

# DEPRESSÃO E TERAPIA DE REPROCESSAMENTO GENERATIVO (TRG): UM NOVO CAMINHO

Annamaria Gomes Pereira<sup>1</sup>  
Jair Soares dos Santos<sup>3</sup>  
Juliana Bezerra Lima-Verde<sup>3</sup>

## RESUMO

O trabalho aborda quatro casos de pacientes com depressão, ansiedade e ideação suicida que foram tratados com a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG). Após tentativas de tratamento com terapias convencionais, os mesmos foram submetidos aos protocolos de reprocessamento com a TRG e preencheram questionários acerca de suas qualidades de vida antes e depois do tratamento para a mensuração dos resultados. Ao final do tratamento, observou-se a efetividade da TRG na interrupção dos ciclos de manutenção da depressão, diminuindo a ansiedade e anulando a ideação suicida nos pacientes submetidos a essa terapia. Os resultados sugerem que a TRG pode ser uma alternativa viável ao tratamento da depressão em pacientes refratários às terapias convencionais.

**Palavras-chave:** Depressão. Ansiedade. Suicídio. Reprocessamento.

---

<sup>1</sup>Agradecemos aos terapeutas Elias Domingos de Sousa, Rubia Mara Kovel e Valdenice Aparecida Ravagnani pelo fornecimento dos casos clínicos e acompanhamento dos pacientes. Sem eles esta pesquisa não seria possível.

<sup>2</sup>Psicoterapeuta do Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT), Recife - PE.

<sup>3</sup>Psicólogo, doutorando em Psicologia pela Universidade de Flores (UFLO) na Argentina e desenvolvedor da Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG).

<sup>4</sup>Diretora Científica do Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas, Recife - PE. Endereço eletrônico: [pesquisa@citrg.com](mailto:pesquisa@citrg.com)

# DEPRESSION AND GENERATIVE REPROCESSING THERAPY (GRT): A NEW PATH

## ABSTRACT

The study explores four cases of patients dealing with depression, anxiety and suicidal thoughts who underwent Generative Reprocessing Therapy (TRG). Following unsuccessful attempts with traditional therapies, these individuals participated in reprocessing sessions with TRG and provided pre and post-treatment assessments of their quality of life. After completing the treatment, the study observed the effectiveness of TRG in breaking the cycles that sustain depression, reducing anxiety, and eliminating suicidal thoughts in these patients. The findings suggest that TRG could be a promising alternative for treating depression in individuals who do not respond well to conventional therapies.

**Keywords:** Depression. Anxiety. Suicide. Reprocessing.

# DEPRESIÓN Y TERAPIA DE REPROCESAMIENTO GENERATIVO (TRG): UN NUEVO CAMINO

## RESUMEN

El estudio aborda cuatro casos de pacientes con depresión, ansiedad e ideación suicida que fueron tratados con la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG). Después de intentos de tratamiento con terapias convencionales, fueron sometidos a protocolos de reprocesamiento con la TRG y completaron cuestionarios sobre su calidad de vida antes y después del tratamiento para medir los resultados. Al final del tratamiento se observó la efectividad de la TRG en interrumpir los ciclos de mantenimiento de la depresión, reducir la ansiedad y anular la ideación suicida en los pacientes sometidos a esta terapia. Los resultados sugieren que la TRG podría ser una alternativa prometedora para el tratamiento de la depresión en pacientes refractarios a las terapias convencionales.

**Palabras-clave:** Depresión. Ansiedad. Suicidio. Reprocesamiento.

# DEPRESSÃO E TERAPIA DE REPROCESSAMENTO GENERATIVO (TRG): UM NOVO CAMINHO

## INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno clínico que tem sido objeto de estudo há mais de dois mil anos. No entanto, apesar desse longo período de investigação, ainda não se possui uma explicação abrangente e satisfatória para as características intrigantes e paradoxais dessa condição (Beck e Alford, 2011), sofrendo modificações das mesmas a cada edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), sendo a quinta edição a mais recente (Lacerda e Del Porto, 2019).

O termo *depressão* também é empregado para se referir a um transtorno mental específico, o Transtorno Depressivo Maior (TDM), que pode ser episódico, único ou recorrente, conforme o DSM-5. Alternativamente, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) utiliza os termos *episódio depressivo* e *transtorno depressivo recorrente*.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), o TDM é considerado a forma mais abrangente da depressão e está classificada como uma das doenças mais incapacitantes em todo o mundo, atingindo cerca de 350 milhões de pessoas. O TDM é caracterizado por um período mínimo de duas semanas com humor deprimido persistente ou anedonia, juntamente com alterações nas funções neurovegetativas (como alterações no apetite, peso e sono); na atividade psicomotora (perda de energia, interesse, agitação ou lentidão); na cognição (prejuízo na atenção, memória e função executiva) e no pensamento (sentimentos de desvalorização, desesperança ou culpa inadequada). Além disso, é comum a presença de ansiedade e ideação suicida. Esses sintomas devem ocorrer na maioria dos dias e durante a maior parte do dia (Cheniaux, 2019).

Segundo Beck e Alford (2011), diversas questões fundamentais relacionadas à natureza, classificação e etiologia da depressão permanecem sem respostas definitivas, inclusive sobre quais os melhores e mais eficazes tratamentos para essa doença, não existindo um consenso universalmente aceito entre a comunidade científica. Nas atuais classificações psiquiátricas, há uma preocupação crescente com a validade do diagnóstico, pois este se baseia principalmente na descrição dos sintomas e não em um entendimento das causas subjacentes aos transtornos mentais. Em outras palavras, muitos dos transtornos mentais listados no DSM-5 e na CID-11 podem não corresponder a entidades nosológicas concretas. Essa questão levanta dúvidas sobre os limites que separam uma categoria diagnóstica de outra, assim como os limites entre uma categoria diagnóstica e a normalidade (Cheniaux, 2019).

Ainda muito se discute sobre a abordagem terapêutica para tratar a TDM. Tendo em conta a existência de várias opções de medicamentos e abordagens psicossociais estruturadas para o tratamento da depressão, apenas um terço dos pacientes alcança a remissão dos sintomas, que é o objetivo central do tratamento, podendo ou não apresentar recaídas. Além

disso, apesar dos esforços e investimentos consideráveis direcionados ao desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas para a depressão nas últimas décadas, não houve um progresso substancial na efetividade das intervenções aprovadas (Lacerda e Del Porto, 2019).

Apesar dos estudos apontarem para a intervenção farmacológica e a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) como sendo as principais vias de tratamento para a TDM, nenhum estudo mostra que estas terapias sejam suficientes para proteger os pacientes a longo prazo contra recaídas e novas crises (Parikh *et al.*, 2009; CANMAT, 2012; Hamidian *et al.*, 2013). Em estudo realizado por Cuijpers *et al.* (2008) não foi observado efeito estatístico significativo no tratamento de TDM nos pacientes analisados que foram submetidos à TCC ou a terapia farmacológica em separado.

