

Autoras | AuthorsAdriana Maria Christino
de Souza*

[adriana.christino@estacio.br]

Mariana Fortunata
Donadon**

[marianadonadon@hotmail.com]

**TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM UM
CASO CLÍNICO DE DEPRESSÃO: ATENDIMENTO
PSICOLÓGICO NA MODALIDADE ON-LINE****COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN A CLINICAL CASE
OF DEPRESSION: ON-LINE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE**

Resumo: A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é pautada na análise do modelo cognitivo do paciente. Pressupõem que o comportamento é influenciado pela percepção e da emoção que esta percepção gera. A TCC pode ser aplicada em sessões de psicoterapia tradicionais ou atendimentos de plantão psicológico. O serviço de Plantão Psicológico oferece uma escuta empática e compreensiva a quem demandar. Diante da necessidade de realização de atendimentos de plantão durante a pandemia do novo Coronavírus (COVID-19) eclodiu no mundo, dando ainda mais relevância à necessidade, não só do plantão psicológico, mas de novas questões e inquietações sobre atendimentos psicológicos on-line dada à gravidade do problema e realização de isolamento social. O objetivo deste trabalho foi apresentar um estudo de caso com intervenção na abordagem cognitivo comportamental em uma paciente deprimida, por meio do relato de caso de um atendimento individual de plantão psicológico na modalidade on-line, utilizando o google meet, em atendimento em uma clínica escola em sessões de 50 minutos. Foram utilizadas diferentes técnicas, como: questionamento de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, questionamento socrático, busca de evidências, resolução de problemas, e elaboração de plano de ação. A cada sessão, foram trabalhadas de forma isolada ou junto a outras conforme a situação. Foram realizadas quatro sessões de atendimento de plantão psicológico e com o processo de psicoeducação a paciente pôde perceber como seus Pensamentos Automáticos Disfuncionais a estavam paralisando. Conclui-se que ao final das quatro sessões a paciente obteve uma melhora de humor, uma maior flexibilização de pensamentos e comportamentos mais funcionais.

Palavras-chave: terapia cognitivo comportamental (tcc); plantão psicológico; atendimento on-line; transtorno depressivo.

Abstract: Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is based on the analysis of the patient's cognitive model. Assume that behavior is influenced by perception and the emotion that this perception generates. CBT can be applied in traditional psychotherapy sessions or psychological on-call sessions. The Psychological On-call service offers empathic and understanding listening to those who demand it. Faced with the need to carry out on-call calls during the new coronavirus (COVID-19) pandemic, it broke out in the world, giving even more relevance to the need, not only of psychological on-call, but of new questions and concerns about online psychological care given to the seriousness of the problem and realization of social isolation. The objective of this work was to present a case study with intervention in the cognitive behavioral approach in a depressed patient, through the case report of an individual psychological service in the online modality, using google meet, in care at a clinic school in 50-minute sessions. Different techniques were used, such as: questioning automatic thoughts and dysfunctional beliefs, Socratic questioning, searching for evidence, problem solving, and drawing up an action plan. At each session, they were worked in isolation or together with others, depending on the situation. Four sessions of psychological attendance were carried out and with the process of psychoeducation the patient could perceive how her Dysfunctional Automatic Thoughts were paralyzing her. It is concluded that at the end of the four sessions the patient had an improvement in mood, a greater flexibility of thoughts and more functional behaviors.

Keywords: cognitive behavioral therapy (cbt); psychological duty; on-line service; depressive disorder.

Recebido em: 11/12/2020

Aceito em: 05/07/2021

INTRODUÇÃO

A Teoria Cognitivo Comportamental (TCC) tem como foco de seu desenvolvimento, a natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja, o processamento de informação e o ato de atribuir significado a algo. Busca descrever, então, a natureza de conceitos, que são 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 disso, tem o objetivo de fornecer estratégias capazes de corrigir estes conceitos disfuncionais (BAHLS, 1999).

O primórdio dos estudos relacionados à Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) dá-se na década de 50, em uma pesquisa de Aaron Beck, cujo objetivo era verificar os pressupostos psicanalíticos acerca da depressão (BAHLS; NAVOLAR, 2004). Para Freud as pessoas deprimidas apresentavam uma espécie de necessidade de sofrer, chamada de “hostilidade retrofletida”. Entretanto, as pesquisas de Aaron Beck o levaram a resultados distintos do que Freud afirmava, visto que alguns pacientes apresentaram melhoras em resposta a algumas experiências bem-sucedidas, não sendo resistentes a estas mudanças, contrariando o esperado (BECK; ALFORD, 2000).

Segundo Bahls e Navolar (2004), a partir disso Beck, bem como outros pesquisadores iniciaram pesquisas à respeito da depressão como um transtorno, em que sua característica principal seria uma tendência negativa, em que o indivíduo deprimido apresenta, com recorrência, expectativas negativas com relação ao resultado de seus comportamentos e uma visão negativa sobre si mesmo, do contexto em que está inserido e de seus objetivos.

Salienta-se que a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) utiliza a estrutura “biopsicossocial” na determinação e compreensão dos fenômenos relativos à psicologia humana, em que esse indivíduo é composto por questões biológicas, psicológicas e sociais. É uma abordagem que enfoca os fatores cognitivos da psicopatologia. É uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente (SHINOHARA, 1997).

