvimento de instrumentos, técnicas e protocolos que permitem acessar os níveis cognitivos envolvidos na doença.

A cognição de viés negativo é central na depressão e se expressa como distorções cognitivas. Estas têm uma alta frequência nos quadros depressivos, e é importante o uso de uma ferramenta específica para avaliá-las a fim de contribuir com o tratamento, especialmente, no processo de psicoeducação sobre a sintomatologia o que irá também, dentre outros aspectos, colaborar com a reestruturação dos erros cognitivos presentes na depressão.

Compreender que as distorções cognitivas fazem parte dos sintomas do transtorno depressivo permite ao indivíduo lidar melhor com o seu sintoma, pois assim, ele consegue entender que se trata de um sintoma como uma manifestação da doença e não se trata de algo exclusivamente pessoal. Por isso, também é importante o mapeamento das principais distorções cognitivas em cada transtorno específico.

Alguns questionários são disponibilizados para fins de avaliação das distorções, dentre eles o CD-QUEST que foi o objeto desse trabalho. É um instrumento composto por 15 questões que permeiam as principais distorções cognitivas, com os seus respectivos conceitos e exemplos que facilitam a compreensão.

Nesse trabalho, visando responder aos objetivos destacados, algumas correlações foram realizadas a partir do CD-QUEST. A análise da distorção específica com os dados sociodemográficos demonstrou algumas relações inversas como: a distorção cognitiva “desqualificação” e escolaridade e religião; a distorção “raciocínio emocional” e a religião; e as distorções “culpar, leitura mental e abstração seletiva” e escolaridade; e a “personalização” e a religião.

Como verificado, esse instrumento ofereceu bons resultados quando utilizado na amostra clínica aqui descrita, na medida em que obteve uma boa correlação com os escores dos Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck (BDI e BAI) e a Escala de Hamilton para Depressão (HDRS), mostrando-se capaz de discriminar grupos quanto a presença de sintomas

depressivos e ansiosos. Observou-se também que o ATQ positivo tem uma relação inversa com os escores do CD-Quest.

Foi encontrado que 79,72% dos participantes apresentaram distorções cognitivas, corroborando a grande frequência do viés cognitivo distorcido como central na depressão. E como se pôde notar, a maior parte das distorções estão relacionadas entre si.

Faz-se necessárias novas pesquisas incluindo uma amostra maior a fim de confirmar os achados no trabalho atual, bem como outras pesquisas com o uso do CD-Quest em populações clínicas distintas.

Por fim, considerando a expressividade do transtorno depressivo como doença na contemporaneidade e seus efeitos e causas sociais individuais e coletivas e, tendo em vista a predominância das distorções cognitivas na depressão, esse tema merece atenção irrestrita por parte dos profissionais atuantes na área de saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Padesky CA, Aaron T, Beck. A mente, o homem e o mentor. In: Leahy R. Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Beck AT. Depression causes and treatment. 9 ed. Philadelphia: Unniversity of Pennsylvania Press, 1982.
3. Tsuang MT, Taylor L, Faraone SV. An overview of the genetics of psychotic mood disorders. J Psychiatr Res. 2004; 38:3-15. Doi.org/10.1016/S0022-3956(03)00096-7.
4. Razzouk D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? Epidemiol. Serv. Saúde. 2016 out- dez; (25)4.
5. Mari JJ, Jorge MR; Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, editores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 119-41.
6. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Texto Revisado (DSM-5-TR). Porto Alegre: Artmed; 2014.
7. GBD. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 2015; 388:10053.
8. Scher CD, Segal ZV, Ingram RE. A teoria da depressão de Beck: origem, status empírico e direcionamentos futuros para a vulnerabilidade cognitiva. In: Leahy R. Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Alexandre Henriques A, Borgens VR et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saúde Pública. 2002; (36)4: 431-8.
10. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
11. Medeiros HLV, Sougey, EB. Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. J. Bras. Psiquiatr. 2010; 59(1).
12. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
13. Powell VB, Abreu N, Oliveira IR, Sudak D. Terapia cognitivo comportamental da depressão. Rev. Bras. Psiquiatr. 2008 Oct; 30(Supll 2).

14. Kaplan HI. Transtornos do humor. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, editores. *Compêndio de psiquiatria*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 493-528.
15. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin Books; 1989.
16. Hollon SD, De Rubeis RJ. A efetividade do tratamento da depressão. In: Leahy R. *Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
17. Beck AT. The current state of cognitive therapy, a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(9): 953-9.
18. De Oliveira IR1, Powell VB, Wenzel A, Caldas M, Seixas C, Almeida C, et al. Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *J Clin Pharm Ther*. 2011 Jun; 37(3):328-34. Doi: 10.1111/j.1365-2710.2011.01299.
19. De Oliveira IR, Hemanny C, Powell W, Bonfim, TD, Duran EP, Novais N, et al. Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectrums*. 2012;1: 16-23.
20. De Oliveira IR, Seixas CM de, Osório FL, Crippa JA, De Abreu JN, Menezes IG, et al. Evaluation of the Psychometric Properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) in a sample of undergraduate students. *Innov Clin Neurosci*. 2015.
21. Morrison AS, Potter CM, Carper MMC, Kinner DG, Jensen D, Bruce L, et al. The cognitive distortions questionnaire (CD-Quest): psychometric properties and exploratory factor analysis. *Int. J. Cog. Ther*. 2015 Dec; 8(4): 287-305.
22. Kostoglou SL, Pidgeon AM. The cognitive distortions questionnaire: psychometric validation for an Australian population. *Aust. J. Psychol*. 2015. Doi.org/10.1111/ajpy.12101.
23. Batmaz S, Kocbiyik S, Yuncu AO. Turkish version of the cognitive distortions questionnaire: psychometric properties. hindawi publishing corporation. *Depression Res. Treatment*. 2015; 2015. Doi.org/10.1155/2015/694853.
24. Kaplan SC, Morrison AS, Goldin PR, Olin TM, Heimberg RG, Gross JJ. The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): validation in a sample of adults with social anxiety disorder. *Cogn Ther Res*. 2017;41:576-87. Doi: 10.1007/s10608-017-9838-9.
25. Andreatta I, Oliveira MSM. *Manual Prático de terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
26. Clark DA, Beck AT, Alford HA. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley; 1999.

