

## **História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil**

### **History and current panorama of cognitive therapies in Brazil**

**Bernard Pimentel Rangé<sup>I</sup>; Eliane Mary de Oliveira Falcone<sup>II</sup>; Aline Sardinha<sup>III</sup>**

<sup>I</sup> Professor adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>II</sup> Professora adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

<sup>III</sup> Psicóloga pesquisadora do Laboratório de Pânico e Respiração – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (IPUB – UFRJ)

[Endereço para correspondência](#)

---

#### **RESUMO**

O artigo faz uma breve revisão da história das terapias cognitivas e do seu desenvolvimento no Brasil, além de avaliar as suas diferentes tendências teóricas e práticas entre 228 psicólogos e 20 psiquiatras brasileiros, que escolheram, dentre três modelos teóricos de intervenção apresentados em um questionário (A - de reestruturação cognitiva; B - cognitivo-comportamentais e C - construtivistas), aquele que mais norteava a sua prática clínica. Outros dados solicitados no questionário incluíram: tempo de experiência, tipo de treinamento, abordagem de treinamento inicial, áreas de atuação, local de atuação e profissão. Os resultados indicam uma crescente expansão das terapias cognitivas no Brasil, especialmente nos últimos cinco anos, sendo o Rio de Janeiro o local de maior concentração de profissionais dessa abordagem. A grande maioria dos terapeutas adota a combinação dos modelos A e B em suas práticas clínicas. Quando apenas um modelo é utilizado, o modelo A é o mais popular dos três, seguido do B. A clínica-escola e os cursos de especialização ou de formação têm sido predominantes no treinamento dos participantes. O percentual de profissionais que atua em hospitais ainda é pequeno em relação aos que trabalham em clínicas ou consultórios. Uma replicação do estudo após 10 anos é sugerida.

**Palavras-chave:** Terapias cognitivas, História no Brasil, Formação.

---

## **ABSTRACT**

This article is a brief revision on the history of cognitive psychotherapies and their development in Brazil, as well as an evaluation of the different theoretical and practical tendencies of 228 psychologists and 20 psychiatrists from Brazil, who have chosen, among three theoretical intervention models presented in a questionnaire (A- cognitive restructuring; B-cognitive-behavior and C-constructivists) the one that most represented their clinical practices. Other data asked in the questionnaire were: experience time, type of training, approach on training initialization, areas of work, place of work and profession. The results show a crescent expansion of cognitive therapies in Brazil, especially in the last five years, being Rio de Janeiro the city with the higher concentration of professionals in this approach. The great majority of therapists adopt a combination of models A and B in their clinical practices. When only one model is used, model A is the most popular of all three, followed by model B. The school-clinic and the specialization or graduating courses have been predominant in the training of participants. The percentage of professionals working in hospitals is still quite low when compared to those working in clinics or private offices. A reapplication of studies is suggested after 10 years.

**Keywords:** Cognitive therapies, History in Brazil, Training.

---

## **Introdução**

Vários estudos atestam a eficácia das terapias cognitivas (Barreto & Elkis, 2004; Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Dattilio & Padesky, 1995; Juruena, 2004), fazendo com que estas sejam consideradas como mais importantes e melhor validadas entre as demais abordagens psicoterápicas (Cottraux & Matos, 2007; Salkovskis, 2005).

O reconhecimento da eficácia das terapias cognitivas tem aumentado a sua popularidade, levando-as à condição de "paradigmas dominantes" na área da psicologia clínica (Dobson & Scherrer, 2004). Esse *status* também é confirmado através de dados empíricos, onde a abordagem cognitivo-comportamental é apontada como a que mais obteve popularidade nos últimos vinte anos (Robins, Gosling & Craik, 1999).

A projeção da popularidade das abordagens cognitivas para os próximos anos parece indicar que esta continuará a crescer. Norcross, Hedges e Prochaska (2002) utilizaram pela terceira vez um procedimento chamado de *Delphi Poll*, que se repete a cada 10 anos, onde, através de uma sofisticada e bem controlada metodologia, um grupo de especialistas prevê que mudanças irão influenciar as psicoterapias no futuro. As

previsões dos dois primeiros estudos, um de 1980 e outro de 1990, foram confirmadas. Nesse terceiro estudo foi previsto para o ano de 2010 maior crescimento e predominância das teorias cognitivo-comportamental e cognitiva, assim como das teorias sensíveis às diferenças culturais, ecléticas ou integrativas.

As terapias cognitivas incluem diferentes tendências e procedimentos de intervenção, os quais revelam muitos aspectos comuns, mas também algumas divergências, razão pela qual o termo é utilizado no plural. Com base nesse princípio e na abrangência das terapias cognitivas em todo o mundo, serão avaliadas neste artigo as preferências dos profissionais brasileiros que utilizam a orientação cognitiva em suas práticas, após uma breve revisão histórica das terapias cognitivas, bem como do seu desenvolvimento no Brasil.

## **Origem, desenvolvimento e princípios das terapias cognitivas**

As terapias cognitivas começaram a surgir ao final dos anos 60, em parte como resultado de um movimento de insatisfação com os modelos estritamente comportamentais (S-R), que não reconheciam a importância dos processos cognitivos mediando o comportamento (Dobson & Block, 1988; Dobson & Sherrer, 2004; Falcone, 2006).

Dentre os autores que participaram deste movimento, Albert Bandura (Bandura, 1969; 2008) foi um dos mais importantes críticos do modelo operante, ao propor uma compreensão da aprendizagem sem tentativa, conhecida como "modelação", que é freqüente entre os seres humanos e que ocorre pela observação de um modelo, sem a necessária reprodução do comportamento. Como afirma Dowd (1997), através de demonstrações empíricas, Bandura mostrou que a "caixa preta" poderia ser compreendida cientificamente e que os reforços percebidos eram mais efetivos do que os reais. Em outras palavras, as conseqüências eram mediadas cognitivamente.

Michael Mahoney (1946-2006) foi também um importante precursor do movimento cognitivista. Em uma publicação intitulada *Cognition and Behavior Modification* (Mahoney, 1974), ele fez uma análise crítica aos modelos não mediacionais, enfatizando a importância do processamento cognitivo, o qual poderia ser inferido e sustentado cientificamente.

Os princípios estritamente comportamentais foram também desafiados por autores russos, dentre os quais se destaca Lev Semenovich Vygotsky (1896-1934), o qual verificou que crianças eram bem sucedidas na aprendizagem de regras gramaticais, independente de reforçamento (Vygotsky, 1962, 1991).

O surgimento das terapias cognitivas também foi decorrente de uma rejeição aos modelos psicodinâmicos e ao questionamento de sua eficácia. Em 1952, Hans J. Eysenck (1916-1997) já havia realizado um estudo onde não se encontraram evidências de que a eficácia da terapia psicanalítica fosse maior do que a remissão espontânea (melhora produzida sem nenhum tratamento específico) (Kazdin, 1983). Rachman e Wilson (1980, citado por Dobson & Block, 1988) afirmaram não haver indícios aceitáveis que apoiassem a eficácia do tratamento psicanalítico.

Aaron Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982) relata que os seus questionamentos à psicanálise tiveram início em 1956, quando verificou que a hipótese da raiva retrofletida não se confirmara em seu estudo com pacientes deprimidos. Embora vindo de uma tradição psicanalítica, Albert Ellis (1913-2007) também revelou insatisfações com os resultados práticos do trabalho psicanalítico (Ellis, 1997).

No mesmo período em que ocorriam insatisfações com a abordagem estritamente comportamental e com o modelo psicodinâmico, começou a surgir uma crescente atenção aos aspectos cognitivos do comportamento humano, tanto na psicologia geral quanto na psicologia experimental (Dobson & Block, 1988; Dobson & Sherrer, 2004). Vários eventos científicos aconteceram na década de 50 enfatizando a teoria do processamento da informação (Kastrup, 2006), passando a ser esta cada vez mais utilizada na compreensão de fenômenos clínicos, como por exemplo, na mediação cognitiva da ansiedade (Dobson & Sherrer, 2004).