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é pautada na análise do modelo cognitivo do paciente. Esse modelo parte do pressuposto que o comportamento do indivíduo é influenciado pela percepção que este tem de um evento e da emoção que esta percepção gera. Além de identificar e questionar Pensamentos Automáticos Disfuncionais (Quadro 1).

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) pode ser aplicada em sessões de psicoterapia tradicionais ou em atendimentos de plantão psicológico. A ideia do serviço oferecido

no Plantão Psicológico é a de oferecer uma escuta empática e compreensiva a quem demandar por ela, seja em um momento de emergência, de sua necessidade, sem tempo pré-determinado e sem obrigatoriedade de retorno. Esse tipo de atendimento surgiu no fim da década de 1960, no Serviço de Aconselhamento Psicológico da Universidade de São Paulo (SAP), tendo como fonte inspiradora as *walk-in clinics*, nos Estados Unidos, Canadá e parte da Europa (VIEIRA; BORIS, 2012).

Ainda de acordo com os autores, neste tipo de atendimento o objetivo do psicólogo é de possibilitar que o paciente possa ter uma visão mais clara a respeito de si mesmo e de sua perspectiva frente a problemática que vivencia e que gera um pedido de ajuda. Assim, as estratégias para enfrentar esta problemática se definirão no próprio processo de plantão e com a participação efetiva de ambas as partes, paciente e psicólogo (VIEIRA; BORIS, 2012).

No plantão psicológico pode-se atender diversos tipos de demandas e necessidades dos pacientes, sendo um exemplo as questões relacionadas à transtornos depressivos. Os tratamentos adotados no plantão podem ser diversos, e existem diversos tipos de tratamentos para a depressão, sendo demonstrado em um número significativo de pesquisas a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) (AGOSTINHO; DONADON; BULLAMAH, 2019).

Diante da necessidade de realização de atendimentos de plantão e do espaço de tempo que ocorreu a presente pesquisa, a pandemia do Coronavírus (COVID-19) eclodiu no mundo, dando ainda mais relevância à necessidade, não só do plantão psicológico, mas de novas questões e inquietações sobre atendimentos psicológicos on-line dada à gravidade do problema e necessidade de isolamento social (BITTENCOURT et al, 2020).

Pode-se considerar que o ano de 2020 marca novos tempos para a Psicologia no que tange os atendimentos on-line. Até então, os profissionais psicólogos se apropriavam da Resolução CFP nº 11/2018 do Conselho Federal de Psicologia (2018), que busca a ampliação das possibilidades de atendimentos oferecidos por meio de tecnologias de informação e comunicação (TICs), e defrontaram-se da necessidade de trabalhar preferencialmente desta forma devido à pandemia de Covid-19 (BITTENCOURT et al, 2020).

Ainda segundo os autores, toda a população, inclusive os psicólogos foram pegos de surpresa pelo novo Coronavírus (COVID-19) que teve seus primeiros casos confirmados no final de 2019 na China (Organização Pan-Americana de Saúde & Organização Mundial da Saúde, 2020). Rapidamente, a doença se disseminou pelo mundo, evoluindo de uma epidemia para uma pandemia, colocando em todo o mundo um panorama

Quadro 1: Lista de Pensamentos Automáticos disfuncionais

PA's disfuncionais	Definição	Exemplo
Leitura mental	Imagina que sabe o que as pessoas pensam sem ter evidências suficientes dos seus pensamentos.	"Ele acha que eu sou um perdedor".
Adivinhação do futuro	Acredita que coisas vão piorar ou que há perigos pela frente.	"Vou ser reprovado no exame"
Catastrofização	Acredita que o que aconteceu ou vai acontecer é tão terrível e insuportável que não conseguirá aguentar	"Seria terrível se eu fracassasse".
Rotulação	Atribui traços negativos globais a si mesmo e aos outros.	"Sou indesejável
Desqualificação dos aspectos positivos	Alega que as realizações positivas, suas ou alheias, são triviais.	"Esses sucessos foram fáceis, portanto não tem importância".
Filtro negativo	Foca quase que exclusivamente nos aspectos negativos e raramente nota os positivos.	"Veja só todas as pessoas que não gostam de mim".
Supergeneralização	Percebe que um padrão global de aspectos negativos com base em um único incidente.	"Isso geralmente acontece comigo.
Pensamento dicotômico	Vê eventos, ou pessoas, em termos de tudo-ou-nada.	"Sou rejeitado por todos"
Afirmações do tipo "deveria"	Interpreta os eventos em termos como as coisas deveriam ser, em vez de simplesmente se concentrar no que elas são.	"Eu deveria me sair bem. Caso contrário, sou um fracasso
Personalização	Atribui a si mesmo uma culpa desproporcional por eventos negativos e não consegue ver que determinados eventos também são provocados por outros.	"Meu casamento acabou porque eu falhei".
Atribuição de culpa	Se concentra na outra pessoa como fonte de seus sentimentos negativos e se recusa a assumir a responsabilidade pela mudança.	"Meus pais são os causadores de todos os meus problemas".
Comparações injustas	Interpreta os eventos em termos de padrões irrealistas, comparando-se com outras pessoas que se saem melhor que você, e então se considera inferior a elas.	"Os outros se saíram melhor do que eu na prova".
Orientação para o remorso	Se concentra na ideia de que poderia ter se saído melhor no passado, em vez de no que pode fazer melhor agora.	"Eu poderia ter conseguido um emprego melhor se tivesse tentado"
E se...?	Faz uma série de perguntas do tipo "e se" alguma coisa acontece, e nunca fica satisfeito com as respostas.	"Sim, mas e se eu ficar ansioso?"
Raciocínio emocional	Deixa os sentimentos guiarem sua interpretação da realidade.	"Sinto-me deprimida; conseqüentemente, meu casamento não está dando certo".
Incapacidade de refutar	Rejeita qualquer evidência ou argumento que possa contradizer seus pensamentos negativos.	"Não sou digna de amor", rejeita como irrelevante qualquer evidência de que as pessoas gostam de você. Conseqüentemente, seu pensamento não pode ser refutado.
Foco no julgamento	Avalia a si próprio, os outros e os eventos em termos de preto-ou-branco	"Olhe como ela tem sucesso. Eu não tenho sucesso".