27. Strohmeier CW, Rosenfield B, Di Tomasso RA, Ramsay JR. Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression and hopelessness. *Psychiatry Res.* 2016.
28. Weissenburger JE, Rush AJ. Biologia e cognições na depressão: a mente sabe o que o cérebro está fazendo? In: Salkovskis PM. *Fronteiras da terapia cognitiva.* 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
29. Correia DT, Sougey EB. Transtornos do Humos. In: Cantilino A, Monteiro DC Orgs. *Psiquatria clínica: um guia para médicos e profissionais de saúde mental.* Rio de Janeiro: MedBook; 2017.
30. World Health Organization (WHO). *Depression and other common mental disorders. Global health estimates.* Geneva: WHO; 2017.
31. Veras AB, Arabella R, Valença AM, Nardi AE. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Rev Psiquiatr.* 2006; 28 (2):130-4.
32. Bahls SC. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *InterAÇÃO.* 1999 jan-dez; 3:49-60.
33. Bastos TCNM. *A neurobiologia da depressão.* [tese]. Universidade do Minho: Porto; 2011.
34. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry.* 2008; 165:969-77
35. Miranda-Scippa AMA, Petersen K, Morais M, Lima C, Serpa G, Araujo G, et al. Tratamento da depressão maior. In: Sena EP, Miranda-Scippa AMA, Quarantini LC, Oliveira IR. *Psicofarmacologia clínica.* 3. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2011.
36. Preskorn S, Macaluso M, Mehra V, Zammit G, Moskal JR, Burch RM. Randomized proof of concept trial of GLYX-13, an N-Methyl-D-Aspartate receptor glycine site partial agonist, in major depressive disorder nonresponsive to a previous antidepressant agent. *J Psychiatr Practice.* 2015 Mar; 21(2):140-49. Doi: 10.1097/01.pra.0000462606.17725.93.
37. NIMH US. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office; 2015. (NIH Publication N. 15-3561).
38. Knapp P, Beck, A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(Supl 2): 55-64.
39. Beck AT. Thinking and depression II: theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1964; 10:561-71 .
40. Falcone E. *Psicoterapia Cognitiva.* In: Rangé B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed; 2001.

41. Wright J, Basso M, Thase M. Aprendendo a terapia cognitivo comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed; 2008.
42. Dobson KS, Dozois DJ. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS, editor. Handbook of cognitive-behavioral therapies. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2010.
43. Hirata HP, Rangé B. Terapia Metacognitiva. In: Melo WV. Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014.
44. Bahls SC, Navolar ABB. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. Psico UTP online. 2004; 4.
45. Beck AT, Alford BT. O poder integrador da terapia cognitiva. Porto Alegre: Artmed; 2000.
46. Knapp P, Rocha DB. Conceitualização cognitiva. Modelo de Beck. In: Caminha RM, Wainer R, Oliveira M, Piccoloto NM, Orgs. Psicoterapias cognitivo comportamentais: teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
47. Neufeld CB, Cavenage CC. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Rev Bras Ter Cogn. 2010; 6(2).
48. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 2013.
49. Beck AT. Além da crença: uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. In: Salkovskis PM. Fronteiras da terapia cognitiva. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
50. Maia AC. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. Psiquiatria e praxis psiquiátrica. 1999; (2)6: 19-28.
51. Clark DA, Steer RA. Status empírico do modelo cognitivo de ansiedade e de depressão. In: Salkovskis PM. Fronteiras da terapia cognitiva. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
52. Young JE. Terapia Cognitiva para transtornos da personalidade. Porto Alegre: Artmed; 1999.
53. Rnic K, Dozois DJ, Martin RA. Cognitive distortions, humor styles, and depression. Eur J Psychol. 2016 Aug 19; 12(3):348-62.
54. Young JE, Rygh JL, Weinderger AD, Beck AT. Terapia cognitiva para depressão. In: Barlow D. Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