Duran *et al.*, (2019) relatam que a TCC é caracterizada por seu enfoque em objetivos específicos e tem duração determinada, buscando encerrar as sessões quando os sintomas predominantes são reduzidos significativamente, com o mínimo de impacto na vida do paciente, orientando para a prática de técnicas, alertando para recaídas e destacando novos aprendizados para enfrentar desafios, espaçando as consultas até a alta. De acordo com Gonçalves *et al.* (2019), que abordam o panorama atual dos tratamentos segundo algumas pesquisas para a depressão, incluindo a Depressão Resistente ao Tratamento (DRT), foi constatado que embora existam várias opções de tratamento além da TCC com ou sem o tratamento farmacológico, a taxa de remissão dos sintomas é baixa. Além disso, os autores destacam a limitada disponibilidade e o alto custo desses tratamentos para a população em geral, como também as contraindicações e efeitos colaterais dos mesmos. Nas revisões realizadas por Brunoni e Sampaio (2019) e Pereira Júnior e Hamani (2019), são exemplos destes tratamentos a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) (Hallett, 2007), a Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC) (Brunoni *et al.*, 2011), Estimulação do Nervo Vago (ENV) (Nahas *et al.*, 2005), Estimulação Cerebral Profunda (ECP) (Holtzheimer *et al.*, 2017), além de cirurgias ablativas (Christmas *et al.*, 2011).

É neste contexto de simplificação do tratamento, baixo custo e excelentes resultados que surge a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) como uma abordagem terapêutica inovadora que também tem demonstrado na prática benefícios no tratamento da depressão, ansiedade e ideias suicidas (Santos e Lima-Verde, 2023a; Soares, 2021 e 2022). A TRG combina técnicas de reprocessamento de memórias traumáticas a geração de um futuro otimista em relação ao presente. Ao abordar os traumas subjacentes e as crenças disfuncionais associadas, a TRG pode ajudar a reduzir a gravidade dos sintomas e fortalecer a resiliência emocional dos indivíduos. O desenvolvimento de abordagens inovadoras, como a TRG, oferece esperança e novas possibilidades de tratamento para aqueles que sofrem dessas condições. A identificação precoce, o suporte emocional e o acesso a tratamentos adequados são essenciais para ajudar os indivíduos a superarem esses desafios e recuperarem sua qualidade de vida (Santos, Lima-Verde e Miranda, 2023; Santos e Lima-Verde, 2023b).

A TRG vem mostrando ser uma alternativa terapêutica para aqueles que não tiveram sucesso nas psicoterapias convencionais, embora estes resultados atuais sejam baseados em observações empíricas, os mesmos têm sido positivamente consistentes em centenas de

casos (Soares, 2021 e 2022; Santos, Lima-Verde e Miranda, 2023; Santos e Lima-Verde, 2023a).

Estudo recente em paciente com depressão e ansiedade generalizada, Santos e Lima-Verde (2023a), utilizando a TRG como única terapia, obtiveram resultados positivos em seu contexto clínico, refletindo na melhoria da qualidade de vida deste indivíduo estudado. Segundo Soares (2021, 2022) e Santos e Lima-Verde (2023b), esta terapia emprega ciclos de reprocessamento por meio de cinco protocolos:

1. Cronológico: envolve a revisitação e reprocessamento de eventos traumáticos na ordem cronológica desde o nascimento até os dias atuais. Ao explorar a própria história, o paciente aborda eventos passados que podem ter contribuído para a formação de padrões emocionais negativos, trabalhando para modificar as respostas associadas a esses eventos.

2. Somático: foca na exploração e reprocessamento das sensações físicas associadas a eventos traumáticos. Isso envolve a atenção aos sinais corporais, permitindo que o paciente explore e modifique as respostas somáticas ligadas a experiências passadas, promovendo uma integração mais saudável entre aquilo que ele pensa e aquilo que ele sente.

3. Temático: concentra-se em temas específicos ou padrões recorrentes na vida do paciente que podem estar relacionados a traumas. Ao abordar esses temas, a TRG busca reprocessar as associações emocionais negativas, proporcionando uma compreensão mais profunda e uma mudança positiva nas percepções e respostas do paciente.

4. Futuro: orienta o paciente a visualizar e reprocessar eventos futuros, antecipando possíveis desafios de maneira mais adaptativa. Isto permite que o paciente desenvolva recursos internos e estratégias para lidar com situações futuras de forma mais positiva, promovendo resiliência e autoeficácia.

5. Potencialização: visa a identificar e reforçar recursos internos do paciente. Ao explorar experiências positivas, habilidades e qualidades pessoais, este protocolo busca fortalecer a autoimagem do paciente e promover um maior senso de capacidade e competência diante dos desafios, contribuindo para o processo terapêutico global.

Assim, o reprocessamento é concebido como um método para revisitar e neutralizar os sentimentos associados aos eventos vivenciados, proporcionando uma perspectiva objetiva, uma vez que o primeiro processamento envolve a experiência primária dos fatos (Santos, Lima-Verde e Miranda, 2023; Santos e Lima-Verde, 2023b).

O objetivo deste trabalho é analisar e discutir quatro casos clínicos de pacientes diagnosticados com depressão e ansiedade, que apresentavam ideação suicida e que foram submetidos ao tratamento com a TRG, mostrando a efetividade desta técnica como intervenção terapêutica para esses transtornos, fornecendo *insights* e informações relevantes sobre a aplicabilidade e potencial da TRG no contexto clínico.

## 1 METODOLOGIA

Para este estudo de *relato de caso*, quatro indivíduos foram selecionados a partir de uma base de dados previamente organizada, composta por pacientes de colegas terapeutas que manifestaram interesse em iniciar o tratamento com a TRG e que finalizaram o mesmo.

Esta seleção teve como critério de inclusão indivíduos que apresentavam sinais clínicos semelhantes (depressão, ansiedade e ideação suicida) e que já tenham sido submetidos anteriormente a terapias convencionais sem sucesso efetivo. Após expressarem interesse no tratamento, os indivíduos foram convidados a participar do estudo e serão designados doravante como pacientes 1, 2, 3 e 4.

Antes do início do estudo e do tratamento com a TRG, todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para confirmar e documentar sua participação na pesquisa. A avaliação inicial foi conduzida durante a primeira sessão de tratamento com cada participante, onde uma anamnese detalhada previamente respondida por eles foi utilizada para identificar um padrão comum de sintomas, incluindo depressão, ansiedade e ideação suicida.

Durante a avaliação inicial, laudos médicos também foram utilizados para confirmar e documentar a presença dos transtornos psicopatológicos em cada participante, fornecendo uma base de diagnóstico sólida para o estudo. Essa abordagem garantiu que os participantes fossem selecionados de forma adequada, levando em consideração suas condições clínicas específicas antes do início do tratamento com a TRG.

