

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

GESSYKA WANGLON VELEDA

EFEITO DA TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL UM ANO APÓS
TRATAMENTO PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Pelotas

2018

GESSYKA WANGLON VELEDA

**EFEITO DA TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL UM ANO APÓS
TRATAMENTO PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Dr. Luciano Dias de Mattos Souza.

Coorientadora: Dra. Mariane Lopez Molina.

Pelotas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V436e Veleda, Gessyka Wanglon
Efeito da Terapia Cognitivo Comportamental um ano após tratamento para transtorno depressivo maior. / Gessyka Wanglon Veleda. – Pelotas: UCPEL, 2018.
78 f.
Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza; co-orientadora: Mariane Lopez Molina.

1. transtorno depressivo. 2. sintomas depressivos. 3. Terapia cognitivo-comportamental. 4. Follow-up. 5. efetividade I. Souza, Luciano Dias de Mattos, or. II. Título.

CDD 616

**EFEITO DA TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL
UM ANO APÓS TRATAMENTO PARA TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Taiane Azevedo Cardoso

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Orientador – Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

Agradecimento

A todos aqueles que seguem ao meu lado nessa caminhada (de perto ou a longas distâncias) e me inspiram e motivam todos os dias a ser melhor do que fui, meu sincero

Obrigada.

RESUMO

A Terapia Cognitiva - Comportamental (TCC) tem sido indicada como tratamento de primeira linha para o Transtorno Depressivo Maior (TDM), devido sua eficácia e efetividade. Contudo, pouco se sabe sobre a manutenção desses resultados a médio e longo prazo. Esses achados têm especial importância, tendo em vista, as altas taxas de recidivas e recorrência de episódios depressivos ao longo da vida dos sujeitos. O objetivo deste estudo é pesquisar a eficácia e efetividade do tratamento psicoterápico a partir da TCC para a resposta dos sintomas depressivos um ano pós-acompanhamento, indicando aspectos clínicos e sociais relacionados. A partir de um estudo quase experimental aninhado a um clínico randomizado, 94 pacientes foram avaliados, através do Inventário Beck de Depressão (BDI- II), 6 e 12 meses pós intervenção de 16 sessões com TCC. Houve diferenças significativas entre as medianas de sintomas depressivos do baseline com os escores de todos os momentos de acompanhamento ($p < 0,001$). Não houve diferenças em relação aos escores de sintomas depressivos do final do tratamento quando comparados com aos 6 ($p < 0,486$) e 12 meses ($p < 0,098$). Apenas o escore de BDI inicial estava associado à diminuição dos sintomas depressivos ($p < 0,001$). Os achados indicam que a TCC reduz significativamente os sintomas depressivos mantendo essa condição até 12 meses após a intervenção. A intensidade dos sintomas depressivos no início do processo terapêutico está associada a uma diminuição dos sintomas depressivos pós intervenção.

Palavras – chave: Sintomas depressivos, TCC, Follow-up, Resposta ao tratamento

ABSTRACT

Behavioral Cognitive Therapy (CBT) has been indicated as first-line treatments for Major Depressive Disorder (MDD), due to its effectiveness and effectiveness. However, little is known about the maintenance of these results in the medium and long term. These findings are of particular importance in view of the high rates of relapse and recurrence of depressive episodes throughout the subjects' lives. . The objective of this study is to investigate the efficacy and effectiveness of psychotherapeutic treatment from CBT for the response of post-follow-up depressive symptoms, indicating related clinical and social aspects. From a quasi-experimental study nested to a randomized clinical study, 94 patients were evaluated through the Beck Depression Inventory (BDI-II), 6 and 12 months post intervention of 16 sessions with CBT. There were significant differences between the median depressive symptoms of the baseline with the scores of all other follow-up moments ($p < 0.001$). There were no differences in the scores of depressive symptoms at the end of treatment when compared to 6 ($p < 0.486$) and 12 months ($p < 0.098$). Only the initial BDI score was associated with a decrease in depressive symptoms ($p < 0.001$). The findings indicate that CBT significantly reduces depressive symptoms by maintaining this condition for up to 12 months after the intervention. The intensity of depressive symptoms at the beginning of the therapeutic process is associated with a decrease in post-intervention depressive symptoms.

Keywords: Depressive symptoms , CBT, Follow-up, Response of treatment

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de constituição da amostra (Figura 1 Projeto)

Figura 2 – Estrutura do plano de tratamento aplicado (Figura 2 Projeto)

Figura 3 – Fluxograma das avaliações durante acompanhamento (Figura 3 Projeto)

Figura 4 - Medianas dos Escores de BDI-II ao longo do tratamento (Figura 1 Artigo)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela de Revisão de Literatura (Tabela 1 Projeto)

Tabela 2 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra e as medianas de diferença de escore depressivo do início para o acompanhamento de 12 meses (Tabela 1 Artigo)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
BDI-II	Beck Depressive Inventory
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DSM- IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IIQ	Intervalo interquartilico
MINI Plus	Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS Statistical	Package for Social Sciences
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
TCC	Terapia Cognitivo – Comportamental
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TOC	Transtorno Obsessivo- Compulsivo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
PROJETO.....	14
1 IDENTIFICAÇÃO.....	15
1.1 Título	15
1.2 Titulação em andamento que designa o autor do trabalho (ex. Mestrando).....	15
1.3 Orientador	15
1.4 Instituição	15
1.5 Curso	15
1.6 Linha de pesquisa	15
1.7 Data	15
2 INTRODUÇÃO	16
3 OBJETIVOS	18
4 HIPÓTESES	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	20
6 MÉTODO	26
6.1 Delineamento	26
6.2 Participantes	26
6.3 Procedimentos e instrumentos.....	29
6.4 Análise dos dados.....	32
6.5 Aspectos éticos	33
6.6 Cronograma	34
6.7 Orçamento	25
7 REFERÊNCIAS	36

8 ARTIGO 51

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO..... 76

APRESENTAÇÃO

A depressão é a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. De acordo com as últimas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 300 milhões de pessoas são acometidas pela depressão, havendo um aumento de mais de 18% de casos entre 2005 e 2015. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Além de prevalente, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) apresenta taxas importantes de recidivas e recorrência. Grande parte dos indivíduos com TDM já experimentam mais de um episódio depressivo, sendo que, a probabilidade de novos episódios aparecerem aumenta a cada recorrência e ou recidiva (MUELLER et al, 1999; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000; SOLOMON et al, 2000).

Entre os tratamentos disponíveis, a Psicoterapia, em destaque a modalidade Cognitivo - Comportamental, tem apresentado resultados bastante eficazes na redução dos sintomas e na melhora da qualidade de vida do paciente logo após o tratamento. (BUTLER et al., 2006; DERUBEIS et al., 2005; CUJIPERS et al. 2011, CUJIPERS et al., 2013; WILES et al, 2013). Quanto a manutenção da melhora clínica a longo prazo, os resultados referentes a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental, são favoráveis, contudo ainda restritos, tendo em vista o elevado número de recidivas e recorrências dos episódios depressivos, mesmo entre os sujeitos que responderam positivamente as intervenções psicoterapêuticas (VITTENGL et al., 2007).

Frente a esse cenário, a presente dissertação tem como objetivo apresentar resultados referentes a remissão de sintomas depressivos aos 6 e 12 meses após o tratamento, baseado na Terapia Cognitivo- Comportamental, em sujeitos com Transtorno Depressivo Maior.