55. Knijnik DZ, Kunzler LS. Psicoeducação e reestruturação cognitiva. In: Melo WV, Org. Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014.
56. Maia AC. Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão. BUM [tese]. Universidade do Minho: Portugal; 1998.
57. Rizley, R. Depression and the distortion in the attribution of causality. *J. Abnormal Psychology*. 1978; 87:32-48.
58. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012 Oct 1; 36(5): 427-40. Doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
59. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Schatzberg AF, et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with clinic forms of major depression and childhood trauma. *Proceeding of The Nacional Academy of Scienses of the USA*. 2003 Nov; 100(24):14293-6. Doi: 10.1073/pnas.2336126100.
60. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJH. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*. 2016 Oct; 15(3):245-258. Doi: 10.1002/wps.20346.
61. Lefebvre M. Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *J Consult Clin Psychol*. 1981; 49:517-25.
62. Jager-Hyman S, Cunningham A, Wenzel A, Mattei S, Brown GK, Beck AT. Cognitive distortions and suicide attempts. *Cognit Ther Res*. 2014 Aug 1; 38(4):369-74.
63. Caouette JD, Guyer AE. Cognitive distortions mediate depression and affective response to social acceptance and rejection. *J Affect Disord*. 2016 Jan 15; 190:792-9.
64. Poletti S, Colombo C, Benedetti F. Adverse childhood experiences worsen cognitive distortion during adult bipolar depression. *Compr Psychiatry*. 2014 Nov;55(8):1803-8
65. Daniels JK, Hegadoren K, Coupland NJ, Rowe BH, Neufeld RW, Lanius RA. Cognitive distortions in an acutely traumatized sample: an investigation of predictive power and neural correlates. *Psychol Med*. 2011 Oct; 41(10):2149-57. Doi: 10.1017/S0033291711000237.
66. Chung MC, Jalal S, Khan NU. Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity following the 2010 flood in pakistan: exposure characteristics, cognitive distortions, and emotional suppression. *Psychiatry. Interpersonal and Biological Processes*. 2014; (77)3:289-304.

67. Coelho JS, Baeyens C, Purdon C, Pitet A, Bouvard M. Cognitive distortions and eating pathology: specificity of thought-shape fusion. *Behav Res Ther.* 2012 Aug; 50(7-8): 449-56.
68. Wyssen A, Bryjova J, Meyer AH, Munsch S. A model of disturbed eating behavior in men: The role of body dissatisfaction, emotion dysregulation and cognitive distortions. *Psychiatry Res.* 2016 Dec 30; 246:9-15.
69. Romo L, Legauffre C, Guilleux A, Valleur M, Magalon D, Fatséas M et al. Cognitive distortions and ADHD in pathological gambling: a national longitudinal case-control cohort study. *J Behav Addict.* 2016 Dec; 5(4):649-57.
70. Barrault S, Varescon I. Cognitive distortions, anxiety, and depression among regular and pathological gambling online poker players. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2013 Mar; 16(3):183-8
71. Subramaniam M, Chong SA, Browning C, Thomas S. Cognitive distortions among older adult gamblers in an Asian context. *PLoS One.* 2017 May 18;12(5).
72. Hazama K, Katsuta S. Cognitive distortions among sexual offenders against women in Japan. *J Interpers Violence.* 2016 Sept 15.
73. Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre PJ. Rape-related cognitive distortions: Preliminary findings on the role of early maladaptive schemas. *Int J Law Psychiatry.* 2015 Jul-Aug; 41:26-30.
74. Oostermeijer S, Smeets KC, Jansen LMC, Jambroes T, Rommelse NNJ, Scheepers FE, et al. The role of self-serving cognitive distortions in reactive and proactive aggression. *Crim Behav Ment Health.* 2017 May 24.
75. Seixas CM de. Avaliação psicométrica do questionário de distorções cognitivas (CD-Quest). [tese] Universidade Federal da Bahia: Instituto de Ciências da Saúde; 2014.
76. Muran EM, Motta RW. Cognitive distortions and irrational beliefs in post-traumatic stress, anxiety, and depressive disorders. *J. Clin Psychol.* 1993; (49)2: 166-76.
77. De Oliveira IR. *Terapia cognitiva processual: manual para clínicos.* Porto Alegre: Artes Médicas; 2016.
78. Melo WV, De Oliveira IR, Fava DC, Bakos DS. Automonitoramento e resolução de problemas. In: Melo WV, Org. *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva.* Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014.
79. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Wwilliams S. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol.* 2002; 70:275-87.

80. Luz FQ da, Sainsbury A, Hay P, Roekenes JÁ, Swinbourne J, Silva DC et al. Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: relationships with mental health status. *Behav. Sci.* 2017; 7(10).
Doi:10.3390/bs7010010.
81. De Oliveira IR, Landeiro F. Terapia cognitiva processual. In: Melo WV. Org. Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014.
82. Gallucci Neto J, Campos Júnior MS, Hubner CVK. Escala de depressão de Hamilton (Ham-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2001; 3(1):10-14.
83. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 171.
84. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2012; 34(4):389-94.
85. Beck AT. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult Clinical Psychology.* 1988; 56:893-7.
86. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognit Ther Res.* 1980; (4)4: 383-95.
87. Field A, Miles J, Fields Z. *Discovering Statistics Using R.* Sussex: Sage Publications; 2012.
88. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* 1996; 276:293-9.
89. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. The associations between religion, bereavement and depression among Hong Kong nurses. *BMC Res Notes.* 2017; 10:242. Doi: 10.1186/s13104-017-2588-7.
90. Evans JD. *Straightforward statistics for the behavioral sciences.* California: Ed. Brooks/Cole; 1996.