Fonte: Leahy (2006, p. 48)

de emergência de saúde pública internacional (Organização Pan-Americana de Saúde & Organização Mundial da Saúde, 2020) e exigindo a mudança de rotina de milhões de pessoas, buscando o seu controle. O primeiro caso registrado no Brasil ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo, sendo que passados 99 dias, registrou-se cerca de 555.383 casos confirmados e 31.199 óbitos por infecção pelo vírus (Organização Pan-Americana de Saúde & Organização Mundial da Saúde, 2020).

Diante deste cenário totalmente atípico, os Conselhos de Psicologia e aos psicólogos se depararam com a necessidade de adaptarem suas interações enquanto atores sociais diante de um número rapidamente significativo de pessoas que se comunicam por meios virtuais e até mesmo participam de atividades que ocorrem no espaço virtual. Esse cenário torna-se desafiador para estes profissionais, exigindo que reve-

jam como se aproximar e manter a escuta desse indivíduo (BITTENCOURT et al, 2020).

Frente ao exposto no que diz respeito à realização de plantão psicológico na modalidade on-line, o objetivo geral do presente trabalho é apresentar um estudo de caso com intervenção na abordagem cognitivo comportamental em uma paciente deprimida, por meio do relato de caso de um atendimento individual de plantão psicológico na modalidade on-line.

MÉTODOS

O presente trabalho é um relato de experiência, por meio de atendimentos em plantão psicológico, na modalidade on-line, por meio da plataforma virtual google meet, oferecido em uma clínica escola, o SPA – Serviço de Psicologia Aplicada do

Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto/SP. Todos os atendimentos tiveram duração de 50 minutos.

As situações clínicas apresentadas buscaram descrever e compreender de modo particular o fenômeno investigado, o caso particular do paciente e o plantão psicológico na modalidade on-line. O intuito desse estudo foi subsidiar reflexões mais abrangentes no campo do atendimento clínico em diferentes contextos com grande demanda e poucos recursos de profissionais, bem como o período atípico que a população tem vivido, o período de isolamento social por conta da pandemia COVID-19, que impossibilitou que os atendimentos acontecessem de forma presencial. Para que fosse possível a realização dos atendimentos, estes foram realizados na modalidade on-line, por meio da plataforma Google Meet. Importante salientar que, o atendimento por parte da estagiária foi realizado em um local de total sigilo e silêncio, sendo a mesma orientação realizada à paciente. Foram preservados os dados de sigilo do paciente, adotando-se um nome fictício.

Foram realizadas no total quatro sessões de psicoterapia na modalidade da abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), sendo que a cada atendimento, posteriormente ocorriam as supervisões com a docente responsável, profissional especialista atuante na área.

A paciente logo na primeira sessão recebeu a informação de que os dados do atendimento poderiam ser utilizados para publicação deste artigo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os atendimentos foram realizados conforme o tipo de atendimentos de plantão psicológico. As características do plantão, que diferem da psicoterapia tradicional, é que, uma equipe de plantonistas, geralmente composta por estagiários de Psicologia Clínica sob supervisão de um docente especialista da área, fica disponível durante horas e dias fixos a serem estabelecidos para o atendimento de demandas de pessoas que necessitam de atendimento psicológico emergencial (VIEIRA; BORIS, 2012).

No presente estudo foi realizado Estudo de Caso, que é um método amplamente utilizado nas ciências humanas e sociais aplicadas por considerar a eventualidade de um fenômeno para o qual ainda não há hipótese definida para desenvolvimento de estudo quantitativo. Visa compreender e interpretar situações dinâmicas em que o fator humano está presente, em um objeto delimitado, de forma a possibilitar a análise crítica diante da complexidade de determinado caso concreto (YIN, 2010).