É importante ressaltar que, no momento do início do tratamento com a TRG, todos os participantes já haviam interrompido o tratamento psicológico anteriormente realizado, por decisão própria, antes de buscar a intervenção da TRG para o tratamento de seus transtornos psicológicos. Essa informação é relevante para entendermos que o tratamento com a TRG foi a abordagem psicoterapêutica única utilizada pelos participantes durante o período do estudo. Contudo, aqueles indivíduos que já realizavam tratamento medicamentoso, continuaram com o mesmo. Em momento algum foi-lhes pedido ou sugerido a suspensão de quaisquer tratamentos que vinham a fazer enquanto perdurou o tratamento com a TRG.

Após as avaliações iniciais realizadas na primeira sessão de tratamento com a TRG, os participantes foram solicitados a preencher um questionário denominado “ANTES da TRG” que serviu como linha de base para avaliar sua condição psicológica no início do estudo. Este questionário continha perguntas e considerações qualitativas relacionadas ao estado de saúde mental dos participantes, suas queixas iniciais, estilo de vida, relações familiares, trabalho e autoavaliação, atribuindo valores de 0 (péssimo) a 6 (excelente).

Em seguida da aplicação do questionário “ANTES da TRG”, deu-se o tratamento propriamente dito onde foi utilizado os cinco protocolos anteriormente comentados. Cada paciente teve suas sessões conduzidas sempre pelo mesmo terapeuta, com duração de uma hora cada, nas modalidades presencial ou por vídeoconferência e em dia e hora previamente combinados.

Diante da conclusão das sessões de TRG e a alta do tratamento pelo terapeuta, os mesmos participantes foram solicitados a preencher um questionário semelhante ao anterior, porém adaptado com outras considerações relevantes, intitulado “DEPOIS da TRG”, com o intuito de avaliar os efeitos do tratamento e o impacto da TRG na melhoria dos sintomas, observando as mudanças e os efeitos da TRG no estado de saúde mental e qualidade de vida

dos participantes, bem como verificar se houve melhorias nas queixas iniciais relatadas por eles durante o tratamento.

## 2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos quatro participantes selecionados para este estudo, dois eram do sexo feminino (pacientes 2 e 3) e dois do sexo masculino (pacientes 1 e 4), com idades variando de 18 a 55 anos. Metade dos participantes era casada e a outra metade era solteira, porém, dentro de um relacionamento, havendo apenas um participante casado (paciente 4) que tinha um filho.

A quantidade de sessões com a TRG que cada participante realizou foi de 20, 30, 17 e 10 sessões respectivamente para os pacientes 1, 2, 3 e 4, com uma média de 19,25 sessões neste estudo, resultado este que corrobora com o de Santos e Lima-Verde (2024) que, ao utilizarem a TRG em pacientes depressivos, obtiveram uma média de 17,5 sessões por paciente. Estas sessões foram presenciais (pacientes 2 e 4) ou por videoconferência (1 e 3). Um trabalho conduzido por Singulane e Sartes (2017), que revisaram várias pesquisas sobre utilização de TCC em transtornos depressivos e de ansiedade, conduzidas presencialmente e por videoconferência, mostraram que não há diferenças significativas no resultado do tratamento entre estas duas modalidades desde que a aliança terapêutica esteja consolidada.

No trabalho supracitado, o número médio de sessões para cada participante (20 sessões) também apresentou semelhança com esta pesquisa. Entretanto, dado a ser apenas quatro pessoas, não podemos afirmar que os valores conferem ou não significância estatística. A queixa principal relatada pelos participantes era depressão, seguida de ansiedade como queixa secundária. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), a probabilidade de o indivíduo com depressão desenvolver ansiedade é duas vezes maior do que a da população em geral. Em alguns casos, a depressão não é primária em termos temporais, ou seja, geralmente ocorre após outro transtorno (Kessler, Merikangas e Wang, 2007). Um exemplo relevante dessa relação de comorbidade é observado no transtorno de ansiedade social (TAS). Os dois transtornos frequentemente coexistem e, em um estudo longitudinal, verificou-se que o início do TAS ocorreu significativamente antes e representou um fator de risco substancial para o desenvolvimento do episódio depressivo (Beesdo *et al.*, 2007).

Após o tratamento com a TRG, os pacientes 1,2 e 4 não referiram mais nenhum sintoma de depressão e ansiedade. A paciente 3, apesar de ter sofrido abuso sexual na idade adulta por alguns anos, desenvolvendo ansiedade, depressão e ideação suicida, logo após o tratamento com a TRG não apresentou mais este quadro. Estes resultados corroboram com os encontrados por Santos e Lima-Verde (2023a), onde o paciente com depressão e ansiedade foi tratado com a TRG e não mais desenvolveu os sintomas para estas síndromes. No entanto, a paciente 3 enfrentou dois eventos negativos alguns meses após a alta da TRG: separação do marido e suicídio do pai, o que a levou a desenvolver novamente um quadro de ansiedade. Em virtude desses novos acontecimentos, ela retornou ao tratamento sem ainda receber alta até o fechamento deste artigo. Deve-se salientar que um dos fatores de risco para tentativa ou morte por suicídio, dentre outros, é ter histórico de suicídio consumado na família (Isometsä, 2014). Apesar do avanço dos estudos genéticos, é importante ressaltar



que fatores relacionados a estressores ambientais com experiências traumáticas, como o abuso sexual, exercem um impacto significativo no surgimento de comportamento ansioso e suicida ao longo da vida do indivíduo. Estudos recentes de epigenética têm se concentrado em investigar como o ambiente pode influenciar a expressão gênica e sua relação com o aumento do risco de suicídio (Lutz, Mechawar e Turecki, 2017). Em uma pesquisa realizada com indivíduos que possuíam e não possuíam histórico de abuso sexual, verificou-se que os receptores de glicocorticoides tiveram sua metilação regulada por fatores estressantes. A disfunção desses receptores prejudica a regulação adequada do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS), levando à liberação exacerbada de cortisol e aumento de traços ansiosos, o que conseqüentemente eleva o risco de comportamento suicida (Burns *et al.*, 2018).

É importante destacar que todos os participantes apresentavam ideações suicidas antes de iniciar o tratamento com a TRG, sendo que um deles tentou o suicídio sem êxito (paciente 1). Contudo, após o tratamento com a TRG, nenhum dos participantes relatou ter tido ideações suicidas novamente. Este fato é corroborado por Santos e Lima-Verde (2024) quando utilizaram a TRG para tratar pacientes depressivos com ideação suicida. O tratamento de pacientes com comportamento suicida representa um desafio significativo para os profissionais de saúde mental. Além da complexidade em lidar com o risco de perda de vida, há escassez de evidências sobre abordagens farmacológicas para esses indivíduos, uma vez que muitos são excluídos de ensaios clínicos e estudos que não têm a ideação suicida como objetivo principal de pesquisa (Dallalana, Caribé e Miranda-Scippa, 2019). Ainda segundo os mesmos autores, a correlação entre depressão, ansiedade e ideias suicidas é uma área de interesse significativa na pesquisa em saúde mental. Esses três fenômenos psicológicos estão frequentemente interligados, influenciando-se mutuamente e contribuindo para um quadro clínico complexo. A relação entre depressão e ansiedade é bidirecional. A presença de um transtorno aumenta o risco de desenvolver o outro, e muitas pessoas experimentam sintomas de ambos os transtornos simultaneamente. A interação entre essas condições pode intensificar a gravidade dos sintomas e dificultar o tratamento eficaz. A correlação entre depressão, ansiedade e ideias suicidas destaca a complexidade desses transtornos e a necessidade de intervenções terapêuticas eficazes.