APÊNDICE**APÊNDICE A****QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Data Nascimento:

Idade:

Sexo:

Naturalidade:

Grau de Escolaridade:

Ocupação:

Com quem reside:

Estado Civil:

Etnia:

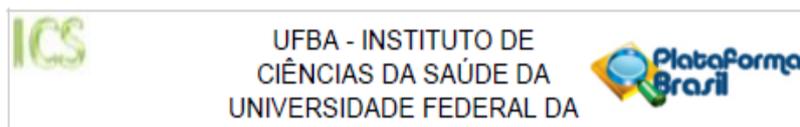
Religião:

História Médica / Doenças:

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS DISTORÇÕES COGNITIVAS EM PACIENTES DEPRIMIDOS COM O USO DO CD-QUEST.

Pesquisador: Ana Cristina Batista Botelho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61551716.5.0000.5682

Instituição Proponente: PÓS Instituto de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

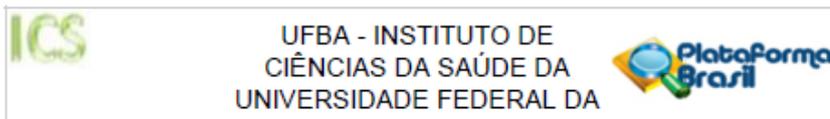
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.939.554

Apresentação do Projeto:

Esta é uma pesquisa descritiva do tipo transversal acerca das distorções cognitivas em 96 pacientes deprimidos com idade entre 18 a 80 anos que apresentam sintomas de transtorno depressivo. Será feita análise dos dados do banco da pesquisa "Eficácia da Terapia Cognitiva Processual e da Ativação Comportamental no tratamento da depressão: Ensaio clínico randomizado"; portanto, a presente pesquisa não fará coleta de dados. A pesquisa principal foi um ensaio clínico randomizado, submetido e aprovado pelo CEP/ICS/UFBA, com parecer de aprovação nº 1.104.309, data de aprovação 12/08/2015, CAAE 44714115.3.0000.5031. No momento da aprovação da pesquisa principal foi elaborado e enviado ao CEP uma emenda ao protocolo do estudo, informando que a partir dos dados já coletados durante a execução deste projeto, seria elaborado o atual trabalho de Dissertação de Mestrado, cujo objeto de estudo seria o de investigar as principais distorções cognitivas em pacientes deprimidos. Foi enviado também uma declaração do investigador da pesquisa principal autorizando a realização da presente pesquisa. A autora descreve o transtorno depressivo (TDM) como doença grave e incapacitante, descrita desde a Antiguidade e que acomete o indivíduo geralmente entre a terceira e a quarta década de vida, cursando com prejuízos sociais e financeiros, além de promover aumento da morbimortalidade e danos físicos. Trata-se de um dos transtornos mentais mais prevalentes e no Brasil a estimativa de

Endereço: Miguel Calmon
 Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-8951 E-mail: cep.ics@outlook.com



Continuação do Parecer: 1.939.554

prevalência é superior a 10% da população ao longo da vida, sendo as mulheres acometidas duas vezes mais ao ser comparadas aos homens. Apresenta sintomas como tristeza, desânimo, angústia, falta de vontade, choro com facilidade e anedonia, além de alteração no apetite, peso, sono, diminuição da libido, agitação ou retardo psicomotor, além de sintomas cognitivos. Alguns estudos tem mostrado que os sujeitos deprimidos apresentam pensamentos muito negativos, chamado então de "pensamentos disfuncionais", "erros de julgamento", "distorções cognitivas", "pensamentos deliróides", "distorções do julgamento", dentre outras. Esta forma de pensar foi denominada "distorções cognitivas", referindo às alterações não delirantes da interpretação e atribuição de significados às vivências e aos fenômenos da existência. Trata-se de uma alteração no processamento de informações, que é o ato de atribuir significado a algo, evidenciado por uma distorção cognitiva na percepção que o indivíduo faz de si mesmo, suas experiências e seu futuro. Para Albert Ellis e Aaron Beck a depressão resulta de hábitos de pensamentos fortemente solidificados, já que os pacientes depressivos acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente são. Há relatos de que as distorções cognitivas estão presentes em 87% dos pacientes deprimidos circulando entre ideias de culpa, pensamentos de autodepreciação, desesperança (pessimismo), ideias de fracasso, pensamentos de autocompaixão, ideias suicidas, hipocondria, pensamentos e desejo de morte, entre outros. Desta forma, a Terapia Cognitiva possibilita ao sujeito possa identificar os pensamentos que se manifestam com alta intensidade disfuncional e que impactam diretamente na ativação dos sistemas psicológicos. Como uma derivação da Terapia Cognitiva de Beck, foi desenvolvida nas últimas décadas, uma nova abordagem de psicoterapia denominada Terapia Cognitiva Processual (TCP) com resultados eficazes no tratamento dos transtornos de ansiedade e depressão. A sua conceitualização cognitiva objetiva a reestruturação cognitiva das crenças nucleares negativas e para isso lança mão de algumas ferramentas específicas dentre as quais o CD-Quest, Questionário de Distorções Cognitivas, objeto deste estudo, como um instrumento que permite diagnosticar as distorções cognitivas presentes no transtorno depressivo.

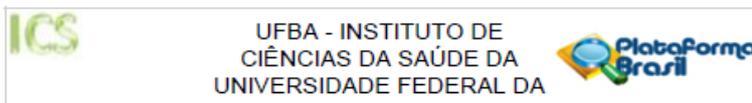
Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

- Avaliar as distorções cognitivas, em suas dimensões frequência e intensidade, no Transtorno Depressivo Maior, através do CD-Quest.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Endereço: Miguel Calmon	CEP: 40.110-902
Bairro: Vale do Canela	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8951	E-mail: cep.ics@outlook.com



Continuação do Parecer: 1.939.554

- Avaliar as diferenças das distorções cognitivas, em suas dimensões frequência e intensidade, e sua relação com o gênero masculino e feminino, entre pacientes com Transtorno Depressivo Maior.