A exposição está dividida em duas partes, sendo a primeira o Projeto de Pesquisa que aborda principalmente o planejamento referente à execução do estudo. Nesta versão já estão inclusas as alterações provenientes do processo de qualificação que teve como banca avaliadora o Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva e a Dra. Taiane Azevedo Cardoso. A segunda parte é composta pelo artigo, produzido a partir das análises e discussões dos resultados da pesquisa.

A fim de fomentar e divulgar os achados a comunidade científica, o artigo final será submetido a um Periódico Científico especializado.

PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Efeito da terapia cognitivo - comportamental um ano após tratamento para transtorno depressivo maior

1.2 Designação da titulação pretendida pelo autor: Mestranda Gessyka Wanglon Veleda

1.3 Orientador: Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

Coorientadora: Dra. Mariane Lopez Molina

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Transtornos de Humor

1.7 Data: Julho, 2018

2. INTRODUÇÃO

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mundialmente mais comuns e debilitantes. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas em todas faixas etárias sejam, acometidas pela depressão, sendo essa a principal causa de incapacidade e carga global das doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). O Brasil lidera o ranking de prevalência de depressão entre as nações em desenvolvimento, com uma prevalência de 10 a 18% no período de doze meses, representando 20 a 36 milhões de pessoas afetadas, o equivalente a aproximadamente 10% das pessoas com depressão no mundo (RAZZOUK, 2016).

Atualmente existem diversas opções de tratamentos psicológicos e farmacológicos que apresentam uma eficácia aceitável. Com base em ensaios clínicos, a American Psychiatric Association (2010) indicou os medicamentos antidepressivos e a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) como tratamentos de primeira linha para o Transtorno Depressivo Maior (TDM), por apresentarem eficácia principalmente a curto prazo (GOLDENBERG et al., 2010).

Contudo, os maiores desafios encontrados no tratamento da depressão, estão relacionados às taxas de recaídas ou recorrência de sintomas, que mantém-se elevadas e tendem a aumentar com o número de episódios anteriores (KOSTER et al., 2017). Após um primeiro episódio de depressão, a probabilidade do aparecimento de um episódio adicional é de aproximadamente 50%; este aumenta para 70% após dois episódios e 90% após um terceiro episódio. Além disso, fatores como idade do primeiro episódio, gravidade, comorbidade, histórico familiar, cognições disfuncionais, personalidade (neuroticismo), apoio social deficiente e eventos estressantes da vida são apontados como fatores de risco para o aparecimento de novos episódios (KESSLER et al, 1996; BURCUSA; IACONO, 2007).

A literatura indica ainda que possivelmente, a cada novo episódio há um aumento na gravidade dos sintomas depressivos e uma maior probabilidade de que estes sintomas tornar-se-ão resistentes ao tratamento (KENDLER; THORNTON; GARDNER, 2000). A recorrência desses episódios trazem prejuízos não somente individuais, mas também sócio-econômicos, principalmente em quadros mais severos que necessitam de internações hospitalares.

Gloaguen, Cottraux e Cucherat (1998) em um estudo de meta-análise, buscaram pesquisar os efeitos da TCC em pacientes deprimidos e aponta que os tratados a partir da Terapia Cognitivo Comportamental podem apresentar risco reduzido em relação ao aparecimento de novos episódios, principalmente quando comparados com pacientes que receberam apenas tratamento farmacológico. No entanto, este tipo de investigação ainda são muito escassas, com intervalos de acompanhamentos variáveis, delimitando um conhecimento restrito a cerca da eficácia do tratamento cognitivo comportamental em médio e longo prazo.

A literatura fica ainda mais limitada quando busca-se verificar a efetividade e eficácia dessa terapia no contexto sociocultural do Brasil, demonstrando assim, a importância de pesquisas que investiguem a utilização da TCC como tratamento eficaz a médio e longo prazo para pacientes com transtorno depressivo maior.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Pesquisar a eficácia e efetividade do tratamento psicoterápico a partir da Terapia Cognitivo Comportamental para a resposta e remissão dos sintomas depressivos após 6 meses e 1 ano da intervenção

3.2 Específicos

Comparar a intensidade de sintomas depressivos nos sujeitos com Transtorno Depressivo Maior, no início, no final, seis meses e um ano após a intervenção com TCC.

Avaliar a remissão do Transtorno Depressivo Maior no prazo de seis e um ano após a intervenção.

Identificar aspectos clínicos e sociais associados com maior remissão de sintomas depressivos um ano após a intervenção.

4. HIPÓTESES

A intensidade de sintomas depressivos nos sujeitos com Transtorno Depressivo Maior, baseados nos escores do Inventário de Depressão (BDI-II) logo após o tratamento, apresentará diferença significativa em relação aos escores presentes no início do tratamento. Em média haverá uma diminuição de 12 pontos nesse escore.

A intensidade de sintomas depressivos nos sujeitos com Transtorno Depressivo Maior um ano após o tratamento em TCC não apresentará diferenças em relação aos momentos de pós-tratamento e acompanhamento de seis meses, porém será significativamente menor quando comparada a intensidade de sintomas pré-tratamento.

A remissão do Transtorno Depressivo Maior no prazo de seis meses e um ano após tratamento será de aproximadamente 25%.

Após um ano de intervenção não será encontrada associação entre as características clínicas e sociais com a remissão dos sintomas depressivos nos indivíduos avaliados.

5. REVISÃO DE LITERATURA

O levantamento bibliográfico das produções científicas foi realizado através de investigação na base de dados PUBMED e SciELO (Scientific Electronic Library) entre os meses de abril e agosto de 2017, considerando as publicações dos últimos 10 anos. Como estratégia de busca, utilizaram-se os seguintes descritores: depression or depressive and psychotherapy or cognitive behavior therapy and follow-up or follow-up. Foram selecionados a opção textos completos, na língua inglesa, sendo excluída toda publicação duplicada. Ao observar as bases de dados, obteve-se um produto final de 6124 estudos. Até o presente momento, quatro deles respeitavam os critérios de inclusão e foram selecionados para essa revisão de literatura, abaixo encontra-se a tabela de revisão como resumo dos principais dados.

Tabela 1 – Tabela de Revisão de Literatura

Autores e Ano de Publicação	Público atendido	Período de Intervenção (semanas)	Intervenção / Instrumentos Utilizados / <i>Follow-up</i>	Principais Resultados	Observações relevantes (pontos positivos e limitações)
NAKAGAWA et al., 2017.	<p>N= 80 adultos com TDM resistente ao tratamento randomizados da seguinte forma:</p> <p>N= 40 – Tratamento com TCC + farmacoterapia N=40 – Apenas farmacoterapia</p>	TCC com tratamento psicotrópico usual 16 sessões (50 minutos- sessão)	<p>*GRID-HDRS BDI-II QIDS- SR</p> <p>Pós-intervenção. 3, 6 e 12 meses após o final da intervenção</p>	<p>Diminuição nos sintomas depressivos (avaliados pela redução de 50% na escala GRID-HDRS) no fim do tratamento foram maiores no grupo TCC (-12,7 vs -7,4) média foi significativa (-5,4; IC 95%, -8,1 para -2,6; P <0,001). No follow up de 3 meses os escores se mantiveram ainda menores no grupo da TCC(-13,2 vs -9,5; diferença = -3,7; IC 95%, -6,4 a -0,9; P = 0,01), aos 6 meses (-14,9 vs -11,5; diferença = -3,4; IC 95%, -6,2 a -0,6; P = 0,02) e às 12 meses (-15,4 vs -11,0; diferença = -4,4; IC 95%; -7,2 a -1,6; P = 0,002).</p> <p>Remissão de sintomas escala GRID-HDRS com pontuação >7 Final (n=17, 42.5%), 3 meses (n= 20, 50%), 6 meses (n= 28, 70%) e 12 meses(n= 29,72.5%). Havendo</p>	Não foram encontradas diferenças com o uso do BDI – II.