Diversos terapeutas e teóricos comportamentais resolveram então assumir a identificação cognitivo-comportamental (Dobson & Block, 1988; Dobson & Sherrer, 2004). Como afirma Jacobson (1987), a incorporação das teorias e terapias cognitivas à terapia comportamental foi tão completa que é difícil encontrar atualmente terapeutas comportamentais puros no trabalho com os seus pacientes, "a despeito dos problemas inerentes à incorporação dos conceitos mediacionais dentro da visão behaviorista do mundo clínico" (p. 5).

As abordagens cognitivas partem do pressuposto de que um processo interno e oculto de cognição media o comportamento. Um mesmo evento pode ser considerado como agradável para uma pessoa, gerando um comportamento de aproximação, ou ameaçador para outra, provocando ansiedade e esquiva. Desse modo, é a interpretação do evento que gera emoções e comportamentos e não o evento em si (Knapp, 2004).

Entretanto, embora compartilhando de características fundamentais, as abordagens cognitivas apresentam diferenças de princípios e de procedimentos (Dobson & Sherrer, 2004). Enquanto a terapia cognitiva de Beck (1982) e a terapia racional emotivo-comportamental de Ellis (1997) focalizam-se nas cognições para promover mudanças emocionais e comportamentais (Beck, 1997), autores de enfoque cognitivo-construtivista (por ex., Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Guidano & Liotti, 1983; Mahoney, 1998; Neimeyer, 1997), defendem o papel das emoções como preponderantes na influência do comportamento.

Autores construtivistas também consideram que as terapias cognitivas de Beck e de Ellis, assim como outras formas de abordagem cognitivo-comportamental, são racionalistas, uma vez que em seus pressupostos filosóficos, existe um mundo externo que pode ser percebido de forma correta ou incorreta. Assim, o enfoque construtivista está no "valor da validade" das estruturas cognitivas, e não no seu "valor de verdade" (Dobson & Sherrer, 2004).

Caro Gabalda (1997) propõe uma classificação das terapias cognitivas em três diferentes tipos de modelos: de reestruturação cognitiva, cognitivo-comportamentais e construtivistas.

Os modelos de reestruturação cognitiva identificam-se com as primeiras terapias cognitivas representadas por Beck et al. (1982) e Ellis (1997) e foram desenvolvidos

por teóricos de treinamento psicodinâmico, os quais tendiam a destacar o papel do significado, defendendo que o que uma pessoa pensa ou diz não é tão importante quanto o que esta acredita. A tarefa consiste em desenvolver estratégias para examinar a racionalidade ou validade das crenças. Orientada para o problema, busca modificar as atividades defeituosas do processamento da informação características do transtorno psicológico (Caro Gabalda, 1997).

Os modelos cognitivo-comportamentais têm origem mais clara nas terapias comportamentais, que incluem as estratégias de solução de problemas. Foram desenvolvidos por teóricos com treinamento comportamental, tais como Meichenbaum (1997), Barlow (Barlow & Cerny, 1999), Lineham (1993), entre outros, os quais conceituam o pensamento de forma mais concreta, ou seja, como um conjunto de autoenunciados encobertos que também podem ser influenciados pelas mesmas leis do condicionamento. Sua tarefa consiste em ensinar habilidades cognitivas específicas (Hollon & Beck, 1994, citado por Caro Gabalda, 1997).

Os modelos construtivistas, representados por Guidano & Liotti (1983), Mahoney (1998), e Neimeyer (1997), partem do pressuposto de que os seres humanos são participantes proativos (e não passivos de forma reativa) em suas experiências (percepção, memória e conhecimento). Assim, o conhecimento humano é: interpessoal, evolutivo e proativo; opera em níveis tácitos; a experiência humana e o desenvolvimento pessoal refletem processos individualizados, auto-organizadores, que favorecem a manutenção dos padrões experienciais (Caro Gabalda, 1997).

Caro Gabalda (1997) sugere ainda existir uma grande aproximação entre os dois primeiros modelos acima, uma vez que ambos compartilham de muitos aspectos comuns, tais como atribuir os transtornos emocionais a disfunções do processamento cognitivo; foco nos problemas específicos e na mudança da cognição para obtenção de mudança do afeto; intervenções de tempo limitado e de estilo educativo etc. Segundo a autora, as terapias de reestruturação cognitiva, cujos autores vinham da psicanálise, buscavam uma visão distinta sobre a psicopatologia e um interesse pelo método experimental. As terapias comportamentais, por sua vez, estavam evoluindo em seus modelos de comportamentos encobertos e se envolvendo pelo cognitivo, sem abandonar os requisitos mínimos experimentais.

Entretanto, embora apontando diferenças entre os dois primeiros modelos e o terceiro, Caro Gabalda (1997) assume que não existe um muro intransponível entre eles, sendo possível uma integração. A terapia do esquema, desenvolvida por Jeffrey Young (Young, Klosko & Weishaar, 2003) pode ser um exemplo de abordagem cognitiva integrativa, uma vez que reúne características dos três modelos apresentados acima (Callegaro, 2005; Young et al., 2003).

## **Desenvolvimento das terapias cognitivas no Brasil**

Os dados a seguir baseiam-se principalmente em depoimentos, via *e-mail*, de vários profissionais que contribuíram para o crescimento das terapias cognitivas no Brasil. Deve-se ressaltar, no entanto, que esta revisão não é abrangente o suficiente para esgotar a totalidade de profissionais brasileiros que atuam como terapeutas cognitivos e que têm difundido esta abordagem, assim como de cursos de especialização, de formação, ou de instituições.

As terapias cognitivas no Brasil têm suas origens no enfoque comportamental, ocorrendo concomitantemente em São Paulo, com a análise experimental do comportamento e no Rio de Janeiro, com uma prática mais clínica, denominada "condutoterapia" (Rangé & Guilhardi, 1995). Somente ao final da década de 80 é que o movimento cognitivo-comportamental começou a aparecer no Rio e em São Paulo, a partir do interesse em estudar o modelo cognitivo dos transtornos de ansiedade (Ver Abreu, Ferreira & Appolinário, 1998; Rangé & Guilhardi, 1995, para uma revisão mais detalhada).

Em São Paulo, o primeiro sinal de integração entre os modelos cognitivo e comportamental surgiu no início dos anos 70, quando Raquel Rodrigues Kerbauy e Luiz Otávio de Seixas Queiroz começaram a enfatizar em seus cursos os eventos privados e os aspectos cognitivos como variáveis mediadoras do comportamento (Rangé & Guilhardi, 1995). Eles trouxeram Michael Mahoney para São Paulo, em 1973, para ministrar um curso sobre "modificação cognitiva do comportamento". Este evento foi mencionado um ano depois, no prefácio de uma publicação de Mahoney (1974). Entretanto, somente ao final dos anos 80 e início dos anos 90 é que se configurou um primeiro movimento de integração dos modelos cognitivos e comportamentais.

A criação do AMBAN (Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP), em 1985, que surgiu do interesse de alguns psiquiatras em aprofundar estudos dos transtornos de ansiedade (Gentil, Lotufo-Neto & Bernik, 1997), atraiu um grupo de profissionais de orientação comportamental tais como Miréia Roso, Lígia Ito e Mariângela Gentil Savoia, interessados no tema. Esse grupo, liderado pelo psiquiatra Francisco Lotufo Neto, começou a trabalhar com transtornos de ansiedade dentro do enfoque cognitivo-comportamental (M.G. Savoia, comunicação pessoal em 31 de maio de 2006). Ao cursar o doutorado em Londres, Lígia Ito aprofundou-se no tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos de ansiedade, sob a orientação de Isaac Marks e posteriormente, em terapia cognitiva, sob orientação de Melanie Marks (L. Ito, comunicação pessoal em 06 de junho de 2006). Essa experiência contribuiu para os trabalhos posteriores no AMBAN, rendendo várias publicações, dentre estas a edição de um livro intitulado *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos* (Ito, 1998).