- Avaliar as diferenças das distorções cognitivas, em suas dimensões frequência e intensidade, e sua relação com a idade, entre pacientes com Transtorno Depressivo Maior.

- Avaliar as diferenças das distorções cognitivas, em suas dimensões frequência e intensidade, e o nível de escolaridade entre pacientes com Transtorno Depressivo Maior.

- Avaliar as diferenças das distorções cognitivas, em suas dimensões frequência e intensidade, e sua relação com a classe social, entre pacientes com Transtorno Depressivo Maior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos serão mínimos. Uma possibilidade de risco poderá envolver a perda do controle adequado do sigilo da informação, entretanto, o pesquisador adotará as medidas necessárias para que isso não ocorra. Os dados da pesquisa serão inseridos em uma planilha que proporciona garantia de segurança através de senhas de acesso, e através de códigos sem que se tenha a informação do nome do participante da pesquisa a fim de preservar e garantir o sigilo.

Benefícios:

O uso de uma ferramenta diagnóstica para auxiliar na avaliação das distorções cognitivas colabora, sobremaneira, com o processo de automonitoramento e psicoeducação do participante da pesquisa, etapas essas fundamentais no tratamento dos transtornos dentro da abordagem da terapia cognitiva para a produção da dissonância cognitiva que irá levar o participante da pesquisa ao confronto das suas falhas de cognição e, conseqüentemente, gerar a possibilidade da modificação do comportamento e o desenvolvimento da consciência metacognitiva.

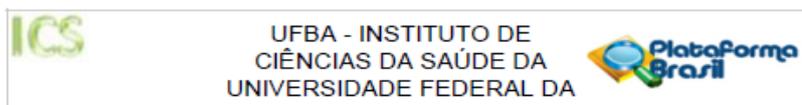
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de RESPOSTA ao parecer CEP ICS nº 1.892.406.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão adequados e foram apresentados devidamente, a saber:

Endereço: Miguel Calmon	CEP: 40.110-902
Bairro: Vale do Canela	
UF: BA Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3283-8951	E-mail: cep.ics@outlook.com



Continuação do Parecer: 1.939.554

Carta de anuência;
 Termo de compromisso para uso dos dados do prontuário;
 Termo de responsabilidade e compromisso;
 BDI;
 CD QUEST;
 Folha de Rosto;
 Equipe Detalhada;
 Dispensa do TCLE;
 Declaração do Orientador;
 Declaração de confidencialidade do sujeito.

Recomendações:
 Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador principal atendeu a todas as pendências listadas em parecer anterior do CEP ICS, e desta forma, somos favoráveis à aprovação do protocolo de pesquisa por não observarmos óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (CEP ICS), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 468 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP ICS de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 23/08/2017, e ao término do estudo. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 468/12 em substituição à Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d). O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um

Endereço: Miguel Calmon	CEP: 40.110-902
Bairro: Vale do Canela	
UF: BA Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3283-8951	E-mail: cep.ics@outlook.com



Continuação do Parecer: 1.939.554

dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_785333.pdf	26/01/2017 11:25:38		Aceito
Outros	respostaparecerpendencia.pdf	26/01/2017 11:24:56	Ana Cristina Batista Botelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetopesquisamestradoCDquestdepressaocomalteracaodestacada.docx	26/01/2017 11:23:32	Ana Cristina Batista Botelho	Aceito
Outros	termodecompromissoparautilizaodaededa dosdoprontuario.pdf	10/10/2016 15:24:18	Ana Cristina Batista Botelho	Aceito
Outros	termoderesponsabilidadeecompromisso doinvestigadoreresponsavel.pdf	10/10/2016 15:23:32	Ana Cristina Batista Botelho	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	10/10/2016 15:17:56	Ana Cristina Batista Botelho	Aceito
Outros	inventariodepressaobeck.docx	06/09/2016 07:51:24	Ana Cristina Batista Botelho	Aceito
Outros	questionariodedistorcoescognitivas.docx	06/09/2016 07:50:59	Ana Cristina Batista Botelho	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/09/2016 07:44:31	Ana Cristina Batista Botelho	Aceito
Outros	equipedetalhada.pdf	31/08/2016 10:59:03	Ana Cristina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensadetcle.pdf	31/08/2016 10:58:29	Ana Cristina	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoorientador.pdf	31/08/2016 10:57:53	Ana Cristina	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeconfidencialidade.pdf	31/08/2016 10:57:34	Ana Cristina	Aceito

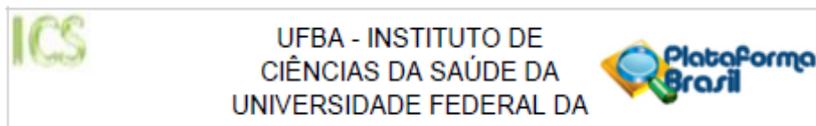
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Miguel Camon
Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8951 E-mail: cep.ics@outlook.com



Continuação do Parecer: 1.939.554

SALVADOR, 23 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
ANA PAULA CORONA
(Coordenador)

Endereço: Miguel Calmon
Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8951 E-mail: cep.ics@outlook.com

ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS – CD-QUEST

Irismar Reis de Oliveira

Todos nós temos milhares de pensamentos durante o dia. Esses pensamentos são palavras, frases e imagens que passam por nossas cabeças à medida que fazemos as coisas. Muitos desses pensamentos são corretos, porém, muitos estão distorcidos. Por isto eles são chamados de erros cognitivos ou distorções cognitivas.