				diferenças significativas entre os grupos apenas no follow-up de 6 e 12 meses, respectivamente (70% vs 40% p=0,01; 72.5% vs 42,5% p=0,01).	
CONRADI et al., 2017	267 adultos com TDM randomizados para as intervenções: Cuidados de Rotina (n = 72), Programa de Prevenção e Psicoeducação (n = 112), Atendimento Psiquiátrico + Programa de Prevenção e Psicoeducação (n = 39) ou Terapia Cognitivo Comportamental + Programa de Prevenção e Psicoeducação (n = 44)	Grupo Terapia Cognitivo-Comportamental 10 sessões seguidas por um Programa de Prevenção e Psicoeducação (três sessões presenciais e pequenos contatos telefônicos trimestrais nos três anos seguintes.)	Entrevista CID no follow-up de 3 anos Entrevista LIFE e BDI - II follow-up de até 7 anos Para o BDI – II foi utilizado na como uma resposta de 1 a 5 (baseada na pontuação BDI de 5,7)	Tendência a menor gravidade nos sintomas relatados pela escala do BDI – II no Grupo TCC + PPE comparado ao grupo de cuidados usuais (diferença 0,33; p =0,08) Quando comparado ao grupo de cuidados usuais o grupo TCC + PPP apresentou uma tendência em relação ao tempo livre de sintomas depressivos (-1,70, p=0,09).	Mesmo com os diferentes tratamentos a taxa de recidiva em 10 anos é de, 76.5% em relação a todos os grupos.
WILES et al., 2016	N= 285 adultos com TDM resistente ao	12 sessões de TCC	BDI –II (considerando resposta \geq 50% de redução nos sintomas depressivos em	46 meses pós intervenção o Grupo tratado com TCC mais cuidados usuais apresentou escores do BDI-	Os instrumentos de avaliação do pós-intervenção foram

	<p>tratamento divididos em:</p> <p>149 – TCC + farmacoterapia 126 – Apenas farmacoterapia</p>		<p>relação à avaliação inicial e Remissão o escore BDI-II <10).</p> <p>Follow –up: 6,12 meses e 3 e 5 anos</p>	<p>II , em média, 3,6 pontos menor do que o grupo controle (IC 95% - 6 · 6 a -0,6)</p> <p>Em análises de medidas repetidas, usando dados de 6, 12 e 46 meses o indivíduos no grupo de intervenção apresentaram um escore médio de BDI-II que foi, em média, 4 pontos menor (-6 · 4 a -3 · 0) ao longo dos 46 meses em comparação com aqueles no grupo de cuidados habituais.</p>	<p>aplicados por correspondência. O estudo aponta também os gastos diminuídos com o grupo intervenção.</p>
<p>DRIESSEN et al., 2013</p>	<p>N = 341 adultos com TDM alocados nos seguintes grupos:</p> <p>TCC n = 164 ou Terapia Psicodinâmica n = 177.</p>	<p>16 sessões dentro de 22 semana para ambas as intervenções.</p>	<p>HAM-D (considerando remissão a partir de um resultado < 7)</p> <p>Follow-up de 1 ano.</p>	<p>24,3% dos pacientes na condição TCC apresentaram critérios para remissão contra 21,3% dos pacientes randomizados para TP . Odds ratio foi de 0,82 (95% CI = 0,45-1,50), indicando que as taxas de remissão não diferiram Significativamente.</p> <p>Quando divididos entre subgrupos relacionados a gravidade da depressão (moderada e grave) novamente não se encontra diferença entre grupos.</p> <p>44,6% atendidos pela TCC relataram a procura por tratamento adicional durante o período de acompanhamento já</p>	<p>Quanto a aumento nos sintomas depressivos ou risco de suicídio após o acompanhamento foi relatado em 1,8% do pacientes atendidos pelo Gurpo TCC contra 2,3% do grupo atendido pela psicodinâmico. Não houve diferenças entre os grupos.</p>

				com o outro grupo 33,0% relataram essa condição, mas essa diferença não alcançou significância ($\chi^2 = 2,67$, $df = 1$, $p = 0,10$)	
--	--	--	--	--	--

* Versão alterada da escala Hamiltons que fornece convenções padronizadas de pontuação explícita com um guia de entrevista estruturado para administração e pontuação.

O TDM é uma doença comum que gera uma grande carga econômica para a saúde, seja devido à alta prevalência ou mesmo pela sua natureza debilitante (GREENBERG et al., 2015; MARCUS; OLFSON, 2010). Em virtude dessas características, ocorreu um aumento substancial na procura por alternativas de tratamento a depressão, principalmente na década de 90. A porcentagem da população americana que recebeu tratamento para depressão aumentou de 0,73% em 1987 para 2,33% em 1997 (MARCUS; OLFSON, 2010).

Entre as alternativas psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) está em posição de destaque, sendo a abordagem psicoterapêutica mais indicada e pesquisada para o tratamento da depressão em adultos (CUIJPERS et al, 2013).

A TCC refere-se a uma classe de intervenções que compartilham da premissa básica que transtornos mentais e sofrimento psicológico são mantidos por fatores cognitivos. Nesse processo o terapeuta se concentra sobre o impacto dos pensamentos disfuncionais do paciente no seu comportamento e funcionamento atuais. O foco do tratamento é ajudar o sujeito a avaliar, desafiar e modificar suas crenças disfuncionais (reestruturação cognitiva), para promover assim mudanças comportamentais e melhorias em seu funcionamento. Os psicoterapeutas se utilizam de uma abordagem psicoeducativa e auxiliam os pacientes a encontrarem novas formas para lidar com situações estressantes. A TCC tem sido utilizada para uma ampla gama de problemas psicológicos, em geral com a base de evidências muito forte (CUJIPERS et.al, 2013; HOFMANN et al., 2012).

No tratamento para a depressão, essa tem se mostrado bastante eficaz por ser um modelo breve, passível de pesquisa de resultados, apresentar menores índices de recaídas e com diminuição dos sintomas evidenciada em curto período de tempo (LANG; BORGWARDT, 2013).

Embora existam outros tratamentos psicológicos eficazes de curto prazo para a depressão que não fazem parte da família geral da TCC, inúmeros artigos e diretrizes, incluindo as Diretrizes de Prática da American Psychiatric Association (2010), recomendam a TCC como tratamento psicoterápico para a depressão. Essa diretriz aponta ainda, os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina, como a principal escolha no tratamento farmacológico (GOLDENBERG et al., 2010).

Sobre a efetividade dessa abordagem psicoterápica, a literatura aponta dados promissores, embora ainda restritos. Pesquisas indicam que a TCC para o tratamento da depressão é mais eficaz do que as condições de controle como lista de espera ou nenhum tratamento, com um tamanho de efeito moderado (BELTMAN; VOSHAAR; SPECKENS, 2010; VAN STRATEN et al., 2010).