Uma revisão sistemática de estudos *post mortem* com vítimas de suicídio constatou que 87,3% dos sujeitos apresentavam algum diagnóstico psiquiátrico, com predominância de transtornos do humor (Arsenault-Lapierre, Kim e Turecki, 2004). Além disso, uma metanálise demonstrou que a depressão e a desesperança são fatores de risco significativos para a ideação, tentativa e conclusão de suicídio (Ribeiro *et al.*, 2018).

Quanto ao uso de medicações para tratar os sintomas, os pacientes 1 e 3 relataram não fazer uso de medicação no momento inicial do tratamento com a TRG, sendo que o paciente 3 fazia uso de Escitalopram e Venlafaxina e o paciente 4 fazia uso de Paroxetina e Clonazepam. Ao término do tratamento, todos os participantes que faziam uso de tratamento farmacológico já haviam realizado o desmame com acompanhamento médico, estando livres desta intervenção. Resultados semelhantes foram encontrados por Santos e



Lima-Verde (2024 e 2023a) quando os pacientes estudados realizaram o desmame completo dos medicamentos para depressão e ansiedade após a alta com a TRG.

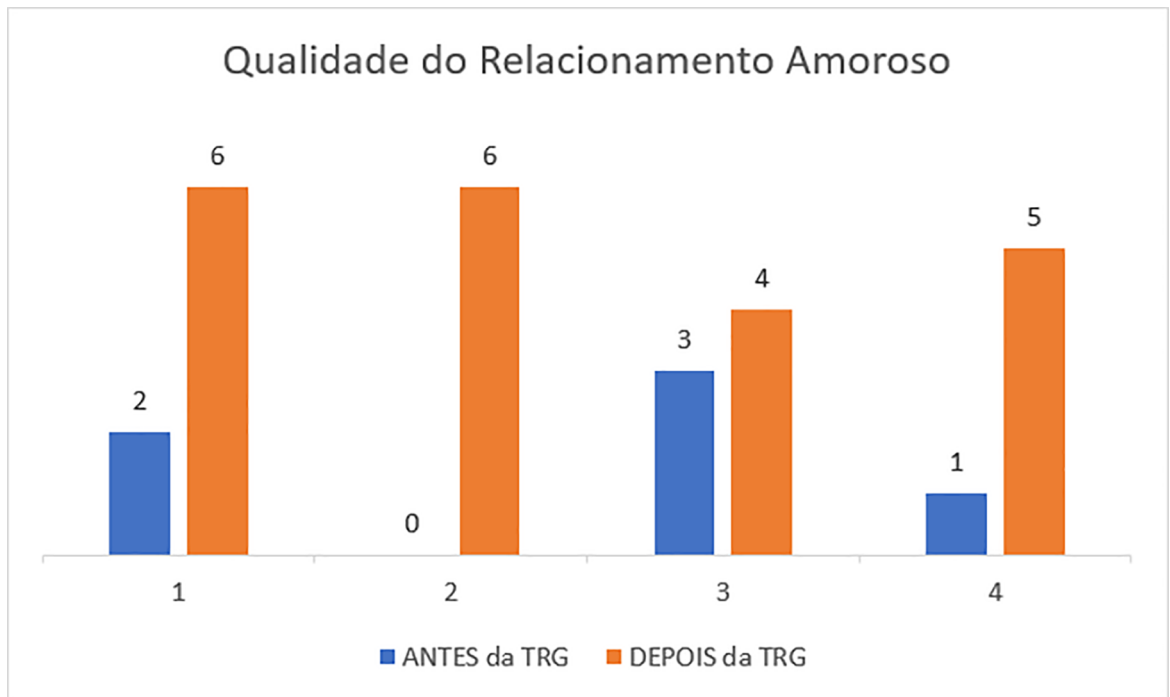
Os efeitos terapêuticos dos antidepressivos não são imediatos, sendo necessárias de 4 a 8 semanas para observar uma resposta positiva ao tratamento. Isso ocorre devido à hipótese de que a eficácia desses medicamentos está relacionada à regulação dos receptores, resultante do aumento da disponibilidade dos neurotransmissores, podendo a resposta terapêutica levar até 12 semanas. No entanto, a ausência de resposta em duas semanas de tratamento indica uma eficácia limitada do medicamento (Tamai, 2019). Isto pode significar que, mesmo após a alta clínica, o paciente não estará livre de episódios com os sintomas de alteração de humor, dando a conotação de uma recaída e tendo, apenas, um quadro de melhora e nunca de cura.

A resposta clínica dos pacientes deprimidos ao tratamento com antidepressivos é geralmente uma redução de cerca de metade dos sintomas. O objetivo do tratamento é alcançar a remissão completa dos sintomas e mantê-la a longo prazo. No entanto, pode ser desafiador obter essa remissão duradoura com o primeiro antidepressivo utilizado, devido à limitação de resposta ou intolerância aos efeitos colaterais. No estudo *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR\*D)*, que durou seis anos e envolveu 2.876 pacientes, apenas um terço deles alcançou remissão dos sintomas depressivos com o primeiro antidepressivo utilizado. Para aqueles que não obtiveram remissão, alcançá-la se tornou ainda mais difícil, mesmo após um ano de tratamento com uma sequência de quatro antidepressivos diferentes. Os sintomas mais persistentes foram insônia, fadiga, déficit de concentração e desânimo, enquanto os sintomas mais responsivos aos antidepressivos foram humor deprimido, ideação suicida e retardo psicomotor (Tamai, 2019).

É importante destacar que, de acordo com um outro estudo conduzido pelo *STAR\*D*, que avaliou pacientes em configurações de atenção primária e clínicas especializadas, aproximadamente dois terços dos participantes tratados com antidepressivos experimentaram remissão dos sintomas ao longo do período de observação. Esses resultados indicam que o terço restante pode apresentar um quadro de DRT (Gonçalves *et al*, 2019). É de conhecimento que existem fatores de risco que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de DRT. Além das comorbidades médicas e psiquiátricas, certas características da depressão estão associadas à resistência aos tratamentos farmacológicos. Estudos indicam que o risco de suicídio em indivíduos com DRT é aproximadamente o dobro em comparação com aqueles com depressão não resistente (27-31% *versus* 15%) (Fekadu *et al.*, 2009).