Por exemplo, Paulo é um jornalista competente cujo trabalho de umas 10 páginas foi revisado por João, o editor de um importante jornal local. João fez correções em um parágrafo e deu algumas sugestões de menor importância. Embora João tenha aprovado o texto de Paulo, este ficou ansioso e pensou: “Este trabalho está muito ruim. Se estivesse bom, João não teria corrigido nada.”

Para Paulo, ou o trabalho está bom, ou está ruim. Este tipo de erro de pensamento costuma ser chamado de pensamento dicotômico. Como o pensamento retornou à mente de Paulo várias vezes de sexta a domingo (3 dias), e Paulo acreditou nele pelo menos 75%, ele fez um círculo em torno do número 4 na quarta coluna da grade abaixo.

1. Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado): Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “uma coisa ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.

EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

2. Previsão do futuro (também denominada catastrofização): Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.

EXEMPLOS: “Vou fracassar e isso será insuportável.” “Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame.”

Intensidade: Acreditei...	Não o (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

3. Desqualificação dos aspectos positivos: Desqualifico e desconto as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam.”

EXEMPLOS: “Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte.” “Entrar para a faculdade não foi grande coisa, qualquer um consegue.”

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

4. Raciocínio emocional: Acredito que minhas emoções refletem a realidade e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.

EXEMPLOS: “Sinto que ela me ama, então deve ser verdade.” “Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso.” “Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele.”

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

5. Rotulação: Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.

EXEMPLOS: “Sou um fracassado.” “Ele é uma pessoa estragada.” “Ela é uma completa imbecil.”

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

6. Ampliação/minimização: Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.

EXEMPLOS: “Conseguí um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim.” “Conseguí um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil.”

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

7. Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel): Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.

EXEMPLOS: “Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido” (não considerando o retorno positivo de Miguel. “Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada” (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas).

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4

Muito (Mais de 70%)		3	4	5
---------------------	--	---	---	---

8. Leitura mental: Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.

EXEMPLOS: “Ele está pensando que eu falhei”. “Ela pensou que eu não conhecia o projeto.” “Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito.”

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

9. Supergeneralização: Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”, “inteiro”, etc.

EXEMPLOS: “Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana.” “Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras”. “Minha dor de cabeça nunca vai parar”.

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

10. Personalização: Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.

EXEMPLOS: “Senti-me desrespeitado porque a moça do caixa não me agradeceu” (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). “Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa” (deixando de considerar que ela foi sua quarta esposa).

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)

		semana)	durante esta semana)	semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

11. Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”): Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.

EXEMPLOS: “Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

12. Conclusões precipitadas (também conhecidas como inferências arbitrárias): Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou de poucas evidências que possam confirmá-las.

EXEMPLOS: “Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente.”

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

13. Culpar (outros ou a si mesmo): Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, responsabilizo-

me pelos comportamentos e atitudes de outros.

EXEMPLOS: ‘Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.’ ‘É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada.’

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

14. **E se...?:** Fico me fazendo perguntas do tipo “e se acontecer alguma coisa?”

EXEMPLOS: “E se meu caro bater?” “E se eu tiver um enfarte?” “E se meu marido me deixar?”

Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

15. **Comparações injustas:** Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.

EXEMPLOS: “Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu.”

“Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu.”

Intensidade: Acreditei...	No (não ocorreu).	Ocasional (1-2 dias durante esta semana).	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana).
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até a 30%)		1	2	3
Médio (31% a 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

ANEXO C

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HDRS)

1	HUMOR DEPRIMIDO 0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser perguntado 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3. Comunica os sentimentos com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente	SCORES
2	SENTIMENTOS DE CULPA 0. Ausentes 1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros 2. Ideias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações 3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras	
3	SUICÍDIO 0. Ausente 1. Sente que a vida não vale a pena 2. Desejaria estar morto; pensa na possibilidade de sua morte 3. Ideias ou gestos suicidas 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria)	
4	INSÔNIA INICIAL 0. Sem dificuldade 1. Tem alguma dificuldade ocasional, isto é, mais de meia hora 2. Queixa de dificuldade para conciliar todas as noites	
5	INSÔNIA INTERMEDIÁRIA 0. Sem dificuldade 1. Queixa-se de inquietude e perturbação durante a noite 2. Acorda à noite; qualquer saída da cama (exceto para urinar)	

6	<p>INSÔNIA TARDIA</p> <p>0. Sem dificuldade</p> <p>1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir</p> <p>2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama</p>	
7	<p>TRABALHOS E ATIVIDADES</p> <p>0. Sem dificuldade</p> <p>1. Pensamento/sentimento de incapacidade, fadiga, fraqueza relacionada às atividades; trabalho ou passatempos</p> <p>2. Perda de interesse por atividades (passatempos, trabalho) – quer diretamente relatada pelo paciente, ou indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividades).</p> <p>3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente passa menos de 3h em atividades externas (passatempos ou trabalho hospitalar)</p> <p>4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem auxílio</p>	
8	<p>RETARDO</p> <p>0. Pensamento e fala normais</p> <p>1. Leve retardo durante a entrevista</p> <p>2. Retardo óbvio à entrevista</p> <p>3. Estupor complete</p>	
9	<p>AGITAÇÃO</p> <p>0. Nenhuma</p> <p>1. Brinca com as mãos ou com os cabelos, etc</p> <p>2. Troce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios</p>	
10	<p>ANSIEDADE PSÍQUICA</p> <p>0. Sem ansiedade</p> <p>1. Tensão e irritabilidade subjetivas</p>	