Ainda em uma metanálise realizada com 115 estudos, que verificou os efeitos da TCC comparado com grupos controles, outras psicoterapias e intervenção farmacológica, mostrou que a TCC é um tratamento eficaz para a depressão em adulto, comparado ao grupo controle (CUIJPERS et al., 2013). Esses achados parecem estender-se também para os sujeitos com depressão resistentes ao tratamento, já que, duas metanálises (CUIJPERS et al., 2009; CUIJPERS et al., 2014) evidenciam que a TCC é tão eficaz quanto o tratamento com medicação antidepressiva sozinha e que a combinação dos dois melhoram significativamente a eficácia do tratamento.

Contudo, acredita-se que estes dados podem ser superestimados, no que diz respeito à efetividade da TCC, já que muitos estudos têm indicações claras para viés de publicação. Outros estudos de revisão igualmente sugerem que os fortes resultados da TCC nos sintomas depressivos podem sofrer efeitos de vieses como amostra limitada ou controle restrito de variáveis (CUIJPERS et al., 2010; CUIJPERS et al. 2013).

A fim de demonstrar esse entraves em relação o rigor metodológico dos estudos clínicos randomizados, Cuijpers et.al, (2013) em uma metanálise que buscou comparar os resultados pós-tratamentos da TCC e outras abordagens psicoterápica (Psicodinâmica, Terapia Suportiva e ativação comportamental) e farmacoterapia, aponta que dos 92 artigos escolhidos para inclusão no estudo apenas 24 preencheram os quatro dos seis critérios de qualidade avaliados pela ferramenta "Risco de viés", desenvolvida pela Cochrane Collaboration (HIGGINS GREEN, 2011), 28 preencheram 2 ou 3, e 40 estudos restantes apresentaram uma qualidade ainda menor (0 ou 1 dos quatro critérios). Esta ferramenta avalia possíveis fontes de parcialidade em ensaios randomizados, como problemas no processo de alocação dos casos, cegamento e mascaramento de avaliadores.

Em relação a TCC e outras modalidade de psicoterapia os resultados ainda são pouco conclusivos, mostrando que o tratamento com abordagem cognitiva comportamental não apresenta resultados nem melhores ou piores comparados a modalidade de terapia de suporte não-direcional ou Psicoterapia psicodinâmica, por exemplo (CUIJPERS et. al. 2013; E.g., BELTMAN et al., 2010; CUIJPERS et al., 2010;).

Cuijpers et. al.(2014) em uma metanálise comparando 92 estudos com diferentes intervenções psicoterapêuticas (TCC, Terapia Psicodinâmica, Aconselhamento de Suporte, Ativação Comportamental) em comparação a grupos controle, não encontrou diferença entre as taxas de remissão após o tratamento entre as psicoterapias, sendo que em média 62% da pesquisa dos participantes não preencheram critérios para TDM após o tratamento. Contudo houve diferenças significativas entre as taxas de remissão dos grupos das psicoterapias (62%) e os controles (43% ; $p > 0.00$).

Em relação a resposta ao tratamento (definida como redução de 50% no BDI-II), a taxa para o grupo das psicoterapias foi de 48%, e não houve diferença significativa entre os tipos de psicoterapia. Já taxa de resposta nas condições de controle foi de 19%, mostrando novamente diferença entre as condições de psicoterapia e controle ($p=0,001$). Ainda em relação a resposta, logo após o período de intervenção, os escores no BDI-II apontaram uma diminuição de em média 15,12 pontos nas condições de psicoterapia (pontuação média basal: 29,21) e apenas 4,68 pontos nas condições de controle (pontuação média basal: 26,45). Houve diferenças significativas entre os diferentes tipos de condições de psicoterapia ($p=0,001$), com a maior queda para Ativação Comportamental (22,91 pontos) e o menor para TCC (12,75 pontos).

Mesmo com resultados conflitantes, a TCC pode ser uma alternativa eficaz no tratamento de pacientes com TDM, com taxa de remissão e resposta, logo após o tratamento, ainda significativas, com necessidade de maiores investigações.

Quando avaliados a médio e longo prazo, os benefícios da TCC possivelmente são mantidos, auxiliando em uma melhor e mais eficaz resposta ao tratamento. Embora ainda escassas, as pesquisas que buscam avaliar a efetividade da TCC ao longo do tempo, apontam sua superioridade em relação à farmacoterapia e outras terapias.

Em um estudo clínico randomizado realizado com 80 adultos com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior resistente ao tratamento, comparando o tratamento usual com farmacoterapia ao tratamento baseado na Terapia Cognitivo Comportamental com uso de psicotrópicos, mostrou que 6 e 12 meses após a intervenção, as taxas de remissão eram significativamente maiores no grupo que exposto a psicoterapia (70% vs 40% $p=0,01$; e 72.5% vs 42,5% $p=0,01$). A remissão foi avaliada através do escore menor que ou igual a 7 no instrumento GRID-HDRS, versão alterada da escala

Hamilton que fornece convenções padronizadas de pontuação explícita com um guia de entrevista estruturado para administração e pontuação (NAKAGAWA et al., 2017).

A partir dessa escala também foi avaliada a resposta ao tratamento, considerando a diminuição em 50% do escore final comparado a avaliação anterior a intervenção. As pontuações mostraram que o alívio dos sintomas depressivos ao final do tratamento foram maiores no grupo TCC comparado ao grupo que utilizou apenas o psicotrópico (-12,7 vs -7,4, respectivamente $P < 0,001$). Os efeitos benéficos da TCC foram mantidos aos 3 meses (-13,2 vs -9,5; $P = 0,01$), aos 6 meses (-14,9 vs -11,5; $P = 0,02$) e aos 12 meses pós intervenção (-15,4 vs -11,0; $P = 0,002$) (NAKAGAWA et al., 2017).

Esses dados sugerem que a TCC aliada a farmacoterapia tem resultados superiores na remissão e resposta ao tratamento mesmo em sujeitos com depressão resistente ao tratamento. É importante salientar que quando avaliados os sintomas depressivos pelo BDI- II não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

A longo prazo os dados igualmente são favoráveis, em um estudo clínico randomizado realizado por Wiles et al. (2016) em condições próximas a pesquisa descrita acima (pacientes com TDM resistente ao tratamento randomizados para dois grupos: Farmacoterapia e Farmacoterapia aliada a TCC) apresentaram benefícios em relação ao tratamento combinado. O grupo tratado com TCC 46 meses após intervenção apresentou escores do BDI-II, em média, 3,6 pontos menor do que o grupo controle (IC 95% -6,6 a -0,6). Em análises de medidas repetidas, usando dados de 6, 12 e 46 meses os indivíduos no grupo de intervenção apresentaram um escore médio de BDI-II que foi, em média, 4 pontos menor (-6 - 4 a -3 - 0) ao longo dos 46 meses em comparação ao grupo que utilizava apenas os psicotrópicos.