Utilizando os questionários aplicados antes e depois do tratamento com a TRG, os quais mensuravam a percepção da qualidade de vida dos pacientes sob suas próprias óticas emocionais, obtivemos os resultados que se seguem com suas respectivas discussões.

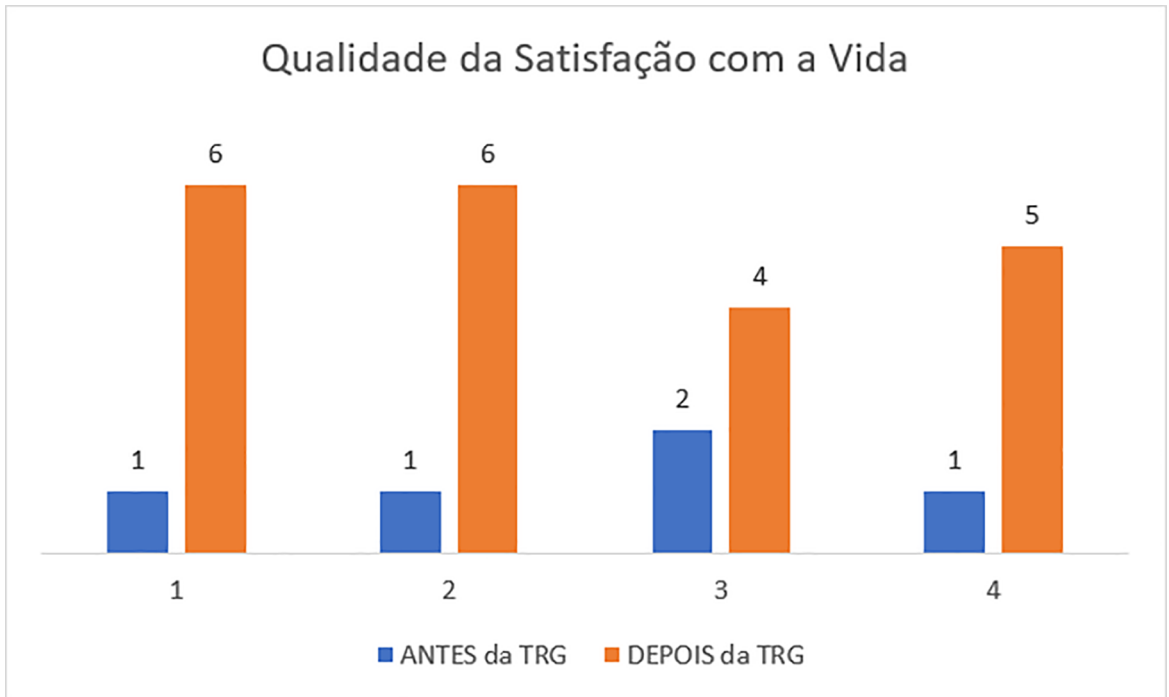
No tocante aos relacionamentos amorosos dos participantes (Figura 1), observa-se uma melhoria para cada um deles com o mesmo (a) parceiro (a), exceto para a paciente 3 que acabou por divorciar-se. Esta melhoria conjugal foi também referida por Santos e Lima-Verde (2023a) quando estudaram um caso de depressão e ansiedade em paciente tratado com a TRG. Breslau *et al.* (2011) sugeriram que os transtornos mentais podem influenciar



**Figura 1:** Qualidade do relacionamento amoroso antes e depois da TRG para os pacientes 1, 2, 3 e 4. FONTE: Dos autores.

na redução da duração dos casamentos, na diminuição da probabilidade de casamento e no aumento da probabilidade de separações. No entanto, Bauman (2004) argumenta que o desejo de construir algo em conjunto com outra pessoa, acompanhando o desenvolvimento do relacionamento e o crescimento pessoal de ambos, pode ser obscuro ou esquecido devido à perspectiva de menor importância em continuar casado durante episódios de depressão.

No que se refere à percepção dos pacientes quanto à sua qualidade de satisfação com a vida, observa-se uma melhoria na mesma (Figura 2). No trabalho realizado por Santos e Lima-Verde (2023a), a percepção da melhoria da qualidade de vida também foi evidenciada pelo paciente depressivo e ansioso quando o mesmo foi tratado com a TRG. A diminuição da satisfação na vida é uma expressão comum em indivíduos que enfrentam a depressão, sendo considerada frequentemente uma característica central da doença (Gomes, 2021). Beck & Alford (2011) conduziram um estudo que revelou que 92% dos pacientes com depressão grave relataram algum grau de perda parcial da satisfação. Este sintoma foi identificado como o mais prevalente em todo o grupo de pacientes deprimidos. Abreu e Abreu (2020) observam que a perda de satisfação afeta inicialmente algumas atividades e, à medida que a depressão progride, tende a impactar praticamente todas as áreas da vida do paciente. Mesmo atividades associadas às necessidades biológicas, como o comércio ou a atividade sexual, são influenciadas. Além disso, experiências psicossociais fundamentais, como

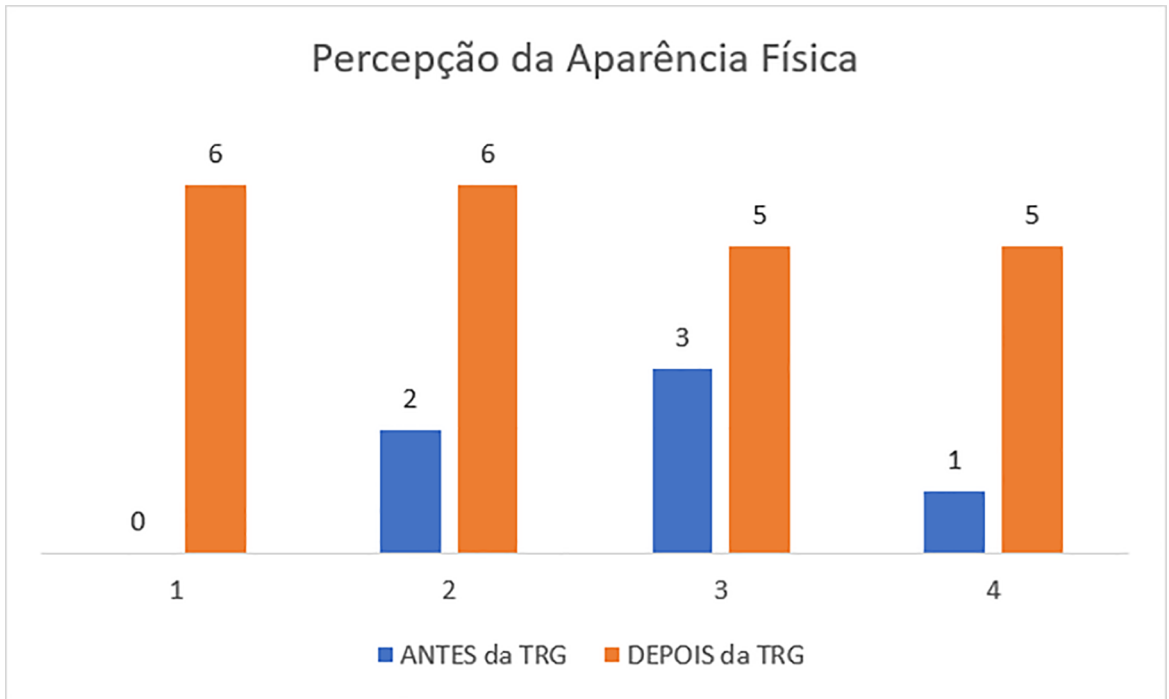


**Figura 2:** Qualidade da satisfação com a vida antes e depois da TRG para os pacientes 1, 2, 3 e 4. FONTE: Dos autores.