A abordagem cognitivo-comportamental começou a ser difundida também em Campinas, por volta de 1985, com a fundação do Centro Psicológico do Controle do Stress, por Marilda Emmanuel Lipp (L. E. N. Malagris, comunicação pessoal em 10 de novembro de 2007), sendo considerado referência no tema, havendo formado muitos profissionais nessa área. No campo da psicologia da saúde, o Serviço de Psicologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), iniciado em 1981 com a contratação de Maria Cristina Miyazaki e posteriormente com Neide Miceli Domingues, para atuar na enfermagem de pediatria, conta agora com 40 psicólogos (docentes, contratados e aprimorandos) que desenvolvem atividades de extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa em psicologia da saúde, tendo como base o enfoque cognitivo-comportamental (Miyazaki, Domingos, Valério, Santos & da Rosa, 2002).

O modelo cognitivo-comportamental em São Paulo favoreceu o início do movimento construtivista em psicoterapia no Brasil, quando um grupo de paulistas participou de um *Workshop* de Michael Mahoney, por ocasião do *World Congress of Cognitive Therapy*, realizado em Toronto, em 1992. A partir desta experiência, esse grupo começou a se organizar e o construtivismo terapêutico passou a ser ensinado em um

contexto acadêmico, tanto em graduação quanto em especialização, além de ser amplamente divulgado através de vários eventos internacionais organizados por esses profissionais (Abreu et al., 1998). O curso de especialização, que foi inicialmente coordenado por Cristiano Nabuco de Abreu, de 1992 a 2002, no Núcleo de Psicoterapia Cognitiva de São Paulo, atualmente é também ministrado no AMBULIM (Instituto de Psiquiatria da USP), sob a coordenação de Cristiano Nabuco de Abreu, Fátima Vasques, Raphael Cangelli Filho e Taki Cordas (C.N. de Abreu, comunicação pessoal em 1 de agosto de 2006).

Em 1996 o grupo de construtivistas que incluía: Cristiano Nabuco de Abreu, Rafael Cangelli Filho, Ricardo Franklin Ferreira, entre outros, fundou a *Associação Brasileira de Terapias Cognitivas Construtivistas* (ABTCC) a qual veio a se fundir, um ano depois, com a *Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas* (SBTC) (C.N. de Abreu, comunicação pessoal em 1 de agosto de 2006), sendo esta referida mais adiante. A SBTC teve sua diretoria em São Paulo na gestão 1999/2001, sendo Francisco Lotufo Neto o então presidente e agora retorna na gestão 2007/2009, com Cristiano Nabuco de Abreu na presidência<sup>1</sup>.

Vários eventos têm sido organizados em São Paulo, merecendo destaque o *workshop* sobre terapia do esquema, ministrado por Jeffrey Young, em julho deste ano. O evento foi organizado pelo grupo do AMBULIM e pela SBTC, reunindo mais de 500 pessoas.

No Rio de Janeiro, o interesse pelo enfoque cognitivo iniciou-se a partir da publicação em português do livro *Terapia Cognitiva da Depressão* (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982) (Rangé & Guilhardi, 1995). Nesta época, a terapia comportamental, iniciada nos anos 1960 por Geraldo da Costa Lanna (Universidade Gama Filho) e Otávio Soares Leite (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro) já havia formado alguns adeptos, dentre os quais, o mais conhecido era Bernard Pimentel Rangé, que lecionava na PUC-Rio. Com a chegada do austríaco Harald Lettner ao Rio, em 1981, que foi contratado como professor da PUC-Rio por Bernard Rangé, então Diretor do Departamento de Psicologia, o movimento da terapia comportamental no Brasil recebeu mais um impulso (Rangé & Guilhardi, 1995).

A entrada de Lettner na PUC ampliou as chances de formação dos primeiros mestres em psicologia clínica comportamental realizada nesta cidade, na década de 1980, dentre os quais se incluíram: Eliane Falcone (que já havia feito formação clínica com Geraldo Lanna), Helene Shinohara (que veio de São Paulo e havia se formado em clínica comportamental com Hélio Guilhardi) e Monique Bertrand (que fez parte do primeiro grupo de terapeutas formados por Eliane Falcone, em 1986) (Rangé & Guilhardi, 1995).

Além do trabalho acadêmico, Lettner também fundou, em 1983, juntamente com Carlos Eduardo Goulart Brito, o Instituto de Psicoterapia Comportamental (IPC), que formou vários profissionais, dentre os quais se destacam Mauricio Canton Bastos, Mônica Duchesne, Maria Alice Castro, Lucia Novaes e Sandra Salgado (C.E.G.Brito, comunicação pessoal em 19 de outubro de 2006).

O início da década de 1990 marcou o interesse dos profissionais do Rio pela abordagem cognitiva de Beck quando um grupo, interessado em estudar o processamento cognitivo nos transtornos de ansiedade, começou a se reunir para discutir o tema a partir do livro intitulado *Anxiety disorders and phobias* (Beck, Emery & Greenberg, 1985) (Rangé & Guilhardi, 1995). O grupo, que reunia Bernard Rangé,

Eliane Falcone, Helene Shinohara, Lucia Novaes, Mônica Duchesne, Paula Ventura e Maria Alice Castro passou a considerar o modelo cognitivo como a principal referência teórica em seus trabalhos (H. O. Shinohara, comunicação pessoal em 10 de agosto de 2006).

A partir dos anos 1990, alguns profissionais do Rio de Janeiro começaram a conquistar espaço na área acadêmica, contribuindo para a expansão das terapias cognitivas nos cursos de graduação. Eliane Falcone entrou para a UERJ; Bernard Rangé saiu da PUC e entrou para a UFRJ, seguido de Lucia Novaes; Helene Shinohara e Monique Bertrand entraram para a PUC-Rio (Rangé & Guilhardi, 1995). Posteriormente, Denise Amorim Rodrigues, Maria Alice Castro e Carlos Eduardo Goulart Brito ingressaram na UNESA, Maurício Canton Bastos na UVA e Paula Ventura na UFRJ.

A formação de profissionais também se deu através de treinamento em Hospitais. Em 1994, Mônica Duchesne passou a atuar como coordenadora da psicologia do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), situado no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), em convênio com a UFRJ, onde implantou programas de tratamento de pacientes com transtornos alimentares (anorexia, bulimia e TCAP obesidade) individuais e em grupo. Vários profissionais têm sido formados para tratar desses transtornos (M. Duchesne, comunicação pessoal em 12 de novembro de 2006). Na Santa Casa de Misericórdia foi criado, por Vera Lemgruber, um setor de psicoterapia breve, onde profissionais são treinados em terapia cognitivo-comportamental para atendimento de pacientes com transtornos de ansiedade. Em função da demanda, criou-se um setor de atendimento em grupo de pacientes com TOC (B.P. Rangé, comunicação pessoal em 10 de agosto de 2006).

A década de 90 foi também marcante pela organização de importantes eventos por parte do grupo do Rio de Janeiro. Em 1991 foi fundada a *Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental* (ABPMC), que teve Bernard Rangé como o principal agente de integração entre os profissionais de São Paulo, de Ribeirão Preto e de Campinas. Como o primeiro Presidente eleito desta Associação, Bernard organizou o *I Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*, realizado na UERJ, em 1992 (Rangé & Guilhardi, 1995). Em 1993, o grupo do Rio reuniu profissionais renomados como Helio Guilhardi, David Barlow, Samuel Turner, Vicente Caballo, Gualberto Buena-Casal, Hector Fernandez-Alvarez, Herbert Chappa e Rafael Navarro, para o *Encontro Internacional de Terapia Cognitivo-Comportamental*. Pouco depois, em 1995, Bernard Rangé, Cristiano Nabuco de Abreu e Paulo Knapp foram convidados para participar do I Congresso Latino-Americano de Terapias Cognitivas, em Buenos Aires (B. Rangé, comunicação pessoal em 10 de agosto de 2006).