Durante as quatro sessões de atendimento de plantão psicológico foram utilizadas diferentes técnicas, como: questionamento de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais,

questionamento socrático, busca de evidências, resolução de problemas, e elaboração de plano de ação. A cada sessão, as técnicas foram trabalhadas de forma isolada ou junto a outras conforme a situação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente GM, idade 24 anos, buscou o atendimento de plantão porque desde 2019 faz acompanhamento com clínico geral do posto de saúde para tratamento de Depressão e Ansiedade, fazendo uso de Sertralina (2 x de 25mg). Paciente fazia uso de Pamergan, um antialérgico que o médico receitou para dar sono, mas que não estava trazendo resultados e por esse motivo, o médico descontinuou o uso. Também toma óleo de primula (natural) para efeitos da TPM (tensão pré-menstrual). Relata que sempre teve problemas para dormir, sentia muita tensão e dores de cabeça e no corpo e que começou a perceber sintomas parecidos com os da irmã que tem depressão.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais - DSM-V (APA, 2014) o Transtorno Depressivo Maior possui os seguintes critérios diagnósticos: que cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
- Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
- Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os

dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente).

- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
- Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

De acordo com o que é relatado pela paciente, ela atende ao menos cinco sintomas apresentados pelo DSM-V.

A paciente mora com a mãe e a irmã mais nova, tendo uma irmã mais velha que mora em Bauru que tem 2 filhos. A família é bem próxima, mantém contato e tem bom relacionamento. Ela é de Ribeirão Preto/SP e sempre estudou para passar no vestibular para Medicina, desde os 17 anos, mas ainda não conseguiu ser aprovada.

Em 2019 foi estudar Ciências Sociais na Unesp de Araraquara, e lá morava em uma moradia estudantil. Nas férias entre 2019 e 2020 veio para Ribeirão passar as férias e conseguiu um emprego. Ela continua trabalhando e morando em Ribeirão pois as aulas são on-line por conta da pandemia. Atualmente ela faz 2 disciplinas e diz que não é muito tranquilo pois ela não tem um bom desempenho devido à sua condição de saúde. Ao ser questionada o que é ter bom desempenho, ela diz que seria ter boas notas, não faltar, não ser reprovada. Ela diz que caiu o rendimento nas aulas por causa das crises de ansiedade. Ela trabalha em uma papelaria como ajudante geral em uma empresa. Possui uma namorada do sexo feminino e diz ter um bom relacionamento.

Sobre a sua rotina, ela diz que só trabalha e estuda. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ela só estudava. Desde o início do ano passado parou de praticar esportes (corrida, capoeira – praticava desde 2015) e menciona que já praticou vôlei e ginástica. Ela diz que gostaria de voltar a praticar esportes, se cuidar, cuidar da pele, unha, ler um livro, como ela fazia antes, passear com os cachorros, mas agora diz não conseguir mais porque não consegue ter vontade.

A paciente se queixa por não ter vontade de fazer as coisas e não conseguir se concentrar, tem distração muito grande, culpa, cobrança e sofrimento. Sente muita angústia, e não consegue identificar o que está sentindo e nem de onde vem. Já teve crises de ansiedade com falta de ar e desmaios.

Ao ser questionada se a cobrança é própria ou externa, ela responde que é uma cobrança própria, porque ela sempre era vista pela família como uma pessoa que “dava conta de tudo” e agora ela é “vista como uma pessoa frágil”. Neste momento explicou-se sobre as Distorções Cognitivas, principalmente

a Leitura Mental, pois ela acha que a família pensa isso, mas nunca falaram para ela.

Também se diz frustrada e se cobra por “não conseguir ser o que deveria ser”. Ao ser questionada o que isso significa para ela, diz que principalmente no âmbito profissional, pois desde sempre ela queria ser médica, se via como médica, mas ela não conseguiu, mesmo tentando por várias vezes. Desde os 17 anos ela presta vestibular, mas não consegue passar, pois tem dificuldades na área de exatas. De qualquer forma, quer se formar no curso que está fazendo para voltar a tentar medicina.

A paciente foi orientada sobre a importância de procurar um atendimento psiquiátrico, pois assim poderá ter um atendimento mais específico para tratamento da depressão. Indicou-se a buscar o CAPS, Centro de Atenção Psicossocial, que é um serviço de porta aberta, mas que ela precisará passar pela triagem de novos casos. Ela se comprometeu a procurar essas informações e o serviço especializado.

Na segunda sessão de atendimento do plantão, a paciente informa que pediu demissão do trabalho e que recentemente foi chamada para uma entrevista de emprego. Por conta disso, ela teve muita ansiedade e menciona que comeu mais que o normal. Então, ela tomou um ansiolítico natural, manipulado em capsulas, composto de extrato de valeriana e mais outros ativos que ela não se recorda. Ela disse que ajudou muito e não se sentiu pressionada e nem se cobrou. A paciente disse que tem boa expectativa com a possibilidade de um novo emprego e está animada porque a empresa que chamou para entrevista é uma empresa de cursos pré-vestibular.

Além disso, apontou que conseguiu fazer algumas atividades como passear com os seus cachorros, comprou alguns livros que estava com vontade, e fez as unhas. Com relação à atividade física, ela não voltou a fazer, mas foi orientada que coloque aos poucos na agenda e que a atividade física poderá auxiliá-la, até mesmo na questão do sono e regulação hormonal. Foi orientada sobre a Higiene do Sono e a importância de fazê-la para tentar dormir melhor. As orientações sobre Higiene do Sono foram:

- Manter um horário regular para dormir e acordar, sete dias por semana, independentemente da quantidade de sono obtida.
- Ir para a cama apenas quando estiver com sono. Evitar qualquer comportamento diferente de dormir ou fazer sexo no quarto/cama.
- Se não conseguir dormir em 30 minutos, tempo considerado normal, sair da cama imediatamente e iniciar

alguma atividade prazerosa e relaxante em ambiente com pouca luminosidade.