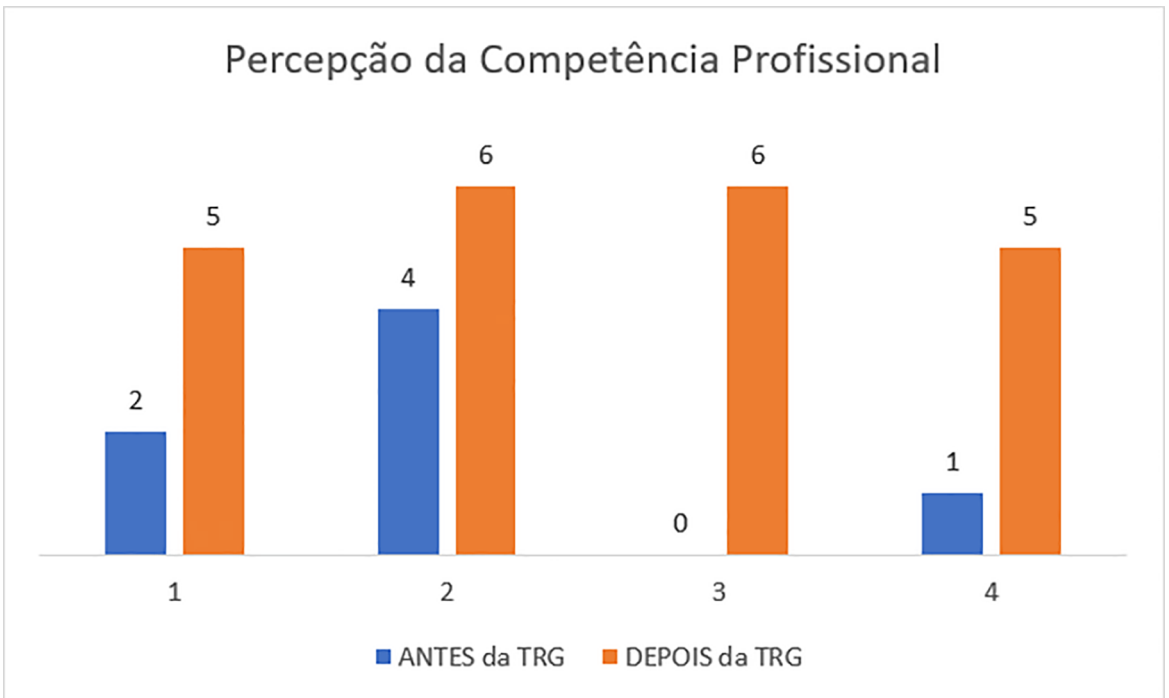
reconhecimento, afeto ou amizade, e até mesmo interações sociais, perdem seu caráter agradável para o indivíduo afetado.

A imagem corporal é construída de maneira subjetiva na mente do indivíduo e envolve pensamentos e sentimentos acerca do seu próprio corpo. Diante dos resultados sobre percepção positiva da aparência física (Figura 3), observa-se que quando se está passando por problemas emocionais é comum que este sentimento esteja diminuído, notadamente devido à baixa autoestima, interferindo na sua qualidade de vida. Estudos mostram que existe uma correlação positiva entre ter sintomas depressivos, insatisfação corporal e baixa qualidade de vida (Skopinski, Resende e Schneider, 2015; Sarabia-Cobo, 2012). O descontentamento com a imagem corporal está relacionado com problemas emocionais como depressão, ansiedade e ideias suicidas. Essa visão deturpada de si mesmo favorece o quadro depressivo, piora a autopercepção, resultando em uma imagem negativa de si mesmo (Paans *et al.*, 2018).

A percepção da competência profissional antes e depois do tratamento com a TRG (Figura 4) foi observada como tendo fortalecimento pois é comum que indivíduos depressivos duvide de suas próprias capacidades. Este resultado é corroborado também por Santos e Lima-Verde (2023a) quando estudaram este efeito em um paciente com depressão e ansiedade tratado com a TRG.



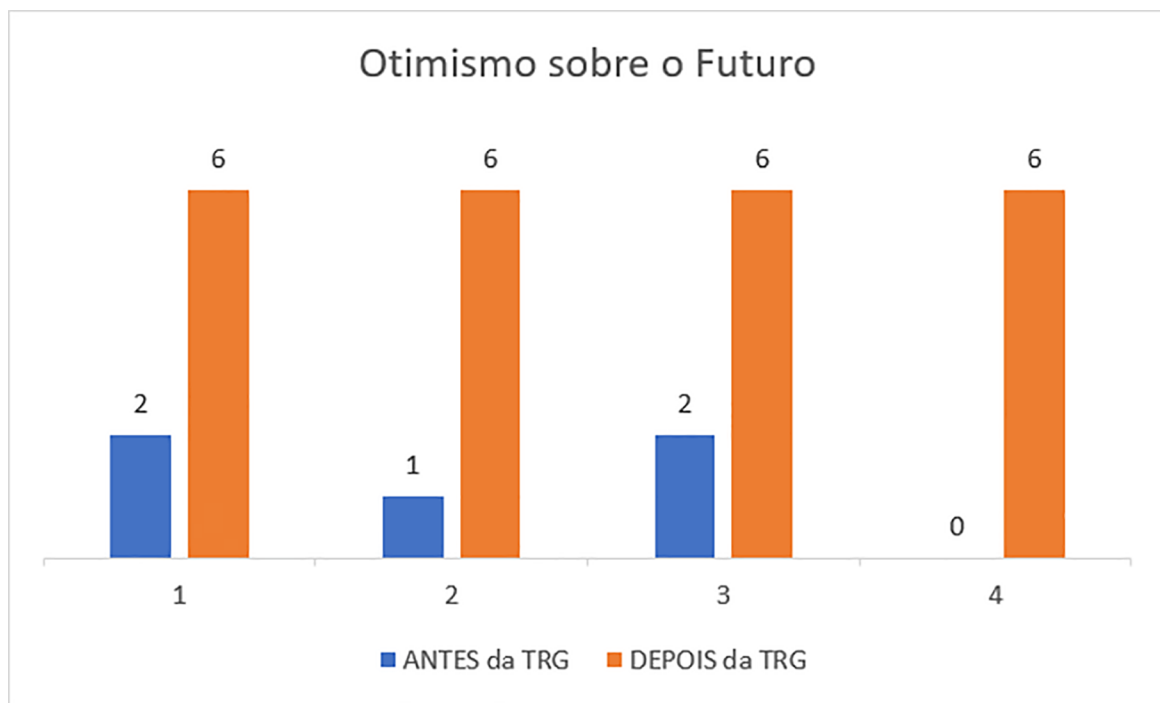
**Figura 3:** Percepção da aparência física antes e depois da TRG para os pacientes 1, 2, 3 e 4. FONTE: Dos autores.