	<p>2. Preocupação com trivialidades</p> <p>3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala</p> <p>4. Medos expressos sem serem inquiridos</p>	
11	<p>ANSIEDADE SOMÁTICA (sintomas fisiológicos de ansiedade: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações; palpitações, cefaléia, hiperventilação, suspiros, sudorese, frequência urinária)</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Leve</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p>	
12	<p>SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS</p> <p>0. Nenhum</p> <p>1. Perda do apetite, mas alimenta-se voluntariamente; sensações de peso no abdomen</p> <p>2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos</p>	
13	<p>SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL</p> <p>0. Nenhum</p> <p>1. Peso nos membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgia. Perda de energia e cansaço</p> <p>2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2</p>	
14	<p>SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, sintomas menstruais)</p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Leves distúrbios menstruais</p> <p>2. Intensos</p>	
15	<p>HIPOCONDRIA</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)</p> <p>2. Preocupação com a saúde</p> <p>3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc</p>	

	4. Ideias delirantes hipocondríacas	
16	<p>PERDA DE PESO (Marcar A ou B; A – pela história; B – pela avaliação semanal do psiquiatra responsável)</p> <p>A.</p> <p>0. Sem perda de peso</p> <p>1. Provável perda de peso da doença atual</p> <p>2. Perda de peso definida</p> <p>B.</p> <p>0. Menos de 0,5kg de perda por semana</p> <p>1. Mais de 0,5kg de perda por semana</p> <p>2. Mais de 1kg de perda por semana</p>	
17	<p>CONSCIÊNCIA DA DOENÇA</p> <p>0. Reconhece que está deprimido e doente</p> <p>1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, necessidade de repouso</p> <p>2. Nega estar doente</p>	
18	<p>VARIAÇÃO DIURNA (se há variação dos sintomas pela manhã ou à noite; caso não haja variação, marcar 0)</p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Leve</p> <p>2. Grave</p>	
19	<p>DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO (Ideias nihilistas, sensações de irrealidade)</p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Leves</p> <p>2. Moderadas</p> <p>3. Graves</p> <p>4. Incapacitantes</p>	
20	<p>SINTOMAS PARANÓIDES</p> <p>0. Nenhum</p> <p>1. Desconfiança</p> <p>2. Ideias de referência</p>	

	3. Delírio de referência e perseguição	
21	SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS 0. Nenhum 1. Leves 2. Graves	

ESCORE TOTAL = _____ PONTOS

ANEXO D
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Nome _____

Data _____

Neste questionário, encontram-se grupos de afirmações. Por favor, leia cada grupo com cuidado. Então, escolha a única afirmação, em cada grupo, que descreve o modo como você esteve se sentindo na semana passada, **INCLUSIVE HOJE**. Circule o número ao lado da afirmação que você escolheu. Certifique-se de ler todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

- 1 0 Não me sinto triste.
 - 1 Sinto-me triste.
 - 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

- 2 0 Não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro.
 - 1 Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
 - 2 Sinto que não tenho nada por que esperar.
 - 3 Sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar.

- 3 0 Não me sinto um fracasso
 - 1 Sinto que falhei mais do que a média das pessoas.
 - 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo que consigo ver é um monte de fracassos.
 - 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

- 4 0 Obtenho tanta satisfação com as coisas quanto costumava ter.
 - 1 Não gosto das coisas como costumava gostar.
 - 2 Não obtenho satisfação real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou entediado com tudo.

- 5 0 Não me sinto particularmente culpado.
 - 1 Sinto-me culpado durante boa parte do tempo.
 - 2 Sinto-me bastante culpado durante a maior parte do tempo.
 - 3 Sinto-me culpado o tempo todo.

- 6 0 Não sinto que estou sendo punido.

- 1 Sinto que posso ser punido.
 - 2 Espero ser punido.
 - 3 Sinto que estou sendo punido.
-
- 7 0 Não me sinto decepcionado comigo.
 - 1 Estou decepcionado comigo.
 - 2 Estou aborrecido comigo.
 - 3 Eu me odeio.
-
- 8 0 Não sinto que eu seja pior do que qualquer outra pessoa.
 - 1 Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas.
 - 3 Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.
-
- 9 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.
 - 1 Tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
-
- 10 0 Não choro mais do que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava chorar.
 - 2 Choro o tempo inteiro agora.
 - 3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.
-
- 11 0 Não estou mais irritado agora do que sempre estou.
 - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.
 - 2 Sinto-me irritado o tempo inteiro agora.
 - 3 Não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.
-
- 12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 - 1 Estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
-
- 13 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui.
 - 1 Adio tomar decisões mais do que costumava adiar.