Uma das possibilidades explicativas para a o efeito expressivo da TCC no tratamento a longo prazo se dá pelo seu caráter psicoeducativo. Através do ensino de novas habilidades aos pacientes passa a gerenciar melhor seu humor e, portanto, em potencial apresenta benefícios cognitivos e comportamentais que são sustentados além do fim da terapia. Essa possibilidade corrobora com um estudo qualitativo que entrevistou nove indivíduos sobre seu uso de habilidades adquiridas no tratamento com a TCC, 10 meses após o término do tratamento, descobrindo que os pacientes ainda continuavam a usar algumas das habilidades aprendidas (GLASMAN; FINLAY; BROCK, 2004),

Por outro lado, pesquisas que investigam os efeitos da TCC a médio e longo prazo, comparando com outros procedimentos e intervenções psicoterapêuticas ainda apresentam resultados controversos. Conradi et al. (2017), conduziram um estudo de acompanhamento de 10 anos em uma unidade de cuidados primários, com o total de 267 sujeitos com critérios para o TDM randomizados para 4 diferentes intervenções: Cuidados de Rotina (n = 72), Programa de Prevenção e Psicoeducação (n = 112), Atendimento Psiquiátrico aliado ao Programa de Prevenção e Psicoeducação (n = 39) ou Terapia Cognitivo Comportamental mais Programa de Prevenção e Psicoeducação (n = 44).

Após esse período não houve diferenças significativas entre os grupos de intervenção no que diz respeito a remissão de sintomas. Contudo após 10 anos, os resultados apontam uma tendência dos pacientes submetidos a TCC com o Programa de Prevenção e Psicoeducação a apresentarem uma menor gravidade nos sintomas relatados pela escala do BDI – II (1,77, dp = 0,15) comparado aos outros grupos de cuidados usuais (2,10, dp=0,11; p=0,08). Outro dado significativo diz respeito as taxas de recidiva, mesmo com diferentes tipos de tratamentos, 76.5% dos pacientes

investigados, apresentaram um novo episódio depressivo no período de 10 anos (CONRADI et al., 2017).

Ainda sobre a comparação entre a TCC e outras psicoterapias Driessen et al., (2013) em um ensaio clínico randomizado, com 341 adultos com TDM alocados em dois diferentes tipos de intervenção: TCC (n = 164) e Terapia Psicodinâmica (n = 177), compararam os efeitos das duas psicoterapias no prazo de 1 ano após acompanhamento de 16 sessões para cada intervenção. Entre os principais resultados, o estudo aponta que 24,3% dos pacientes na condição TCC apresentaram critérios para remissão contra 21,3% dos pacientes randomizados para Terapia Psicodinâmica com odds ratio de 0,82 (95% CI = 0,45-1,50), indicando que as taxas de remissão não diferiram significativamente. A pesquisa utilizou o escore menor ou igual a 7 na escala HAM-D como critério para remissão de sintomas. Ressalta-se, a taxa pouco significativa de remissão de sintomas (menor de 30%) nos dois diferentes tipos de psicoterapia, apontando uma ainda discreta eficácia sobre o tratamento dessas para o TDM.

Quando divididos entre subgrupos relacionados a gravidade da depressão (moderada e grave) novamente não se encontra diferença entre grupos em relação a remissão de sintomas. Sugerindo assim, que o fator clínico, gravidade do transtorno não estaria relacionado ao processo de remissão e resposta ao tratamento.

A partir desse cenário, fica evidente a necessidade de novas investigações, a fim esclarecer o efeito a médio e longo prazo da TCC em sujeitos com TDM, para assim propor possibilidades mais seguras de tratamento, tendo em vista a alta recorrência do transtorno. As pesquisas se justificam ainda, tendo em vista, estudos como o de Wiles et al., (2016) que apontam os gastos diminuídos em relação ao tratamento com TCC, sendo assim uma alternativa viável para tratamento principalmente nos serviços públicos, podendo abarcar um maior número de indivíduos.

6. METODOLOGIA

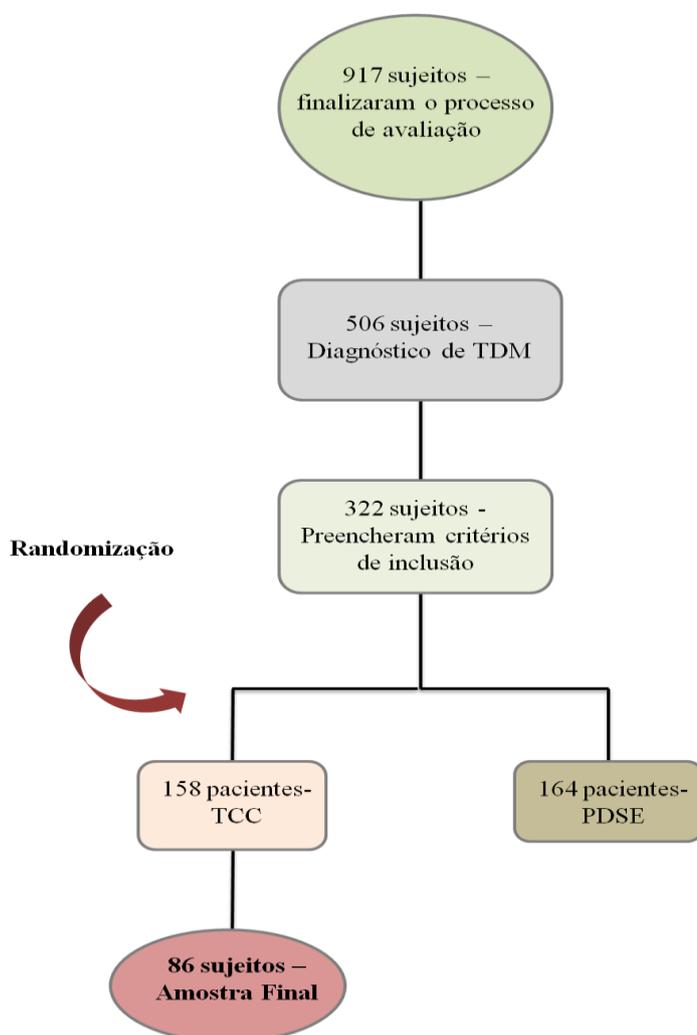
6.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa quase-experimental de série temporal aninhado a um estudo do tipo ensaio clínico randomizado que teve início em julho de 2012 e final de avaliações de acompanhamentos em janeiro de 2017.

6.2 Participantes

O estudo foi divulgado nos serviços de saúde do município, como: Centro de Atenção Psicossociais (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios e hospitais, a fim de captar um número maior de participantes a partir de uma avaliação psicodiagnóstica inicial no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPel. Ao total, 917 indivíduos completaram a avaliação, sendo que 506 apresentaram TDM. Destes, 322 preencheram os critérios de inclusão e foram randomizados entre dois modelos de intervenção breve: Terapia Cognitiva Comportamental e Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva de tempo limitado (Figura 1).

A randomização ocorreu por aleatorização simples, para tal 60 etiquetas de cada modelo de psicoterapia foram colocadas em um envelope pardo e para cada paciente incluído foi sorteado uma etiqueta. O pesquisador responsável pela randomização não participou do processo de avaliação, nem de intervenção psicoterapêutica. Além disso, a equipe responsável pela avaliação do baseline e pós-intervenção foi cega quanto ao modelo de intervenção aplicado. Foram alocados para o tratamento em TCC 158 indivíduos, destes 118 compareceram ao primeiro atendimento e 86 se mantiveram em atendimento até a 4ª sessão (ABUCHAIM, 2016).

Figura 1 – Fluxograma de constituição da amostra.