**Figura 4:** Percepção da competência profissional antes e depois da TRG para os pacientes 1, 2, 3 e 4. FONTE: Dos autores.

Num ambiente de trabalho contemporâneo, é crucial considerar a natureza ambivalente das dinâmicas profissionais. Nos últimos anos, observa-se um aumento no ritmo acelerado do trabalho, acompanhado por pressões temporais crescentes, metas a serem alcançadas e uma busca por maior produtividade. Os trabalhadores enfrentam desafios constantes para desenvolver novas competências, manter-se competitivos no mercado e atingir níveis elevados de desempenho. Esse cenário contribui para uma maior sensibilidade e vulnerabilidade aos transtornos mentais devido ao estresse e à pressão associada a essa dinâmica laboral exigente (Mameri-Trés e Santos, 2021). Indivíduos que vivenciam a síndrome do impostor, por exemplo, têm a percepção de serem uma fraude, atribuindo seus sucessos a fatores externos e não registrando suas próprias habilidades. Isso resulta em dificuldade para aceitar elogios ou reconhecimento, gerando ansiedade, estresse e falta de autoconfiança no ambiente de trabalho (Bezerra *et al.*, 2021).

Os participantes passaram por uma transformação em relação aos seus pensamentos futuros, migrando de uma postura ansiosa para uma visão mais positiva (Figura 5). Anteriormente, as projeções desencadearam ansiedade. Por meio do protocolo futuro da TRG, trabalha-se as expectativas, resultando em uma visão otimista do futuro (Santos e Lima-Verde, 2023a). Conforme Lenhardtk e Calvetti (2017), a ansiedade é uma emoção universal nos seres humanos e desempenha um papel crucial na sobrevivência individual, atuando como um “excesso de futuro”. Funciona como um alerta para possíveis perigos e auxilia no enfrentamento de situações desafiadoras. No entanto, quando a sua intensidade



**Figura 5:** Otimismo sobre o futuro antes e depois da TRG para os pacientes 1, 2, 3 e 4. FONTE: Dos autores.

e frequência são persistentes, a ansiedade pode tornar-se patológica, prejudicando o desempenho social e profissional. De acordo com Aderka e Hofmann (2023), a ansiedade patológica é uma emoção voltada para o futuro, caracterizada por percepções de falta de controle e imprevisibilidade em eventos potencialmente desagradáveis. Essa condição envolve uma rápida mudança de atenção para eventos que podem representar perigos ou para a resposta emocional do indivíduo a esses eventos.

Resultados semelhantes acerca da qualidade de vida de pacientes depressivos, ansiosos e com ideação suicida foram encontrados por Santos e Lima-Verde (2024) quando aplicaram a TRG como única terapêutica, utilizando questionários semelhantes aos que foram utilizados neste presente trabalho.

Ao considerar o tratamento da depressão, é crucial identificar os ciclos de manutenção que são atualizados para a persistência ou agravamento do problema. Os questionários preenchidos antes e após o tratamento com a TRG foram fundamentais para compreender os efeitos dessa terapia nos ciclos de manutenção da depressão de cada paciente. Moorey (2010) identifica seis processos mantenedores do problema: (1) Pensamentos automáticos negativos; (2) Ruminações e autoataque; (3) Humor/emoção; (4) Esquiva e evitação; (5) Comportamentos disfuncionais; e (6) Motivação e sintomas físicos. Essa abordagem oferece *insights* profundos sobre os fatores que perpetuam a depressão, levando a uma compreensão mais clara e direcionada durante o tratamento com a TRG, permitindo que este tratamento interrompa este ciclo de manutenção da depressão.

As terapias cognitivas comportamentais têm como objetivo mudar a cognição para, então, mudar o comportamento. A TRG reprocessa os motivos e fatos que levam o indivíduo a ter determinada cognição, empreendendo na construção de novos entendimentos e comportamentos (Soares, 2021 e 2022; Santos, Lima-Verde e Miranda, 2023; Santos e Lima-Verde, 2023a e b). Entretanto, apesar dos inúmeros casos de sucesso com a TRG neste âmbito, a discussão científica ainda é limitada, constituindo a principal restrição deste estudo. Mais pesquisas com maior rigor científico e adequação metodológica são necessárias e já estão em andamento para compreender os mecanismos que levam os pacientes a remissão dos sintomas de depressão e ansiedade quando tratados com a TRG.

## CONCLUSÃO

Nos quatro casos envolvidos, a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) demonstrou ser uma abordagem terapêutica eficaz, promovendo melhorias significativas na qualidade de vida dos indivíduos participantes. Esses resultados sugerem que a TRG pode representar uma alternativa viável para aqueles que não tiveram sucesso em outras formas de psicoterapias convencionais. Contudo, é crucial destacar a necessidade de novos estudos em andamento para aprofundar nosso entendimento sobre o funcionamento dessa terapia na mente humana. Essas investigações, particularmente em colaboração com as neurociências,

visam oferecer *insights* mais profundos sobre os mecanismos subjacentes à eficácia do TRG e expandir o conhecimento nesse campo clínico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P.R. e ABREU, J.H.S.S. Lidando com o Suicídio. In: **Ativação Comportamental na Depressão**. Editora Manole, 2020. p.113-122.
- ADERKA, I.M. e HOFMANN, S.G. Ansiedade Social. In: BARLOW, D.H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ARSENAULT-LAPIERRE, G., KIM, C. e TURECKI, G. Psychiatric Diagnosis in 3275 Suicides: a Meta-Analysis. **BMC Psychiatry**. v.4, n.1, p.37, 2004.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- BECK, A. e ALFORD, B. A. **Depressão: causas e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BEESDO, K. *et al.* Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. **Arch Gen Psychiatry**. v.64, n.8, n.903-12, 2007.
- BEZERRA, T.C.G. *et al.* Escala Clance do Fenômeno do Impostor: adaptação brasileira. **Psico-USF**, v. 26, n.2, p.333-343, 2021.
- BRESLAU, J. *et al.* A Multinational Study of Mental Disorders, Marriage and Divorce. **Acta Psychiatr Scand**. v.124, n.6, p.474-86, 2011.
- BRUNONI, A. R. e SAMPAIO, B. Terapias biológicas não farmacológicas não invasivas. In: QUEVEDO *et al.* **Depressão: Teoria e Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- BRUNONI, A.R. *et al.* A Systematic Review on Reporting and Assessment of Adverse Effects Associated with Transcranial Direct Current Stimulation. **Int J Neuropsychopharmacol**. v.14, n.8, p.1133-45, 2011.
- BURNS, S.B. *et al.* Plasticity of the epigenome during early-life stress. **Semin Cell Dev Biol**. v.77, p.115-32, 2018.
- CANADIAN Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). **Treating depressive disorder: relapse and recurrence**, 2012. Disponível em: <http://www.canmat.org/cme-depression-relapse-and-recurrence.php>
- CHENIAUX, E. Psicopatologia e diagnóstico da depressão. In: QUEVEDO *et al.* **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.