Com a colaboração de Eliane Falcone e Helene Shinohara, Rangé também trouxe para o Rio, em 1999, o *V Latini Dies*, que reuniu mais de 400 participantes, vindos de vários países da Europa, da América do Sul e de várias cidades do Brasil. O evento aconteceu juntamente com o *II Congresso Brasileiro da SBTC* e foi apoiado por esta sociedade, assim como pela ABPMC, conforme consta no *site* da SBTC. Neste congresso foi fundada também a Associação Latino-Americana de Terapias Cognitivas (ALAPCO), da qual Raquel Zamora (Uruguai) foi eleita a primeira Presidente (B.P. Rangé, comunicação pessoal em 10 de agosto de 2006).

A partir do ano de 2003 a popularidade das terapias cognitivas no Rio de Janeiro começou a crescer de forma mais acelerada, acompanhando o aumento da produção dos profissionais da área. Nesta época, a diretoria da SBTC estava nesta cidade, tendo



Eliane Falcone como presidente. Além disso, na mesma época, Bernard Rangé havia assumido a presidência da ALAPCO.

Como forma de divulgar a SBTC no Rio, foi organizada a *I Mostra Universitária de Produção Científica em Terapia Cognitivo-Comportamental (I Mostra TCC)*, na UERJ, que reuniu mais de 600 participantes, sendo o evento descrito em detalhes no *site* da SBTC. O sucesso da I Mostra fez com que esta se repetisse até hoje, tornando-se um congresso estudantil bastante popular na cidade. Para dar continuidade a esse e a outros eventos no Rio, foi fundada em abril de 2005 a *Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-RIO)*, tendo Helene Shinohara como presidente<sup>2</sup>. A idéia da ATC foi tão bem aceita que esta passou a ser criada em São Paulo, tendo Gildo Angellotti como atual presidente, e atualmente começa a ser implantada em outras cidades do Brasil.

Durante a sua gestão como presidente da SBTC, Eliane Falcone fundou, em 2005, a *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas (RBTC)*, com a colaboração de Lucia Novaes, Adriana Nunan e Mônica Duchesne (Falcone, 2007). Esta foi uma das mais importantes contribuições do grupo do Rio de Janeiro à comunidade de terapeutas cognitivos brasileiros.

No sul, o movimento cognitivo-comportamental teve início em Porto Alegre, em meados dos anos 90. Verifica-se, pelo depoimento de alguns profissionais, que o enfoque estritamente comportamental não estava estabelecido nesta cidade, como aconteceu em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Em 1994, Aristides Volpato Cordioli fundou um programa de ambulatório no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (Protan), para tratar de pacientes com transtornos de ansiedade (fobias, transtornos de pânico e obsessivo-compulsivo), baseado no enfoque cognitivo-comportamental, onde todos os residentes do Hospital faziam estágio. O programa permanece até hoje, dando origem à residência em psicoterapia cognitivo-comportamental, que terá início em 2008 (A. V. Cordioli, comunicação pessoal em 10 de novembro de 2007) .

O modelo cognitivo-comportamental de intervenção também passou a se tornar conhecido para os gaúchos a partir dos trabalhos de Alan Marlatt sobre prevenção de recaída. Seu livro foi traduzido para o português (Marlatt & Gordon, 1993) por indicação de Paulo Knapp. Nesta época, Margareth da Silva Oliveira já trabalhava com dependência química, com o grupo de Coimbra, liderado por José Augusto Pinto Gouveia. Seus conhecimentos foram levados para a PUC-RS, onde passou a ministrar disciplinas nesta área (M.S. Oliveira, comunicação pessoal em 12 de novembro de 2007).

A partir de sua formação em terapia cognitiva realizada no *Beck Institute* e de um curso ministrado por Cory Newman sobre dependência química, Melanie Ogliare Pereira criou, em 1996, o primeiro ambulatório do Rio Grande do Sul para atendimento de dependentes químicos, utilizando uma abordagem cognitiva sistematizada (M.O.Pereira, comunicação pessoal em 15 de agosto de 2006). Ainda neste ano, Renato Caminha começava a produzir pesquisas na Unisinos sobre o desenvolvimento de modelos de tratamento de estresse pós-traumático (R.M.Caminha, comunicação pessoal em 10 de agosto de 2006).

Em 1997, foi realizado em Gramado o II Congresso Latino-Americano de Terapias Cognitivas e o I Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas. Durante este congresso foi fundada a Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC), com Paulo Knapp como seu primeiro presidente, tal como consta no *site* desta sociedade.

No período de 1997 a 1999, Paulo Knapp e Melanie Ogliare Pereira organizaram, em Porto Alegre e em São Paulo, um programa extramuros de formação em terapia cognitiva, trazendo profissionais do *Beck Institute* (Leslie Sokol, Cory Newman, Norman Cotterel e Cristine Relly) para treinamento em terapia cognitiva. Esse programa constituiu um marco na história das terapias cognitivas no Brasil, uma vez que despertou o interesse de muitos profissionais por essa abordagem teórica, dentre os quais se incluíram: Margareth Oliveira, Irismar de Oliveira, Carla Bicca, Patrícia Picon, Renato Caminha, Ricardo Wainer, entre outros (M. O. Pereira, comunicação pessoal em 15 de agosto de 2006). O curso de São Paulo reuniu muitos profissionais que já atuavam em terapia cognitiva, tais como: Bernard Rangé, Eliane Falcone, Paula Ventura, Maria Cristina Miyazaki, Francisco Lotufo, Mariângela Savoia, Ligia Ito, Márcia Scazufska, entre outros. Nesta mesma época, Ricardo Wainer e Renato Caminha organizaram o primeiro curso de especialização em terapia cognitiva, na Unisinos (R. Wainer, comunicação pessoal em 20 de novembro de 2007).

Em 1999 foi criado, por Aristides Cordioli, o grupo para pacientes portadores de TOC, sendo esse protocolo utilizado atualmente em São Paulo, no Rio, em Recife e em Florianópolis. Neste mesmo ano, Cordioli fundou, juntamente com Paulo Knapp, um curso de extensão em terapia cognitiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (A. V. Cordioli, comunicação pessoal em 10 de novembro de 2007).

A produção de eventos em Porto Alegre tem se mantido bastante ativa. Em outubro de 2006, Melanie Ogliare Pereira organizou um Fórum com a presença de Judith Beck, reunindo 500 participantes vindos de cidades do Brasil e da América do Sul (Falcone & Malagris, 2006). Neste mesmo ano, Ricardo Wainer e Neri Piccoloto criaram um novo curso de especialização em terapia cognitivo-comportamental em uma clínica privada, que há 10 anos já realiza cursos de extensão na área (R. Wainer, comunicação pessoal em 20 de novembro de 2007). Além disso, outros eventos, como a Jornada Gaúcha de Terapia Cognitivo-Comportamental, têm se tornado regulares (Falcone, 2007).

A comemoração dos 10 anos da SBTC foi realizada em abril deste ano, também em Gramado, sendo o evento organizado pela diretoria do sul, que tinha como presidente Renato Caminha (Falcone, 2007).

Outra cidade do sul onde começa a surgir um movimento cognitivo-comportamental é Florianópolis. O Instituto Catarinense de Terapia Cognitiva, dirigido por Marco Callegaro, tem formado muitos terapeutas dessa abordagem, desde 2003 (M. Callegaro, comunicação pessoal em 10 de novembro de 2007).

No nordeste, a abordagem cognitivo-comportamental começou a ser difundida em João Pessoa, através de Marcos Rogério de Sousa Costa, que foi presidente da SBTC na gestão 2001/2003. Os primeiros contatos de Marcos Rogério foram com Bernard Rangé, Harald Lettner, Geraldo Lanna, em 1987 (Rangé & Guilhardi, 1995) e posteriormente com Cristiano Nabuco. Em 1989 ele implantou a supervisão em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental no UNIPÊ – Centro Universitário de João Pessoa, sendo esta a primeira Universidade do Nordeste a oferecer estágio nesta abordagem (M. R. S. Costa, comunicação pessoal em 16 de junho de 2006).