- 2 Tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisão alguma.
- 14 0 Não sinto que minha aparência esteja pior do que era.
1 Estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente.
3 Acredito que pareço feio.
- 15 0 Consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes.
1 É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para começar qualquer coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
- 16 0 Consigo dormir tão bem quanto o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava dormir.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir..
- 17 0 Não fico mais cansado do que o habitual
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava ficar.
2 Fico cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19 0 Perdi pouco ou nenhum peso ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg. Estou propositalmente tentando perder
2 Perdi mais de 5 kg. peso, comendo menos. Sim____ Não____
3 Perdi mais de 7,5 kg.
- 20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos como mal-estar e dores; ou desconforto estomacal; ou constipação.

- 2 Estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.
- 21 0 Não percebi nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO E

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Nome: _____ Data: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				

17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto do abdômem.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO F

QUESTIONÁRIO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS (ATQ)

Nome do paciente:

Data:

INSTRUÇÕES:

Abaixo encontram-se listados vários pensamentos que passam pelas cabeças das pessoas. Por favor, leia cada um e indique com que frequência, se for o caso, o pensamento lhe ocorreu ao longo da(s) última(s) ___ semana(s). Por favor, leia cada item cuidadosamente e marque com que frequência o pensamento ocorreu, da seguinte forma:

Circle 0 se o pensamento nunca ocorre.

Circle 1 se o pensamento ocorre algumas vezes.

Circle 2 se o pensamento ocorre com frequência moderada

Circle 3 se o pensamento ocorre frequentemente.

Circle 4 se o pensamento ocorre todo o tempo.

Como marcar suas respostas:

Assegure-se de fazer um círculo completo ao redor do número de sua escolha, assim:

0 1 2 3 4

Se desejar mudar a resposta, marque um X sobre o número e faça um círculo sobre sua nova escolha, assim:

0 1 2 3 4

1. Sou respeitado por meus colegas	0	1	2	3	4
2. Sinto como se estivesse indo contra o mundo	0	1	2	3	4
3. Tenho bom humor	0	1	2	3	4
4. Não sirvo para nada	0	1	2	3	4
5. Meu futuro parece brilhante	0	1	2	3	4
6. Por que nunca consigo ser bem sucedido?	0	1	2	3	4
7. Serei bem sucedido.	0	1	2	3	4
8. Ninguém me entende	0	1	2	3	4
9. Sou uma pessoa divertida para os outros	0	1	2	3	4
10. Decepcionei as pessoas	0	1	2	3	4
11. Estou de ótimo humor	0	1	2	3	4
12. Não acho que consiga continuar	0	1	2	3	4
13. Há muitas pessoas que se importam comigo	0	1	2	3	4
14. Gostaria de ser uma pessoa melhor	0	1	2	3	4
15. Sou orgulhoso de minhas conquistas	0	1	2	3	4
16. Sou tão fraco	0	1	2	3	4
17. Consigo terminar o que começo	0	1	2	3	4
18. Minha vida não é como eu gostaria	0	1	2	3	4
19. Tenho muitas qualidades boas	0	1	2	3	4

20. Estou tão decepcionado comigo mesmo	0	1	2	3	4
21. Sinto-me bem com a vida	0	1	2	3	4
22. Nada mais parece bom	0	1	2	3	4
23. Dou-me bem com as outras pessoas	0	1	2	3	4
24. Não suporto mais	0	1	2	3	4
25. Sou uma pessoa de sorte	0	1	2	3	4
26. Não consigo sair do lugar	0	1	2	3	4
27. Tenho amigos que me apoiam	0	1	2	3	4
28. O que há de errado comigo?	0	1	2	3	4
29. A vida é divertida	0	1	2	3	4
30. Gostaria de estar em outro lugar	0	1	2	3	4
31. Gosto de desafios	0	1	2	3	4
32. Não consigo juntar as coisas	0	1	2	3	4
33. Minha vida social é ótima	0	1	2	3	4
34. Odeio a mim mesmo	0	1	2	3	4
35. Não há nada com que me preocupar	0	1	2	3	4
36. Não tenho valor	0	1	2	3	4
37. Sou tão relaxado	0	1	2	3	4
38. Que bom se eu simplesmente desaparecesse	0	1	2	3	4
39. Minha vida segue tranquila	0	1	2	3	4
40. O que há de errado comigo?	0	1	2	3	4
41. Estou satisfeito com minha aparência	0	1	2	3	4
42. Sou um perdedor	0	1	2	3	4
43. Cuido bem de mim mesmo	0	1	2	3	4
44. Minha vida é uma bagunça	0	1	2	3	4
45. Mereço o melhor da vida	0	1	2	3	4
46. Sou um fracasso	0	1	2	3	4
47. Os maus dias são raros	0	1	2	3	4
48. Nunca vou conseguir nada	0	1	2	3	4
49. Tenho muitas qualidades boas	0	1	2	3	4
50. Sinto-me tão desamparado	0	1	2	3	4
51. Não há problema sem solução	0	1	2	3	4
52. Alguma coisa tem que mudar	0	1	2	3	4
53. Não vou desistir	0	1	2	3	4
54. Há algo de errado comigo	0	1	2	3	4
55. Coloco minhas opiniões com segurança	0	1	2	3	4
56. Meu futuro é sombrio	0	1	2	3	4
57. Minha vida continua melhorando	0	1	2	3	4
58. Simplesmente não vale a pena	0	1	2	3	4
59. Até o momento, realizei muito	0	1	2	3	4
60. Não consigo terminar nada	0	1	2	3	4

ESCORE TOTAL: _____



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>