- CHRISTMAS, D. *et al.* Long Term Outcome of Thermal Anterior Capsulotomy for Chronic Treatment Refractory Depression. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. v.82, n.6, p.594-600, 2011.
- CUIJPERS, P. *et al.* Are Psychological and Pharmacologic Interventions Equally Effective in the Treatment of Adult Depressive Disorders? a Meta-Analysis of Comparative Studies. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.69, n.11, p.1675-1685, 2008.
- DALLALANA, C., CARIBÉ, A. C e MIRANDA-SCIPPA, A. Suicídio. In: QUEVEDO *et al.* **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- DURAN, E. P. *et al.* Psicoterapia cognitivo-comportamental e análise do comportamento na depressão. In: QUEVEDO *et al.* **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- FEKADU, A. *et al.* What Happens to Patients with Treatment-Resistant Depression? a Systematic Review of Medium to Long Term Outcome Studies. **J Affect Disord**. v.116, n.1-2, p.4-11, 2009.
- GOMES, F. Reflexões sobre relações sociais e saúde mental. In: CARVALHO *et al.* **Psiquiatria do estilo de vida**. Editora Manole, 2021. p. 272-283.
- GONÇALVES, W. S. *et al.* Depressão resistente ao tratamento. In: QUEVEDO *et al.* **Depressão: Teoria e Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- HALLETT, M. Transcranial Magnetic Stimulation: a Primer. **Neuron**. v.55, n.2, p.187-99, 2007.
- HAMIDIAN, S. *et al.* Comparison of the Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Accompanied by Pharmacotherapy with Pharmacotherapy Alone in Treating Dysthymic Patients. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v.15, n.3, p.239-244, 2013.
- HOLTZHEIMER, P.E. *et al.* Subcallosal Cingulate Deep Brain Stimulation for Treatment-Resistant Depression: a Multisite, Randomised, Sham-Controlled Trial. **Lancet Psychiatry**. v.4, n.11, p.839-49, 2017.
- ISOMETSÄ, E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders: Who, When and Why? **Can J Psychiatry**. v.59, n.3, p.120-30, 2014.
- KESSLER, R.C., MERIKANGAS, K.R. e WANG, P.S. Prevalence, Comorbidity and Service Utilization for Mood Disorders in the United States at the Beginning of the Twenty-First Century. **Annu Rev Clin Psychol**. v.3, n.1, p.137-58, 2007.
- LACERDA, A. L. T. e DEL PORTO, J. A. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO *et al.* **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

- LENHARDTK, G. e CALVETTI, P.U. Quando a ansiedade vira doença? Como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cognitivo-comportamental. **Aletheia** v.50, n.1-2, p.111-122, 2017.
- LUTZ, P.E., MECHAWAR, N. e TURECKI, G. Neuropathology of Suicide: Recent Findings and Future Directions. **Mol Psychiatry**. v.22, n.10, p.1395-412, 2017.
- MAMERI-TRÉS, L.M.A. e SANTOS, V.M. Síndrome de burnout: trabalho e saúde. *In: CARVALHO et al. Psiquiatria do Estilo de Vida*. Editora Manole, p.256-261:2021.
- MOOREY, S. The Six Cycles Maintenance Model: Growing a “Vicious Flower” for Depression. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v.38, n.2, p.173-184, 2010.
- NAHAS, Z. *et al.* Two-Year Outcome of Vagus Nerve Stimulation (VNS) for Treatment of Major Depressive Episodes. **J Clin Psychiatry**. v.66, n.9, p.1097-104, 2005.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: WHO, 2017.
- PAANS, N. P. G. *et al.* Contributions of Depression and Body Mass Index to Body Image. **J Psychiatr Res**. v. 103, p. 18–25, 2018.
- PARIKH, S. V. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT): Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults II. Psychotherapy Alone or in Combination with Antidepressant Medication. **Journal of Affective Disorders**, v.117, p.15-25, 2009.
- PEREIRA JÚNIOR, J. F. e HAMANI, C. Terapias biológicas não farmacológicas invasivas. *In: QUEVEDO et al. Depressão: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- RIBEIRO, J.D. *et al.* Depression and Hopelessness as Risk Factors for Suicide Ideation, Attempts and Death: Meta-Analysis of Longitudinal Studies. **Br J Psychiatry**. v.212, n.5, p.279-86, 2018.
- SANTOS, J. S. e LIMA-VERDE, J. B. Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a Case of Depression and Generalized Anxiety. **RevSALUS** v.5, n. 3, 2023a.
- SANTOS, J. S. e LIMA-VERDE, J. B. Terapia de reprocessamento generativo: abordagem terapêutica alternativa e transformadora no tratamento de problemas da mente. *In: Revista Medicina Integrativa*. Disponível em: <https://revistamedicinaintegrativa.com/?s=trg>, 2023b.
- SANTOS, J. S. e LIMA-VERDE, J. B. Repensando a saúde mental: o potencial transformador da terapia de reprocessamento generativo. **Revista Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 25, p.102-3, 2024.

- SANTOS, J. S., LIMA-VERDE, J. B. e MIRANDA, M. E. L. C. Generative Reprocessing Therapy (TRG): a Promising Approach in Mental Health. In: **11th European Conference in Mental Health (ECMH)**, Ljubljana, Eslovênia, 2023.
- SARABIA-COBO, C.M. La imagen corporal em los ancianos. **Gerokomos**, v.23, n.1, p.15-8, 2012.
- SINGULANE, B. A. R. e SARTES, L. M. A. Aliança terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais por videoconferência: uma revisão da literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n.3, p.784-798, 2017.
- SKOPINSKI, F., RESENDE, T. L. e SCHNEIDER, R. H. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.95-105, 2015.
- SOARES, J. **O Poder de Transformação da TRG - Terapia de Reprocessamento Generativo**. Sodré Gráfica e Encadernadora Ltda, Vitória/Brasil, 226p, 2022.
- SOARES, J. **Terapeuta de Resultados - Relatos incríveis de vidas transformadas**. Sodré Gráfica e Encadernadora Ltda, Vitória/Brasil, 287p, 2021.
- TAMAI, S. Tratamento farmacológico da depressão. In: QUEVEDO *et al.* **Depressão: Teoria e Clínica**. Porto Alegre : Artmed, 2019.