6.2.1 Critérios de inclusão

Para o ensaio clínico randomizado foram determinados como critérios:

- Ter entre 18 e 60 anos de idade;
- Ser diagnosticado com transtorno depressivo maior pela equipe do estudo;
- Aceitar a coleta de material biológico proposta pelo estudo.

Para o diagnóstico de depressão maior foi utilizada a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – Mini International Neuropsychiatric Interview na versão

Plus (MINI Plus) (Anexo D) (SHEEHAN et al., 1998). O MINI Plus é a entrevista melhor adaptada ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves, e representa uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, tanto em estudos clínicos, quanto epidemiológicos (AMORIM, 2000). Neste estudo, todos os módulos que exploram transtornos de eixo I do Manual diagnóstico de transtornos mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV) foram utilizados para aplicação dos algoritmos de diagnóstico diferencial.

Já para a presente pesquisa, além dos critérios acima, foi necessário também que participantes fossem randomizados para tratamento em Terapia Cognitivo Comportamental e permanecessem em tratamento até a 4ª sessão. O processo de tratamento em TCC oferecido conta com 4 sessões iniciais sobre a psicoeducação do transtorno depressivo, modelo cognitivo e elaboração de conceitualização cognitiva do caso; acredita-se que tal etapa possa apresentar efeitos para a redução dos sintomas depressivos (BECK, 2010).

6.2.2 Critérios de exclusão

Não foram incluídos no ensaio clínico randomizado os sujeitos que:

- Estavam em tratamento psicoterapêutico ou farmacológico para TDM em outro local; sendo que aqueles que faziam uso de psicotrópicos para outras condições psicopatológicas foram incluídos (ex.uso de ansiolíticos para quadros de ansiedade);
- Apresentavam risco de suicídio moderado ou grave;
- Faziam uso abusivo de alguma substância psicoativa (exceto tabaco e álcool);
- Apresentassem incapacidade de compreender os instrumentos de pesquisa.

Para a avaliação do risco de suicídio foi utilizado o módulo C do instrumento MINI Plus. Já para o uso de substâncias foi utilizado o instrumento Alcohol, Smoking

and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (HENRIQUE et al., 2004), contudo, a fim de excluir aqueles com padrão abusivo de uso de substâncias psicoativas foram utilizadas informação dos referidos módulos da MINI Plus.

Para a presente pesquisa, além dos parâmetros acima, igualmente foi incluído como critério de exclusão a randomização para a intervenção baseada na Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva.

Aqueles indivíduos que apresentaram algum dos critérios e exclusão após a 4ª sessão foram mantidos para análise dos objetivos da presente proposta.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

Após a randomização os pacientes elegíveis a esta pesquisa responderam um questionário contendo variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal) e passaram por uma avaliação da sintomatologia depressiva que será mais bem descrita no item 6.3.1. Após essa etapa os pacientes receberam psicoterapia individual em TCC de 16 sessões, uma vez por semana, com cinquenta minutos de duração. A psicoterapia foi realizada no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental por psicólogos, alunos de mestrado ou doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas ou alunos do curso de graduação em Psicologia que possuíam bolsa de iniciação científica. Estes foram supervisionados pelo pesquisador proponente que possui formação e atuação clínica no modelo proposto.

A intervenção psicoterapêutica foi composta de 14 sessões estruturadas de acordo com a proposta de Aaron Beck et al. (1997) e duas sessões de aplicação de instrumentos (primeira e última). Em geral, cada sessão do presente modelo psicoterapêutico segue um roteiro que se inicia pela checagem do humor do paciente,

seguida de uma retomada da sessão anterior, estabelecimento da agenda da sessão, revisão das tarefas de casa, discussão dos itens da agenda, estabelecimento da tarefa de casa, resumo final e devolução. A estrutura do plano de tratamento é descrita abaixo na

Figura 2:

Figura 2 – Estrutura do plano de tratamento aplicado.

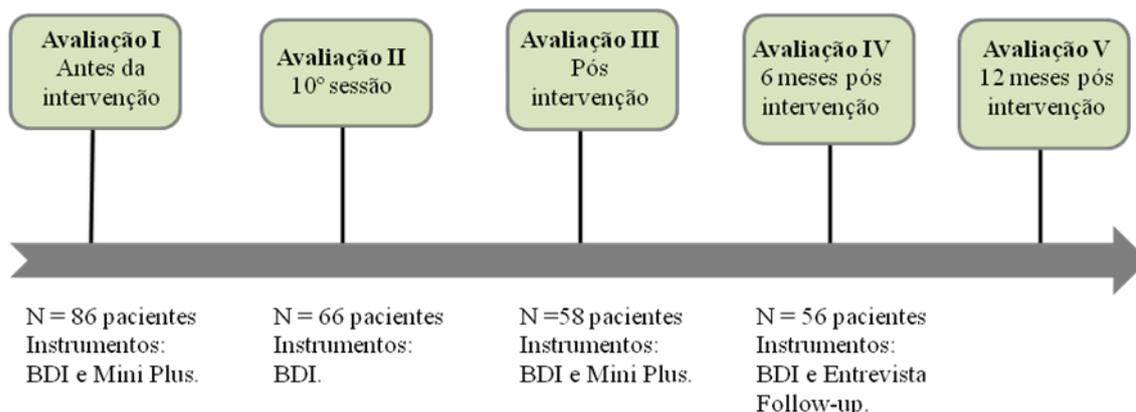
Sessão	Objetivos
1	Avaliação
2	Estabelecimento da aliança terapêutica e contextualização do terapeuta
3	Fortalecimento da aliança terapêutica e Psicoeducação do TDM
4	Fortalecimento da aliança terapêutica e Psicoeducação do modelo
5	Psicoeducação do modelo e Auto-monitoramento
6	Apresentação da Conceitualização Cognitiva
7	Técnicas cognitivas e/ou comportamentais
8	Técnicas cognitivas e/ou comportamentais
9	Técnicas cognitivas e/ou comportamentais
10	Técnicas cognitivas e/ou comportamentais
11	Técnicas cognitivas e/ou comportamentais
12	Técnicas cognitivas e/ou comportamentais
13	Término e Prevenção de recaída
14	Término e Prevenção de recaída
15	Término e Prevenção de recaída
16	Avaliação

Após a intervenção psicoterapêutica os pacientes foram acompanhados durante um ano e avaliados em mais dois momentos, ao total a aferição dos sintomas depressivos, através do instrumento Beck Depressive Inventory (BDI-II) (Anexo D) e Mini Plus, ocorreu em quatro diferentes momentos, como está descrito abaixo:

- Avaliação I: aplicação dos instrumentos antes da intervenção psicoterapêutica;
- Avaliação II: aplicação dos instrumentos no 10º atendimento da intervenção psicoterapêutica;
- Avaliação III: aplicação dos instrumentos imediatamente após o término do tratamento
- Avaliação IV: aplicação dos instrumentos 6 meses após o término do tratamento e de questionário de acompanhamento a fim de verificar a ocorrência nova de intervenção psiquiátrica e/ou psicológica;

- Avaliação V: aplicação dos instrumentos 12 meses após o término do tratamento e de questionário de acompanhamento a fim de verificar a ocorrência nova de intervenção psiquiátrica e/ou psicológica.

Figura 3 – Fluxograma das avaliações durante acompanhamento.