- Voltar para a cama apenas quando estiver sonolento novamente.
- Não cochilar ou se deitar durante o dia.
- Retirar TV, relógio, *smartphone*, *tablet*, ou computador do quarto.
- Não consumir bebidas alcoólicas próximo a hora de dormir.
- Evitar bebidas cafeinadas (café, refrigerante, chá) após o período da tarde e à noite.
- Recomenda-se o uso de uma “agenda de preocupações” na qual devem ser anotadas todas as preocupações e pendências para o dia seguinte.
- Última refeição deve ser leve e até três horas antes de deitar-se.
- Praticar atividade física regularmente pela manhã ou, no máximo, até quatro horas antes de deitar-se.
- Não fazer uso de medicamentos para dormir sem orientação médica.

Após a orientação sobre a Higiene do Sono foi retomado o que ela trouxe na sessão anterior sobre pensamentos de culpa, então foi questionada em quais contextos estes pensamentos de culpa ocorrem. A paciente respondeu que eles acontecem mais relacionados ao âmbito familiar. Algumas situações que por exemplo: a irmã brigava com a mãe ela achava que a culpa era dela. Sobre ter pedido demissão do trabalho, ela se culpa que se ela sai do emprego isso vai atrapalhar financeiramente a família. “Até mesmo em situações que não eram culpa dela ela achava que era”. A paciente disse que tenta se controlar com relação a culpa e que entende que nem tudo é culpa dela. Com relação à entrevista de emprego e os pensamentos de cobrança excessiva ela disse que não aconteceram nesta última semana. Ao final da segunda sessão ela trouxe uma questão sobre o relacionamento, que namora com uma pessoa do sexo feminino, essa pessoa está fazendo terapia pela mesma clínica escola, sendo diagnosticada com Síndrome de Asperger.

Apesar das duas entenderem uma a situação da outra, a paciente se cobra muito por não ter atividade sexual no relacionamento. Ela disse que a parceira nunca cobrou, mas ela se sente culpada porque acha que isso deve fazer parte da relação. Ela diz não ter vontade de ter relações sexuais e acredita que é por conta da medicação que ela toma. Ela se cobra porque quando tinha relacionamento hétero sexual isso não acontecia, mas que na época não fazia uso de medicação. A paciente cita que a companheira, por conta das características dela, precisa ter rotina. Então, conversou-se sobre a possibilidade de começarem a pensar e planejar algo para sair da rotina do

relacionamento, por exemplo planejar uma viagem em casal, para que essa atividade quebrando a rotina do relacionamento, possa chegar à atividade sexual sem nenhuma expectativa ou cobrança.

Na terceira sessão de atendimento do plantão psicológico na modalidade on-line, a paciente mostra-se desanimada e disse que não fez nada a semana toda, ficou deitada e deixou de fazer as coisas que tinha feito na semana anterior. Ela disse que apenas saiu com a namorada um dia na semana porque fizeram 7 meses de namoro. Como foi orientada na sessão anterior a procurar o CAPS, ela ligou e foi informada que para passar pela triagem ela deveria ter um encaminhamento do posto de saúde. Sendo assim, ela marcou uma consulta no posto de saúde para solicitar o encaminhamento.

Não recebeu retorno da empresa que ela fez entrevista, então teve muitos pensamentos de culpa por ainda estar desempregada, e tomou remédio para dormir alguns dias na semana. A paciente mostrou queixa muito grande por estar desempregada e que teme por ser considerada irresponsável por não ajudar nas contas da casa. Ao ser questionada se ela tem evidências que a família ficará desestruturada financeiramente por conta disso, ela disse que sim, pois todas as contas da casa somam exatamente o salário dela, de sua mãe e de sua irmã e que elas teriam que se reorganizar para conseguir arcar com todas as despesas da casa. Então, neste momento da terceira sessão, foi elaborado um Plano de Ação com foco em solução de problemas para que ela possa melhorar esse processo de buscar possibilidades de emprego/renda (Quadro 2).

Conversou-se sobre a importância de elaborar bem um currículo e dicas de processos seletivos. Após o encerramento da sessão, foi enviado um modelo de currículo para a paciente, para que ela possa organizar o currículo dela e enviar à novas oportunidades. Ainda na mesma sessão, buscou-se investigar qual parcela de culpa a paciente possui em cada contexto de sua vida, em uma escala de 0 a 10. As parcelas de culpa apontadas pela paciente estão apresentadas no Quadro 3.

Conversou-se a respeito da culpa e sobre lidar com isso. Realizou-se psicoeducação a respeito dos Pensamentos Automáticos Disfuncionais, sendo explicado para ela o que são, quais os tipos e exemplos, segundo Leahy (2006, p. 48). A paciente afirmou que a maioria de seus pensamentos se assemelham ao mencionado. Então, foi solicitado a ela que faça o RPD (Registro dos Pensamentos Disfuncionais) e que traga para a próxima sessão, registrando seus pensamentos, emoções relacionadas e comportamentos durante a semana.