Em Salvador, as terapias cognitivas têm sido popularizadas através de Irismar Reis de Oliveira que, a partir do curso extramuros realizado em Porto Alegre, passou a fazer cursos com freqüência no Beck Institute, levando os seus conhecimentos para a Universidade Federal da Bahia onde, juntamente com Vânia Powel, fundou um curso de especialização em terapia cognitiva (I. R. de Oliveira, comunicação pessoal em 12 de agosto de 2006).

Outros núcleos de terapias cognitivas têm surgido em cidades do Nordeste, por iniciativa de alguns profissionais que trabalham para divulgar essa abordagem. Dentre esses se incluem: Benéria Donato, de Pernambuco, Eleonardo Rodrigues, do Piauí e o Núcleo Alagoano de Psicoterapia Cognitiva, dirigido por Maria Cilene Gameleira, Christiane Peixoto e Marcia Prado. O mesmo tem acontecido na região norte com cursos sobre terapia cognitiva organizados por Paulo Knapp, em Manaus, com a colaboração de Mauricio Hayasida e Jorge Cabral. Também no centro-oeste têm surgido atividades coordenadas por Marta Vilela e Céres Mota Duarte (B. P. Rangé, comunicação pessoal em 10 de novembro de 2006).

A crescente publicação de livros e de artigos científicos de autores brasileiros reflete a expansão das terapias cognitivas no Brasil, especialmente nos últimos 10 anos. Alguns dos livros publicados são de São Paulo (Abreu & Roso, 2003; Abreu et al., 1998; Ito, 1998; Lipp, 2003, 2004; Silves, 2000), Rio de Janeiro (Rangé, 2001) e Rio Grande do Sul (Caminha, 2005; Caminha, Wainer, Oliveira & Piccoloto, 2003; Cordioli, 2004, 2007; Knapp, 2004;). A maioria dessas publicações é editada e reúne uma variedade de autores de várias cidades do Brasil. A quantidade de artigos científicos publicados inviabiliza o seu detalhamento neste trabalho.

Com base na revisão acima, verifica-se que o movimento das terapias cognitivas no Brasil percorreu trajetória semelhante ao que se iniciou no mundo, a partir de insatisfações com as limitações do modelo estritamente comportamental, em São Paulo e no Rio de Janeiro. As vertentes construtivista e cognitivo-comportamental parecem ter sido mais predominantes em São Paulo, enquanto no Rio de Janeiro os modelos de escolha foram os de reestruturação cognitiva e cognitivo-comportamental. No Rio Grande do Sul, um reduto psicanalítico (Rangé & Guilhardi, 1995), o movimento parece já haver surgido, em sua maioria, dos modelos de reestruturação cognitiva e cognitivo-comportamental.

Considerando o crescimento da popularidade das terapias cognitivas no Brasil, pretende-se avaliar as preferências atuais dos profissionais que trabalham com terapias cognitivas, que tipo de formação eles têm recebido e em que contextos têm atuado. O presente estudo teve como objetivo responder a essas questões.

## **Método**

Profissionais que atuam baseados em terapias cognitiva e comportamental foram solicitados, pela internet, a escolher dentre três modelos de terapia: A) modelos de reestruturação cognitiva; B) modelos cognitivo-comportamentais; C) modelos construtivistas, aquele que mais identificava a sua prática clínica. Os três modelos baseiam-se na classificação de Caro Gabalda (1997) citados anteriormente. Mais de um modelo poderia ser escolhido pelos profissionais.

Os participantes foram também solicitados a fornecer informações sobre: tempo de experiência clínica, tipo de treinamento recebido, cidade onde trabalha, tipo de atuação e formação acadêmica.

O contato com os participantes foi feito a partir do cadastro de e-mail dos pesquisadores, bem como de associações, cursos de especialização, entre outros. Os participantes foram também solicitados a repassar o questionário para os seus colegas, de modo a se obter uma divulgação o mais ampla possível.

As respostas do questionário foram enviadas aos pesquisadores por e-mail. Cada questionário respondido foi cadastrado, numerado e impresso, para evitar riscos de se computar mais de uma vez a resposta de um mesmo participante.

Após impressos, os questionários foram computados separadamente, de acordo com o tipo de modelo escolhido (A, B, C, A-B, A-C, B-C, A-B-C), em uma tabela que continha os dados de todos os itens (tempo de experiência, tipo de treinamento, cidade onde trabalha, tipo de atuação etc.). Essa tabela constituiu a base de dados para a contagem global das respostas, bem como para relacionar cada modelo escolhido com os outros dados do questionário.

## **Resultados e discussão**

Responderam ao questionário 248 profissionais (228 psicólogos e 20 psiquiatras) que atuam na área clínica, com tempo de experiência variando de um a 40 anos. Destes, 54% trabalham exclusivamente em consultório ou clínica de psicoterapia e 7% exclusivamente em hospital. Outros 39% exercem duas ou mais atividades, integrando a experiência em consultório ou clínica com supervisão, docência, hospital ou outras funções não relacionadas diretamente à clínica (por ex., empresa, escola, ONGs, jurídica etc.). Finalmente, 2% desses profissionais integram atividades de hospital com supervisão ou docência.

Dentre as modalidades de treinamento em clínica mais apontadas pelos participantes desse estudo destacam-se: a clínica-escola (56%), os cursos de formação e/ou especialização (53%) e a supervisão particular (23%). Outras modalidades declaradas incluem: hospital / ambulatório (11%), instituições no exterior (8%) e recursos autodidatas, tais como pesquisa bibliográfica, participação em congressos etc (5%). Mais de uma modalidade de treinamento foi revelada por 48% desses profissionais.

Com relação ao tipo de abordagem que orientou o treinamento inicial dos participantes, 69% foi de orientação cognitiva, 20% de orientação comportamental, 3% de orientação psicanalítica e 8% de orientação não identificada. Dentre os que receberam treinamento comportamental, 32% trabalham atualmente baseados na análise do comportamento e 68% adotaram a orientação cognitiva em algum momento da carreira.

A distribuição dos profissionais por região indica 69% do sudeste, 13% do sul, 15% do nordeste, 2% do centro-oeste e 1% do norte.

Com referência à escolha dos modelos teóricos que embasam a prática atual dos profissionais, 24% seguem o modelo A; 17% o modelo B e 8% o modelo C. A combinação de modelos foi também apontada pelos participantes. Assim é que 36% dos profissionais declararam utilizar em suas práticas a combinação dos modelos A e B; 8% os modelos A e C combinados; 1% os modelos B e C combinados e 3% os modelos A, B e C combinados. Finalmente, 2% dos participantes não se identificaram com nenhum dos modelos citados. A Tabela 1 apresenta os dados globais do questionário.

**Tabela 1-** Dados globais do questionário (N=248)

Dados da amostra	N	%	Dados da amostra	N	%
<b>1. Tempo de experiência</b>			<b>4. Treinamento inicial</b>		
Até 05 anos:	126	51	Cognitiva	172	69
Mais de 05 até 10 anos	45	18	Comportamental	50 ***	20
Mais de 10 anos	77	31	Psicanálise	07	3
<b>Total:</b>	<b>248</b>	<b>100</b>	Não identificado	19	8
<b>2. Áreas de atuação</b>			<b>Total:</b>		
Clinica psicoterápica	135	54		<b>248</b>	<b>100</b>
Clinica e hospital	51	20	<b>5. Localização</b>		
Clinica e outros	13	5	Sudeste	170	69
Clinica e supervisão	15	6	Sul	34	14
Hospital	14	7	Nordeste	38	15
Clinica e docência	06	3	Centro-oeste	04	1,3
Clín., superv. e docência	05	2	Norte	02	0,7
Clín., hosp., Superv. e doc.	05	2	<b>Total:</b>	<b>248</b>	<b>100</b>
Hospital e docência	03	1,6	<b>6. Profissão</b>		
Hospital e supervisão	01	0,4	Psicólogos	228	92
<b>Total:</b>	<b>248</b>	<b>100</b>	Psiquiatras	20	8
<b>3. Modalidade de treinamento *</b>			<b>Total:</b>		
Clinica-escola	140	53		<b>248</b>	<b>100</b>
Formação e/ou especialização	132	56	<b>7. Modelos teóricos:</b>		
Supervisão particular	58	23	Modelo A	56	24
Hospital ou ambulatório	27	11	Modelo B	43	17
Instituições no exterior	20	8	Modelo C	21	9
Autodidata	14	5	Modelos A e B	86	36
			Modelos A e C	19	8
			Modelos B e C	03	1
			Modelos A, B e C	12	3
			Nenhum dos modelos	08	2
			<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