6.3.1 Desfecho primário

Para a mensuração e comparação da intensidade dos sintomas depressivos dos pacientes antes, após o tratamento e no prazo de seis meses e um ano após acompanhamento (cinco momentos de avaliação) será utilizado, os escores totais dos sujeitos no instrumento BDI-II. Esta escala autoaplicável, possui o total de 21 itens, cada um deles é mensurado através de escala Likert de 0 a 3 pontos, gerando assim um escore geral de 0 a 63 representando a severidade dos sintomas depressivos. Este instrumento tem sido utilizado amplamente para avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos (GOMES-OLIVEIRA et al., 2012).

Para a avaliação da remissão do Transtorno Depressivo Maior no prazo de seis e um ano após acompanhamento será utilizado o resultado do módulo A da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV, MINI Plus. Os sujeitos que não apresentarem indicativos de TDM na avaliação de seis e/ou dose meses serão considerados pacientes em remissão do transtorno.

6.3.2 Desfecho secundário

Para a avaliação dos aspectos sociais relacionados com maior remissão de sintomas depressivos, serão consideradas as variáveis: idade (até 29 anos / 30 – 44 anos / 45 ou mais), escolaridade (até 8 anos / 9 ou mais anos), classificação socioeconômica (A ou B / C, D ou E), situação laboral atual (sim / não), ter filho(s) (sim / não) e situação conjugal (sim / não). Todas as variáveis foram obtidas através da aplicação de um questionário geral realizado antes e após da intervenção psicoterapêutica (Anexo C). Já para a classificação socioeconômica, essa seguiu as diretrizes pontuadas pela Associação Brasileira de Pesquisa (ABEP,2012).

Em relação aos fatores clínicos, estes foram avaliados a partir do histórico familiar de transtornos psiquiátricos, igualmente obtido pelo questionário geral e também pela gravidade dos sintomas depressivos iniciais, mensurados a partir do escore total do BDI- II aplicado na Avaliação I (Avaliação ocorrida antes da intervenção).

6.4 Análise de dados

A análise de dados será realizada após a integração dos bancos de dados processados no sistema ODK no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Inicialmente será realizada a estatística descritiva a fim de descrever através de frequência absoluta e relativa a caracterização das variáveis qualitativas, bem como, por observação das medidas de tendência central e de dispersão a caracterização das variáveis quantitativas do presente estudo.

Com objetivo de realizar a análise por intenção de tratamento, as informações perdidas relativas ao instrumento BDI-II nas avaliações de acompanhamento de 6 meses e 12 meses serão substituídas por imputações de acordo com o último escore observado.

O teste de Wilcoxon será utilizado para comparação da intensidade de sintomas depressivos antes, após o tratamento e no prazo de seis meses e um ano após o tratamento. O teste de McNemar será utilizado para avaliar a significância da remissão do Transtorno Depressivo Maior no prazo de seis meses um ano após acompanhamento.

A fim de investigar a relação das variáveis moderadoras sociais sexo, suporte social (situação conjugal) e ter ou não ter filho com a remissão do TDM no acompanhamento será utilizado o teste qui-quadrado. As diferenças de escolaridade nos pacientes que apresentaram remissão ou não será verificada pelo teste t de student. O mesmo teste estatístico será realizado para identificar as relação da remissão do TDM com a severidade dos sintomas no início do tratamento.

6.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, através da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde (Anexo A). Neste protocolo de pesquisa serão respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Os participantes receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um termo de “Consentimento livre e esclarecido” (Anexo B). Será assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

6.5.1 Riscos

Este protocolo de pesquisa foi planejado com a intenção de causar o mínimo de risco aos seus participantes. Contudo ao longo do processo os sujeitos poderiam apresentar alguns desconfortos como a desadequação com o modelo terapêutico,

6.7 Orçamento

Descrição do material	Valor Total R\$
<i>Avaliações (baseline, pós-intervenção e follow-up)</i>	
Vales transporte (6 vales por paciente * 120 pacientes = 720 vales)	2,55 * 720 = 1.836,00
<i>Intervenções</i>	
Vales transporte (30 vales por paciente * 120 pacientes = 3600 vales)	2,55 * 3600 = 9.180,00
Entrevista clínica realizada por psicólogo	720 = 7200,00
04 Tablets para a coleta de dados	3.700,00
01 Desktop e tela	2000,00
Software QSR Nvivo na versão 9.0	2000,00
Material bibliográfico	2000,00
Total	29916,00

7. REFERÊNCIAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2012. Critério de Classificação Econômica do Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197>>.

ABUCHAIM, Pedro Rheingantz. **Relação entre aliança terapêutica e abandono em psicoterapia breve em pacientes adultos com depressão**. 2016. 58 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento, Ciências da Saúde, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2016.

AMORIM, Patrícia. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.106-115, set. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462000000300003>.

BECK, Aron et.al. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Editora: Artes Médicas, 1997.

BELTMAN, M. W.; VOSHAAR, R. C. O.; SPECKENS, A. E.. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. **The British Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 197, n. 1, p.11-19, 30 jun. 2010. Royal College of Psychiatrists. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064675>.

BURCUSA, Stephanie L.; IACONO, William G.. Risk for recurrence in depression. **Clinical Psychology Review**, [s.l.], v. 27, n. 8, p.959-985, dez. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>.

CONRADI, Henk Jan et al. The ten-year course of depression in primary care and long-term effects of psychoeducation, psychiatric consultation and cognitive behavioral therapy. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 217, p.174-182, ago. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.064>.

CUJPERS, Pim et al. Adding Psychotherapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive Disorders in Adults. **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [s.l.], v. 70, n. 9, p.1219-1229, 15 set. 2009. Physicians Postgraduate Press, Inc. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.09r05021>.

CUJPERS, P. et al. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. **The British Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 196, n. 3, p.173-178, 1 mar. 2010. Royal College of Psychiatrists. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066001>.

CUJPERS, Pim et al. A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. **The Canadian Journal**

Of Psychiatry, [s.l.], v. 58, n. 7, p.376-385, jul. 2013. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/070674371305800702>.

CUIJPERS, Pim et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. **World Psychiatry**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.56-67, fev. 2014. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20089>

CUIJPERS, Pim et al. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 159, p.118-126, abr. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>.

DRIESSEN, Ellen et al. The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression: A Randomized Clinical Trial. **American Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 170, n. 9, p.1041-1050, set. 2013. American Psychiatric Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070899>.

GOMES-OLIVEIRA, Marcio Henrique et al. Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 34, n. 4, p.389-394, dez. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>.

GLASMAN, D.; FINLAY, W.m.l.; BROCK, D.. Becoming a self-therapist: Using cognitivebehavioural therapy for recurrent depression and/or dysthymia after completing therapy. **Psychology And Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, [s.l.], v. 77, n. 3, p.335-351, set. 2004. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1348/1476083041839385>

GLOAGUEN, Valérie; COTTRAUX, Jean; CUCHERAT, Michel. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 49, n. 1, p.59-72, abr. 1998. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(97\)00199-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(97)00199-7).

GREENBERG, Paul E. et al. The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010). **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [s.l.], p.155-162, 25 fev. 2015. Physicians Postgraduate Press, Inc. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.14m09298>.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.199-206, abr. 2004. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302004000200039>

HIGGINS JPT, GREEN S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. **The Cochrane Collaboration**, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org.

HOFMANN, Stefan G. et al. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. **Cognitive Therapy And Research**, [s.l.], v. 36, n. 5, p.427-440, 31 jul. 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.