Sobre a sexualidade que ela trouxe na sessão anterior, foi indicado que ela siga em redes sociais e no Youtube as estudosas no assunto Cida Lopes e Carla Cicarelo. Disse que a parcei-

Quadro 2: Plano de Ação para melhorar possibilidades de emprego/renda

Plano de Ação para melhorar possibilidade de emprego/renda	
Objetivo	O que fazer
Estudar, se preparar, fazer cursos gratuitos para colocar no currículo	Fazer cursos on-line gratuitos e no Youtube
Encontrar mais oportunidades de empregos	Seguir redes sociais de empresas de RH que fazem processos seletivos e acompanhar sites de anúncio de vagas.
Encontrar oportunidades por meio do Linked In	Manter o Linked In atualizado e acompanhar atualizações de vagas em aberto
Possibilidade de trabalhar com redes sociais	Buscar seguidores e pensar em oportunidades

Fonte: Elaborada pela autora

Quadro 3: Parcela de culpa apontada pela paciente

Contexto de vida	Parcela de Culpa	Justificativa apontada pela paciente
Família	9	Por ter pedido demissão do trabalho que não se sentia bem.
Faculdade	7	Pelo seu rendimento ruim, por não estar bem e não conseguir se esforçar.
Relacionamento	7	“Culpa em tudo” por não conseguir estar bem para a sua parceira.
Trabalho	4	Quando estava trabalho, não me sentia culpada pelo meu trabalho.
Amigos	3	Tenho poucos bons amigos que mesmo distantes posso contar com eles, não me sinto sozinha. Sinto um pouco de culpa por não estar bem, gostaria de dar mais atenção a eles.

Fonte: Elaborada pela autora

ra é bem compreensiva, apesar de terem tido um atrito nessa semana sobre esse assunto, mas que depois se acertaram. Ao final, questionou-se a existência de algum problema específico sobre a questão sexual ou se seria o fato de não ter o ato sexual no relacionamento. Porém, a paciente não conseguiu responder. Foi observado que a paciente ficou com vergonha, tensa, mexendo nos cabelos e fazendo movimentos negativos com a cabeça. Foi perguntado se ela não se sentia bem em responder naquele momento, e ela falou que não se sentia bem e ficou de falar no próximo atendimento, se conseguir.

Na quarta e última sessão, a paciente inicia a sessão dizendo que a semana foi estressante e muito pior porque está sem tomar medicação. Ela disse que não consegue encontrar a receita médica e por isso não consegue comprar o remédio já que só é vendido com receita médica. Foi orientada que procure o posto de saúde com urgência para solicitar uma nova receita.

Pelo fato de estar sem remédio ela não consegue dormir, e quando dorme tem pesadelos, sente dor no corpo e dor de cabeça. A empresa que ela fez entrevista retornou dizendo que não deu certo a vaga, mas no dia seguinte ela foi chamada para uma nova entrevista. Conversou-se sobre entrevistas e a paciente se sentiu mais positiva que logo conseguirá um novo emprego. Neste momento foi orientada a respeito de prevenção de recaídas e quais estratégias ela usaria. Ela lembrou-se que nas sessões anteriores foi psicoeducada sobre os Pensamentos Automáticos Disfuncionais e a importância de identificá-los. Para ajudar nessas situações, orientou-se a paciente sobre uma

sequência de perguntas para questionar seus pensamentos automáticos, desenvolvido por Beck (2007 p. 120):

- Quais são as evidências que apoiam esta ideia?
- Quais são as evidências contrárias a esta ideia?
- Existe uma explicação ou ponto de vista alternativo?
- Qual é a pior coisa que poderia acontecer (se é que eu já não estou pensando o pior)?
- E, se isso acontecesse, como eu poderia enfrentar?
- Qual é a melhor coisa que poderia acontecer?
- Qual é o resultado mais realista?
- Qual é o efeito de eu acreditar no pensamento automático?
- Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento?
- O que eu diria a _____ [um amigo específico ou familiar] se ele estivesse na mesma situação? O que eu devo fazer?

Para prevenção de recaídas, ela disse que utilizará como estratégia:

- A lista acima questionar seus PAs;
- Fazer algo que gosta, ao menos uma coisa de cada vez;
- Conversar com pessoas que ela se sintia bem e goste de conversar.

Foi explicado à paciente que, como era a última sessão, foi solicitado *feedback* sobre os atendimentos. A paciente diz que no início das sessões teve a sensação de que não iria dar certo porque achava que 4 sessões de atendimento de plantão psicológico seriam poucas. Porém, ao final, percebe como teve resultado e fica triste porque gostaria que continuasse. Ela menciona que teve melhorias significativas porque agora consegue analisar situações que antes achava que não iria conseguir,

consegue ver como não está sozinha. A paciente foi orientada a retornar no próximo semestre e incluir o seu nome na lista de espera para atendimento na clínica escola. As principais intervenções realizadas durante as sessões de plantão para melhoria dos sintomas depressivos estão elencados no Quadro 4.