\* Foram treinados em mais de uma modalidade: 119 (48%)

\*\*\* Trabalham atualmente baseados na análise do comportamento: 16 (14%)

Verificou-se neste estudo uma expressiva quantidade de profissionais menos experientes (até 05 anos), que corresponde a 51% da amostra. Em comparação com os participantes de experiência média (mais de cinco até 10 anos), que constituem 18% do total de profissionais, estima-se que a quantidade de terapeutas cognitivos aumentou em mais de 100% nos últimos cinco anos. Observa-se também uma quantidade ainda pequena de profissionais que atuam em hospitais (30% do total da amostra).

A soma expressiva de profissionais treinados no enfoque cognitivo, constituindo 69% da amostra, sugere a crescente expansão dos cursos de formação ou de especialização baseados nessa abordagem. Uma quantidade considerável (20%) de profissionais que atuam no enfoque cognitivo e que foram previamente treinados dentro do modelo

comportamental também foi observada. A mudança desses profissionais em um determinado momento de suas carreiras é concordante com as mudanças ocorridas na história das terapias cognitivas, quando vários terapeutas passaram a adotar o modelo cognitivo como complementar ao comportamental.

A grande concentração de profissionais na região sudeste confirma o percurso das terapias cognitivas no Brasil, onde surgiram os primeiros trabalhos publicados sobre o assunto, bem como os primeiros encontros científicos. Um dado surpreendente refere-se a uma quantidade de respondentes no sul inferior à do nordeste, considerando-se que o movimento cognitivo no sul foi anterior e que a produção nesta região é bastante intensa, como foi visto anteriormente.

A escolha expressiva de modelos combinados sugere que a integração de duas ou três abordagens constitui a melhor opção de prática terapêutica, dependendo do tipo de demanda do paciente. Além disso, a grande preferência pelos modelos A, B e A com B, apontam para uma maior aproximação teórica e prática entre ambos os modelos, confirmando a classificação de Caro Gabalda (1997).

A contagem dos dados dos participantes por tipo de modelo teórico foi feita para buscar relações existentes entre cada um dos modelos escolhidos pelos terapeutas e os tópicos apresentados separadamente: tempo de experiência, áreas de atuação, modalidade de treinamento, abordagem de treinamento inicial, localização e profissão.

**Tabela 2-** Tempo de experiência dos terapeutas por abordagem (N = 248)

Abordagem	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Até 5 anos	5 a 10 anos	Mais de 10 anos	Total
A	7,3	7,2	4,0	34	11	11	56
B	8,1	9,4	4,0	26	06	11	43
C	11,5	9,9	10,0	07	04	10	21
A e B	8,8	7,9	6,0	42	19	25	86
A e C	11,9	9,9	7,0	08	2	9	19
B e C	19,0	13,5	23,0	01	-	2	3
A, B e C	8,4	6,8	6,0	6	01	5	12
Nenhuma	14,4	10,9	11,5	2	2	4	8
TOTAL	9,1	---	---	126	45	77	248

A = ABORDAGEM COGNITIVA; B = COGNITIVO-COMPORTAMENTAL; C = CONSTITUTIVISTA  
 A e B = ABORD. COGN. e COGN-COMP. A e C = ABORD. COGN. e CONSTIT. B e C = COGN-COMP. e CONSTIT.  
 A, B e C = ABORD. COGN. e COGN-COMP. e CONSTIT.

No quesito tempo de experiência (Tabela 2), verifica-se uma quantidade maior de terapeutas iniciantes (até cinco anos) entre os que escolheram os modelos A (60%), B (60%), bem como a combinação dos modelos A e B (49%), em comparação com os terapeutas dos outros grupos. Os níveis de experiência dos terapeutas que escolheram os modelos C, ou as combinações A e C ou B e C, mostraram-se mais equilibrados. Tais resultados sugerem a existência de maior demanda pelas abordagens A, B, ou A e B entre os terapeutas iniciantes.

**Tabela 3-** Tipo de treinamento dos terapeutas por abordagem (N = 248)

Abordagem	Clínica- Escola	Forma/ Espec	Hosp./ Amb.	Inst. Extern.	Auto- Didata	Supervis Dentro	Superv. Fora	> Uma Modal.	Total
A	31	27	8	6	----	9	----	25	56
B	17	22	6	2	5	14	----	17	43
C	10	14	1	1	----	5	----	8	21
A e B	50	48	8	7	7	20	----	50	86
A e C	13	11	----	1	1	4	1	5	19
B e C	2	1	1	1	----	1	----	3	3
A, B e C	9	8	3	2	1	2	----	9	12
Nenhuma	8	1	----	----	----	2	----	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>132</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>57</b>	<b>1</b>	<b>119</b>	<b>248</b>

A = REESTRUTURACÃO COGNITIVA; B = COGNITIVO-COMPORTAMENTAL; C = CONSTATIVISTA  
 A e B = REESTR. COGN. e COGN.-COMP. A e C = REESTR. COGN. e CONST. B e C = COGN.-COMP. e CONST.  
 A, B e C = REESTR. COGN., COGN.-COMP. e CONSTR.

O tipo de treinamento recebido (Tabela 3) aponta a predominância da quantidade de treinamento em clínicas-escola e em cursos de formação / especialização em todas as categorias de abordagem, com exceção do grupo da categoria B, em que a supervisão particular (33%) é equivalente à clínica-escola (39,5%) e aos cursos de formação ou especialização (51%).

A quantidade de terapeutas que recebeu mais de uma modalidade de treinamento mostrou-se maior em relação aos grupos que escolheram as combinações A e B (58%); A, B e C (67%), assim como B e C (100%). Assim, parece que a maior quantidade ou variedade na modalidade de treinamento recebido pode estar relacionada à escolha de mais de um modelo de orientação clínica. Entretanto, essa constatação não é confirmada entre os participantes que escolheram o modelo A e C, cujo percentual de variedade de treinamento foi baixo (25%) em relação aos acima citados.

A avaliação da abordagem de treinamento inicial dos terapeutas (Tabela 4) por tipo de modelo teórico escolhido revela que a maioria (69%) recebeu treinamento inicial baseado em modelos cognitivos. Verifica-se maior quantidade de profissionais com treinamento inicial na abordagem comportamental entre os grupos que escolheram o modelo B e a combinação A e B, constituindo ao todo 56% da amostra referente ao total do grupo treinado nesta abordagem. Tais resultados confirmam novamente maior afinidade entre esses dois modelos e a abordagem comportamental.

**Tabela 4-** Abordagem de treinamento inicial (N = 248)

Abordagem	Comportamental	Cognitiva	Psicanalítica	Não Identificada	Total
A	5	45	2	4	56
B	16*	22	----	5	43
C	----	20	1	----	21
A e B	16**	62	----	8	86
A e C	3	13	3	----	19
B e C	1	2	----	----	3
A, B e C	1	8	1	2	12
NENHUMA	8	----	----	----	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>172</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>248</b>

\* 06 trabalham atualmente com análise do comportamento

\*\* 02 trabalham atualmente com análise do comportamento

A = REESTRUTURACÃO COGNITIVA; B = COGNITIVO-COMPORTAMENTAL; C = CONSTATIVISTA

A e B = REESTR. COGN. e COGN.-COMP. A e C = REESTR. COGN. e CONST. B e C = COGN.-COMP. e CONST.  
 A, B e C = REESTR. COGN., COGN.-COMP. e CONSTR.