Após o questionamento de crenças, a paciente apresentou um padrão de crenças mais funcionais e menos rígidas, contribuindo progressivamente para mudanças em seu repertório comportamental, incluindo não se cobrar excessivamente, não se culpar por situações que não possuem evidências que aconteceram por culpa dela e incluir atividades em sua rotina que lhe dão descanso e melhor qualidade de vida.

Essas modificações contribuíram para a melhoria da auto-percepção da paciente de seus próprios recursos e sua autoconfiança, resultando em um primeiro passo que foi o pedido de demissão de seu trabalho, que lhe causava muita irritação, cansaço e picos de ansiedade. A Estruturação dos atendimentos terapêuticos foram realizadas conforme Quadro 5.

A paciente apresentou melhora no humor, flexibilização de pensamentos e crenças, além de mudanças comportamentais relevantes após as intervenções realizadas nas sessões de atendimento de plantão on-line, no que se relaciona à redução de atividades, que era uma das principais queixas da paciente. Com a melhora do humor e a reestruturação cognitiva, a paciente inseriu atividades prazerosas em sua rotina, além de buscar novos desafios e oportunidades, pode-se citar como exemplo se cuidar, ser mais vaidosa consigo mesma, passear com os seus cachorros e ler livros (atividades estas que a paciente mencionou que fazia antes, mas que passou a não conseguir mais ter vontade de fazer).

A retomada dessas atividades aumentou, e conseqüentemente, sua sensação de satisfação consigo mesma. A paciente precisava continuar mantendo a realização destas atividades, visto que de uma semana a outra ela deixou de fazê-las o que impactou diretamente no seu estado de humor. Com o processo de psicoeducação a paciente pôde perceber como seus

Pensamentos Automáticos Disfuncionais a estavam paralisando e que o ato de não fazer nada é um Comportamento.

Ao final, a paciente pôde entender como a inclusão de atividades prazerosas poderia auxiliar no ciclo de manutenção. Ela aponta que buscará incluir ao menos uma atividade diária pois influencia diretamente no seu bem-estar. Ao final das 4 sessões a conceituação cognitiva pôde ser elaborada (Quadro 6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados apresentados e mediante análise das intervenções, a paciente obteve ganhos terapêuticos expressivos para a melhoria de sua qualidade de vida. Tais dados apontam que intervenções da abordagem da TCC são efetivas para a melhora do quadro depressivo. Por meio das intervenções realizadas, ao conseguir interromper o ciclo de redução de atividades que lhe reduziam prazer e sensação de bem-estar, a paciente apresentou melhoras em seu humor, pensamentos e comportamentos. A paciente, por ser questionada sobre o significado de seus pensamentos e ao retomar suas atividades, volta a obter recompensas positivas de seus comportamentos, testando suas conclusões equivocadas, e buscando ter evidências contrárias aos seus pensamentos e crenças anteriores, podendo adquirir um novo repertório de habilidades.

Pode-se concluir que as intervenções realizadas foram fundamentais para o tratamento da paciente. Possibilitou-se a retomada de reforçadores importantes para a modificação de seu humor, a flexibilização cognitiva e as alterações comportamentais que contribuirão para a melhoria de qualidade de vida da paciente, pois esta passará a ter recursos para identificar e se psicoeducar caso volte a se manifestar. Ao final, pôde-se atender ao objetivo do presente trabalho, que foi apresentar um estudo de caso com intervenção na abordagem cognitivo comportamental em uma paciente deprimida, por meio do re-

Quadro 4: Principais intervenções realizadas durante as sessões de plantão

Psicoeducação	Por meio de exemplos apontados pela paciente, foi-lhe explicado seu funcionamento, o modelo cognitivo da depressão e o ciclo de redução de atividades. Percebendo a importância de mudar seus comportamentos para que novas recompensas pudessem surgir, incluindo mudanças em sua forma de pensar e sentir.
Quadro de atividades	Realizou-se levantamento de atividades que pudessem fornecer à paciente o senso de prazer ou satisfação, e essas foram inseridas em sua rotina de modo gradativo conforme ela julgasse melhor.
Inventário de custos e benefícios	Realizou-se análise sobre as atividades que realizava ou deixava de realizar em seu dia a dia e o quanto se beneficiava ou se prejudicava com suas escolhas.
Plano de Ação para resolução e solução de problemas	Realizou-se em conjunto com a paciente Plano de Ação para solução de problemas em situações que lhe causavam angústia e pensamentos de culpa.
Registro de pensamentos e crenças automáticas disfuncionais	A paciente, ao registrar seus pensamentos disfuncionais, pôde perceber de forma mais evidente seus padrões de pensamento e compreender melhor o quanto determinados comportamentos afetavam diretamente suas cognições e seu humor.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Agostinho; Donadon e Bullamah (2019).