Dentre os participantes com treinamento comportamental que escolheram o modelo B, 37% trabalham atualmente com análise do comportamento. Dos que escolheram a combinação A e B de intervenção, 14% fizeram uma observação de que eram analistas do comportamento. Por outro lado, todos os profissionais que não se identificaram com nenhum dos modelos propostos são analistas do comportamento. As respostas desses últimos terapeutas são concordantes com a classificação de Dobson e Scherrer (2004), que exclui a abordagem estritamente dedicada à modificação do comportamento do domínio das orientações cognitivo-comportamentais. Muitos terapeutas analistas do comportamento que receberam o questionário não responderam e isso pode também significar uma não identificação com os modelos apresentados. Entretanto, pode-se constatar nesse estudo que alguns terapeutas analistas do comportamento conciliam, de alguma forma, pelo menos em suas práticas clínicas, as abordagens cognitivas e de análise do comportamento, confirmando essa integração sugerida por Jacobson (1987).

**Tabela 5-** Áreas de atuação (N = 248)

Abordagem	Clín.	Hosp.	Clín. Hosp.	Clín. Sup.	Clín. Doc.	Hosp. Sup.	Hosp. Doc.	Clín./Hosp. Sup./Doc.	Clín./Sup. Doc.	Clín. e Outros	Total
A	31	5	13	1	1	---	1	1	---	3	56
B	27	4	9	---	1	---	---	---	---	2	43
C	13	---	5	---	1	---	---	1	---	1	21
A e B	41	4	20	8	2	1	2	2	2	4	86
A e C	12	1	1	---	---	---	---	---	2	3	19
B e C	1	---	---	2	---	---	---	---	---	---	3
A, B e C	8	---	1	1	---	---	---	1	1	---	12
NÃO	2	---	2	3	1	---	---	---	---	---	8
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>	<b>14</b>	<b>51</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>248</b>

\* Empresas; Ongs; Tribunal etc.

A = ABORDAGEM COGNITIVA; B = COGNITIVO-COMPORTAMENTAL; C = CONSTITUTIVISTA  
 A e B = ABORD. COGN. e COGN. COMP. A e C = ABORD. COGN. e CONSTIT. B e C = COGN. COMP. e CONSTIT.  
 A, B e C = ABORD. COGN. COGN. COMP. e CONSTIT.

A comparação entre as diferentes áreas de atuação com as abordagens teóricas escolhidas pelos participantes desse estudo (Tabela 5) revela que a maioria dos profissionais (54%) atua somente em clínica ou consultório, exercendo a prática da psicoterapia. Observa-se também maior quantidade (23%) de profissionais que integram o trabalho de psicoterapia e de hospital entre os que escolheram a combinação A e B, em relação às outras abordagens, constituindo 39% do total do grupo que atua nessas duas atividades, seguidos dos que escolheram o modelo teórico A, os quais representam 26% desse grupo. Ao se considerar a soma de todos os profissionais que trabalham em hospital, verifica-se que 39% destes escolheram a integração dos modelos A e B, 27% escolheram o modelo A, 18% escolheram o modelo B e menos de 1% escolheu o modelo C. Observa-se, a partir desses resultados, uma tendência por parte dos profissionais de saúde a se identificarem com a combinação dos modelos A e B em suas práticas. É possível que, para os profissionais que atuam em hospitais, esses dois modelos teóricos combinados se ajustem mais às demandas da prática clínica realizada em instituições de saúde do que os outros modelos. Tais dados confirmam as afirmações de Miyazaki, Domingos e Valério (2006).



**Tabela 6- Localização (N = 248)**

Abordagem	RS	SC	PA	SP	RJ	MIG	GO	DF	BA	PE	AL	PI	AN	CE	SE	PI	AM	TO
A	3	3	1	14	21	1	--	--	4	1	--	3	--	1	--	1	--	31
B	1	3	4	14	1	3	1	3	1	1	--	--	1	--	3	--	--	43
C	--	3	--	11	3	3	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	31
A+B	7	3	4	15	17	3	1	--	10	3	--	3	1	--	--	1	3	81
A+C	1	3	--	11	1	1	--	--	--	1	--	--	--	--	--	1	--	19
B+C	--	--	--	3	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	3
A, B e C	--	1	--	3	7	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	13
NENHUMA	--	--	1	7	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	8
TOTAL	12	12	10	67	64	8	2	2	21	4	1	4	2	1	3	2	2	248

A = REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA; B = COGNITIVO-COMPORTAMENTAL; C = CONSTRUTIVISTA  
 A+B = REESTR. COGN. e COGN. COMP. A+C = REESTR. COGN. e CONSTR. B+C = COGN. COMP. e CONSTR.  
 A, B e C = REESTR. COGN., COGN. COMP. e CONSTR.

A tabela 6 mostra a quantidade de participantes desse estudo distribuída por Estados do Brasil e por abordagem teórica escolhida. Verifica-se que o Rio de Janeiro é a cidade onde maior quantidade de terapeutas de abordagens cognitivas respondeu o questionário, constituindo 38% da amostra, seguido de São Paulo, que representa 27%. A maior parte dos profissionais do Rio de Janeiro (43%) identifica-se com a combinação dos modelos A e B, sendo a segunda opção de identificação o modelo A (28%). Em São Paulo, assim como em Santa Catarina e Minas Gerais, a distribuição entre os modelos A, B e C, bem como na combinação A e B está equilibrada. No Rio Grande do Sul, a opção mais freqüente é a combinação A e B e no Paraná predominam os modelos B ou A com B. A predominância dos modelos combinados A e B também é identificada na Bahia. Essa mesma tendência parece ocorrer nas outras cidades do nordeste, com exceção de Alagoas e Sergipe. Na região centro-oeste, a tendência aponta para os modelos B ou A e B.

Observa-se maior concentração de profissionais que escolheram o modelo B ou o modelo C em São Paulo (42%), em relação aos outros Estados. Esses resultados são concordantes com as tradições comportamental e construtivista, que surgiram inicialmente nesta cidade. Finalmente, pode-se identificar combinações dos modelos A e C, assim como dos modelos A, B e C surgindo de forma mais expressiva no Rio de Janeiro (58,3%).

**Tabela 7- Profissão (N = 248)**

	A	B	C	A+B	A+C	B+C	A+B+C	NENHUMA	TOTAL
PSICÓLOGO	52	37	21	76	19	3	12	8	228
PSIQUIATRA	4	6	--	10	--	--	--	--	20
TOTAL	56	43	21	86	19	3	12	8	248

A = REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA; B = COGNITIVO-COMPORTAMENTAL; C = CONSTRUTIVISTA  
 A+B = REESTR. COGN. e COGN. COMP. A+C = REESTR. COGN. e CONSTR. B+C = COGN. COMP. e CONSTR.  
 A, B e C = REESTR. COGN., COGN. COMP. e CONSTR.

Verificou-se, conforme aponta a tabela 7, que a metade dos psiquiatras participantes deste estudo identifica-se com a combinação dos modelos A e B, seguida dos modelos B (30%) e A (20%). Os psicólogos também apresentaram maior preferência pela combinação dos modelos A e B (34%), seguida dos modelos A (23%) e B (16%).

## **Conclusões**

A popularidade das terapias cognitivas, decorrente de várias provas de sua eficácia, influenciou o início de seu desenvolvimento no Brasil, ocorrido ao final dos anos 1980. Em uma época em que os recursos da informática ainda não eram suficientemente disponíveis, o acesso à literatura científica internacional era mais difícil e a adesão dos profissionais brasileiros aos modelos cognitivos de intervenção surgiu somente 20 anos após o início de seu movimento no mundo.

Por outro lado, tomando como base os resultados desse estudo, observa-se uma crescente expansão das terapias cognitivas no Brasil, sendo a prática em consultórios e em clínicas de psicoterapia exercida por uma considerável maioria desses profissionais, em comparação com um número ainda reduzido de atuação em hospitais. Dentre todos os Estados, o Rio de Janeiro parece ser a cidade que mais concentra terapeutas cognitivos.

A grande maioria dos profissionais baseia sua prática clínica na combinação dos modelos de reestruturação cognitiva e cognitivo-comportamental. Somando-se a esta, as outras combinações de modelos parecem indicar uma tendência de integração de todos esses enfoques, em vez da utilização de apenas um deles. Considerando-se as previsões do estudo de Norcross et al. (2002), onde as teorias ecléticas e integrativas são apontadas como predominantes para os próximos anos, juntamente com as de enfoque cognitivo e cognitivo-comportamental, podemos inferir que modelos integrativos de intervenção, tais como a terapia focada nos esquemas (Young et al., 2003), podem vir a se tornar abordagens de maior escolha no futuro. Recomenda-se assim uma replicação dessa pesquisa após 10 anos para nova avaliação.

O estudo também enfatiza a importância dos cursos de formação e de especialização, bem como de treinamento em clínicas-escola, como veículos fundamentais para a expansão das terapias cognitivas no Brasil. A realização de eventos, através de sociedades científicas, facilita o aprimoramento e a atualização dos conhecimentos adquiridos.

O ingresso de profissionais na área acadêmica, através de cursos de mestrado e doutorado, constitui um caminho fundamental para a conquista de espaço nos programas de pós-graduação *strictu sensu*, visando à realização de pesquisas em terapias cognitivas. Considerando-se que as abordagens cognitivas ajustam-se aos procedimentos clínicos relacionados à saúde (Miyazaki et al., 2002; Miyazaki et al., 2006), espera-se que estas possam conquistar maior espaço em instituições hospitalares.

Finalmente, a publicação, quer em periódicos científicos, quer em livros ou capítulos de livros, funciona como o elemento chave para a expansão das terapias cognitivas no Brasil.

## **Referências Bibliográficas**

- Abreu, C. N.; Ferreira, R. F. & Appolinário, F. (1998). Construtivismo terapêutico no Brasil: uma trajetória. Em: R. F. Ferreira & C. N. Abreu (Orgs.). *Psicoterapia e construtivismo* (pp. 17-25). Porto Alegre: Artmed.
- Abreu, C. N. & Roso, M. (Orgs.) (2003). *Psicoterapias cognitiva e construtivista. Novas fronteiras na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Bandura, A. (1969). *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Editora Interamericana.
- Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. Em: A. Bandura; R. G. Azzi & S. Polydoro (Orgs.). *Teoria social cognitiva* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, D. H. & Cerny, J. A. (1999). *Tratamento psicológico do pânico*. Porto Alegre: Artmed.
- Barretto, E. M. P. & Elkis, H. (2004). Esquizofrenia. Em: P. Knapp (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 328-339). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T.; Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva. Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Butler, A. C.; Chapman, J. E.; Forman, E. M. & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com>
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1, 9-20.
- Caminha, R. M. (Org.) (2005). *Transtornos do estresse pós-traumático. Da neurobiologia à terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caminha, R. M.; Wainer, R.; Oliveira, M. & Piccoloto, N. M. (Orgs.) (2003). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caro Gabalda, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. Em: I. Caro (Org.). *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.37-52). 3ª Ed. Barcelona: Paidós.
- Cordioli, A.V. (2004). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A.V. (2007). *Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.

Cottraux, J. & Matos, M. G. (2007). Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3, 49-61.

Dattilio, F. M. & Padeski, C. A. (1995). *Terapia cognitiva com casais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Dobson, K. S. & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Em: K. S. Dobson (Orgs.). *Handbook of cognitive-behavioural therapies* (pp. 3-38). New York: Guilford.

Dobson, K. S. & Scherrer, M. C. (2004). História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. Em: P. Knapp (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.

Dowd, E. T. (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. Em: I. Caro (Org.). *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.25-35). 3ª Ed. Barcelona: Paidós.

Ellis, A. (1997). El estado de la cuestión en la terapia racional-emotiva-conductual. Em: I. Caro (Org.). *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.91-101). 3ª Ed. Barcelona: Paidós.

Falcone, E. M. O. (2006). As bases teóricas e filosóficas das abordagens cognitivo-comportamentais. Em: A. M. Jacó-Vilela; A. A. L. Ferreira & F. T. Portugal (Orgs.). *História da Psicologia. Rumos e percursos* (pp. 195-214). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Falcone, E. M. O. (2007). Editorial: Revista Brasileira de Terapias Cognitivas (RBTC). História e panorama atual. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3, 11.

Falcone, E. & Malagris, L. N. (2006). Editorial. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2, 11.

Gentil, V.; Lotufo-Neto, F. & Bernik, M. A. (Orgs.) (1997). *Pânico, fobias e obsessões*. São Paulo: Edusp.

Greenberg, L. S.; Rice, L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process*. N. York: Guilford.

Guidano, V. E. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford.

Ito, L. (Org.) (1998). *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Jacobson, N. S. (1987). Cognitive and behavior therapists in clinical practice: An introduction. Em: N. S. Jacobson (Org.). *Psychotherapists in clinical practice* (pp. 1-9). New York: Guilford.

Juruena, M. F. (2004). Transtorno afetivo bipolar. Em: P. Knapp (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 317-327). Porto Alegre: Artmed.

Kastrup, V. (2006). A psicologia no contexto das ciências cognitivas. Em: A. M. Jacó-Vilela; A. A. L. Ferreira & F. T. Portugal (Orgs.). *História da Psicologia. Rumos e percursos* (pp. 215-238). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. Em: P. Knapp (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Lipp, M. E. N. (Org.) (2003). *Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. (Org.) (2004). *O stress no Brasil. Pesquisas avançadas*. São Paulo: Papirus.

Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger Publishing Company.

Mahoney, M. J. (1998). *Processos humanos de mudança. As bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da recaída*. Porto Alegre: Artmed.

Meichenbaum, D. (1997). El estado de la cuestión en la modificación cognitivo-conductual. Em: I. Caro (Org.). *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.149-156). 3ª Ed. Barcelona: Paidós.

Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M.; Valério, N. I.; Santos, A. R. R.; Rosa, L. T. B. (2002). Psicologia da saúde: Extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP, 13*, 29-53.

Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M. & Valério, N. I. (Orgs.) (2006). *Psicologia da saúde. Pesquisa e prática*. São José do Rio Preto: THS Arantes.

Neimeyer, R. A. (1997). Psicoterapias construtivistas: características, fundamentos e futuras direções. Em: R. A. Neimeier & M. J. Mahoney (Orgs.). *Construtivismo em psicoterapia* (pp. 15-37). Porto Alegre: Artes Médicas.

Norcross, J. C.; Hedges, M. & Prochaska, J. O. (2002). The face of 2010: A Delphi Poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 316-322.

Rangé, B. (Org.) (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Rangé, B. & Guilhardi, H. (1995). História da psicoterapia comportamental e cognitiva no Brasil. Em: B. Rangé (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva. Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp.55-69). Vol. 2. Campinas: Editorial Psy.

Robins, R. W.; Gosling, S. D.; Craik, K. H. (1999). An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist (APA)*, 54, 117-128.

Salkovskis, P. M. (2005). Prefácio. Em: P. M. Salkovskis (Org.). *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp.15-16). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silvares, E. F. M. (Org.) (2000). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Vols. I e II. São Paulo: Papirus.

Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge: M.I.T.

Vigotsky, L. S. (1991). Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. Em: L. S. Vigotsky; A. R. Luria & A. N. Leontiev (Orgs.). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem* (pp. 103-117). 3ª Ed. São Paulo: Ícone Editora.

Young, J. E.; Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford.

[Endereço para correspondência](#)

Bernard Pimentel Range: Rua Visconde de Pirajá, nº 547 sala 608 – Ipanema, Rio de Janeiro.  
CEP 22415-900.

Recebido em: 21/11/2007

Aceito em: 28/12/2007