Quadro 5: Estruturação dos atendimentos terapêuticos

SESSÃO	TÉCNICA	DESCRIÇÃO
1ª.	<ul style="list-style-type: none"> Enquadramento Acolhimento Psicoeducação Registro de pensamentos Conceituação cognitiva Questionamento Socrático 	<ul style="list-style-type: none"> Explicação sobre os atendimentos on-line de plantão, divididos em 4 sessões. Acolhimento e constituição do vínculo terapêutico. Levantamento de informações sobre a queixa principal e história da moléstia atual (HMA). Psicoeducação do modelo cognitivo. Início de preenchimento da conceituação cognitiva.
2ª.	<ul style="list-style-type: none"> Questionamento Socrático Introdução de atividades prazerosas na rotina Encaminhamento para atendimento psiquiátrico Orientação sobre Higiene do Sono 	<ul style="list-style-type: none"> Identificação e análise consciente de seus pensamentos, emoções e comportamentos para uma resposta adaptativa mais adequada. Envolvimento da paciente no processo de psicoaprendizagem sobre seus pensamentos e emoções. Orientação sobre a realização de atividades diárias para melhora de qualidade de vida e bem-estar. Orientação sobre meios de melhorar a qualidade do sono.
3ª.	<ul style="list-style-type: none"> RPD Psicoeducação e entendimentos dos Pensamentos Automáticos e das Distorções Cognitivas Questionamento Socrático Plano de Ação para solução de problemas construída em sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Intuito de psicoeducação e promover melhoria e questionamentos acerca dos pensamentos disfuncionais. Alteração de pensamentos sabotadores que geram comportamentos disfuncionais. Psicoeducação com foco em solução de problemas.
4ª.	<ul style="list-style-type: none"> Prevenção de recaídas Estratégias para prevenção de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> Estratégias de enfrentamento: Lista de questionamento de PAs disfuncionais; Fazer algo que gosta, ao menos uma coisa de cada vez; Conversar com pessoas que se sintam bem e goste de conversar.

Fonte: Elaborada pela autora

Quadro 6: Conceituação cognitiva da paciente

Dados relevantes do histórico

Paciente faz acompanhamento com clínico geral do posto de saúde para tratamento de depressão e ansiedade. Toma Sertralina (2 x de 25mg). Tem dificuldades para dormir. Atualmente cursa Ciências Sociais e sempre estudou para passar no vestibular para Medicina, desde os 17 anos, mas ainda não conseguiu ser aprovada. Pediu demissão do trabalho porque não se sentia bem.

Crenças Centrais

Não consigo ser o que eu deveria ser. Sou frágil, não dou conta de tudo.

Regras

Tenho que ser médica, não me enxergo de outra forma.
 Me sinto culpada pelo que acontece com minha família.

Estratégia compensatória

Se cobrar excessivamente.
 Deixar de fazer coisas que lhe dão prazer ou descanso.
 Pensamentos de Culpa.

Situação 1 Falta de intimidade com a namorada
Pensamento "Penso que sou culpada por tudo" por não conseguir estar bem para a sua parceira
Emoção Tristeza
Comportamento Se culpar e cobrar por não proporcionar um bom relacionamento

Situação 2 Pediu demissão do trabalho
Pensamento Sou irresponsável, minha família não vai conseguir pagar as contas
Emoção Tristeza por não ajudar a família
Comportamento Evitou atividades que dariam prazer ou descanso

Situação 3 Entrevista de emprego
Pensamento Pensamentos negativos de que não vai dar certo
Emoção Medo de continuar desempregada
Comportamento Fez a entrevista insegura de que poderia conseguir

Fonte: Elaborada pela autora

lato de caso de um atendimento individual de plantão psicológico na modalidade online.

Como limitações do estudo, é importante citar a impossibilidade de generalização dos resultados pela metodologia de estudo de caso utilizada e a experiência reduzida da terapeuta, ainda estagiária do curso de Psicologia, que a cada atendimento, passava por supervisões com a docente responsável, profissional especialista atuante na área. Por este motivo, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de ampliar a literatura acerca da utilização da Terapia Cognitivo Comportamental em atendimento de plantão psicológico na modalidade on-line de pacientes com depressão.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, T. F.; DONADON, M. F.; BULLAMAH, S. K. Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2019. 15(1). pp.59-65

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 5. ed Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAHLS, S. C. **Depressão**: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. 1999.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia Cognitivo-Comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrônica de Psicologia*. Curitiba: jul. 2004. Disponível em: <https://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/news/terapia-cognitivo-comportamentais-conceitos-e-pessupostos-teoricos/> Acesso em: 25 out. 2020

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

BECK, J. **Terapia cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre : Artmed, 2007.

BITTENCOURT, H. B.; RODRIGUES, C. C.; SANTOS, G. L.; SILVA, J. B.; QUADROS, L. G.; MALLMANN, L. S.; BRATKOWSKI, P. S.; FEDRIZZI, R. I. Psicoterapia on-line: uma revisão de literatura. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*. Porto

Alegre, v. 9 (1). jan/jun 2020.

LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva**: Manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SHINOHARA, H. O. Conceituação da terapia cognitivo-comportamental. In: BANACO, R. A. (org.). **Sobre comportamento e cognição**: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva, São Paulo: Editora Arbytes. 1997.

VIEIRA, E. M.; BORIS, J. B.; DANIEL, G. O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 12, núm. 3, septiembre-diciembre, pp. 883-896. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil, 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CURRÍCULOS

* Mestre em Administração. Graduada em Psicologia e Administração. Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9137233939631588>

** Doutora. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP-USP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8553808669566010>