LANG, Undine E.; BORGWARDT, Stefan. Molecular Mechanisms of Depression: Perspectives on New Treatment Strategies. **Cellular Physiology And Biochemistry**, [s.l.], v. 31, n. 6, p.761-777, 2013. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000350094>.

MARCUS, Steven C.; OLFSON, Mark. National Trends in the Treatment for Depression From 1998 to 2007. **Archives Of General Psychiatry**, [s.l.], v. 67, n. 12, p.1265-1273, 6 dez. 2010. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.151>

KENDLER, Kenneth S.; THORNTON, Laura M.; GARDNER, Charles O.. Stressful Life Events and Previous Episodes in the Etiology of Major Depression in Women: An Evaluation of the “Kindling” Hypothesis. **American Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 157, n. 8, p.1243-1251, ago. 2000. American Psychiatric Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1243>.

KESSLER, R. c. et al. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. **Psychological Medicine**, [s.l.], v. 38, n. 03, p.1-14, 30 nov. 2007. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291707002012>.

KOSTER, Ernst H.w. et al. Cognitive control interventions for depression: A systematic review of findings from training studies. **Clinical Psychology Review**, [s.l.], v. 53, p.79-92, abr. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.002>.

NAKAGAWA, Atsuo et al. Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression. **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [s.l.], p.1-15, 28 fev. 2017. Physicians Postgraduate Press, Inc. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.15m10511>.

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 4, p. 845-848, Dez. 2016.

SHEEHAN, Dv et al. Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, -, v. 20, n. 59, p.22-33, 1998

VAN STRATEN, Annemieke et al. Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta-analysis. **Journal Of Psychosomatic Research**, [s.l.], v. 69, n. 1, p.23-32, jul. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.019>.

WILES, Nicola J et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaIT randomised controlled trial. **The Lancet Psychiatry**, [s.l.], v. 3, n. 2, p.137-144, fev. 2016. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00495-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00495-2).

WHO. Depression: World Health Organization Depression Fact sheet Updated February 2017.

ANEXOS

Anexo A - Carta de Aprovação no Comitê de Ética

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Católica de Pelotas - UCPel

PROJETO DE PESQUISA

Título: PROCESSO TERAPÊUTICO EM PSICOTERAPIAS PARA DEPRESSÃO

Área Temática:

Pesquisador: RICARDO AZEVEDO DA SILVA

Versão: 1

Instituição: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA
E CULTURA(SPAC)

CAAE: 02855312.6.0000.5339

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 66006

Data da Relatoria: 19/07/2012

Apresentação do Projeto:

A depressão é um importante foco das políticas públicas de saúde, tendo em vista a elevada prevalência na população geral e os prejuízos à qualidade de vida e capacidade produtiva dos indivíduos. Estudos mostram extensa redução da qualidade de vida, com incapacidades, disfunções e prejuízos na vida do indivíduo e de seus familiares. Este projeto insere-se no esforço que vem sendo realizado para elaborar e investigar estratégias de tratamento psicológico sem ignorar os aspectos fisiopatológicos envolvidos nos transtornos de humor visando a aplicabilidade dos modelos de intervenção no serviço público de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a eficácia e efetividade dos modelos de intervenção propostos para a remissão de sintomas depressivos, a regulação das alterações neuroquímicas e do ritmo biológico e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; Verificar a integração genética-resiliência sobre a remissão de sintomas depressivos e a regulação das alterações neuroquímicas. Com isso, o projeto propõe a observação de características sócio-demográficas, psicológicas e genéticas associadas ao abandono terapêutico e ao insucesso das intervenções. Como resultado destas observações, busca-se compreender o impacto de aspectos da personalidade, estilo defensivo e aliança terapêutica na eficácia e efetividade dos modelos de intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco refere-se a piora ou recorrência do quadro depressivo.

E termos institucionais o benefício consiste nas melhorias do modelo de atenção psicossocial dos portadores de depressão. Em relação a formação profissional da equipe o projeto permitirá a observação mais acurada sobre parâmetros psicológicos e biológicos da depressão que trará subsídios para elencar um conjunto mínimo de habilidades e conhecimentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de grande relevância científica e social por abordar um importante foco das políticas públicas de saúde, que é a Depressão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto satisfaz todos os itens necessários na proposta de um projeto de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo.

PELOTAS, 02 de Agosto de 2012

Assinado por:
VILSON JOSE LEFFA

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Conhecer aspectos da saúde e da funcionalidade da população que procura o Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPel. Havendo inicialmente uma avaliação psicológica que investigará a presença de transtornos mentais. Para medir possíveis alterações bioquímicas, será coletado sangue das pessoas com indicativo do transtorno. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias durante alguma alteração emocional importante.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma avaliação psicológica e uma coleta de sangue do seu braço, na qual serão retirados 10 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função. Caso positivo para algum transtorno mental, será realizado encaminhamento adequado.

Caso esteja em sofrimento psíquico e não preencha os critérios de inclusão no estudo, será encaminhado para o serviço de saúde apropriado.

Quais são os riscos em participar?

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área da saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função da presença de transtornos mentais.

Item importante!

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste local.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem custo nenhum e de forma rápida, caso este seja o tratamento mais adequado. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora do transtorno, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: __ / __ / ____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Mariane Lopez pelos telefones: 81 133404 / 84023356 / 91385835 / 21288404

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 - 81180444

Anexo C – Questionário de Follow-up



ENSAIO CLÍNICO DEPRESSÃO

**QUESTIONÁRIO DE FOLLOW-UP (6 E 12 MESES)**

Universidade Católica de Pelotas
 Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento
 Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde e Comportamento

REC: _____

Avaliação: (06) 6 meses (12) 12 meses

rec _____

daval _____

HISTÓRICO PSIQUIÁTRICO/PSICOLÓGICO

APÓS A AVALIAÇÃO FINAL (REALIZADA NO FINAL DA INTERVENÇÃO):

1. Você foi encaminhado pelo seu terapeuta para algum outro tipo de tratamento psicológico?

(0) Não (1) Sim.

SE SIM: (0) Clínica da UCPEL

(1) UBS

(2) CAPS

(3) Hospital Espírita de Pelotas

(4) Centro de Especialidades

(5) Ambulatório UFPEL

(6) Outro: _____

encam ____

eclucpel ____

eubs ____

ecaps ____

ehep ____

ecesp ____

eufpel ____

eoutro ____

2. Você consultou com psiquiatra desde a última avaliação?

(0) Não (1) Sim.

SE SIM: (0) Clínica da UCPEL

(1) UBS

(2) CAPS

psiqui ____

eclucpel ____

eubs ____

ecaps ____

- (3) Hospital Espírita de Pelotas
 (4) Centro de Especialidades
 (5) Ambulatório UFPEL
 (6) Particular
 (7) Outro: _____

ehep __
 ecesp __
 eupel __
 epartic __
 outro __

SE SIM: Quanto tempo durou o tratamento (meses)? _____

tempo __ __

3. Você começou a tomar algum medicamento por problemas psiquiátricos desde a última avaliação?

(0) Não (1) Sim

SE SIM: Qual(is)? _____

medpsi __
 med1 __
 med2 __
 med3 __
 medout __ __

4. Você foi hospitalizado(a) por problemas psiquiátricos desde a última avaliação?

(0) Não (1) Sim

hosp __

5. Você consultou com psicólogo (pelo menos 1x a cada 2 semanas) desde a última avaliação?

(0) Não (1) Sim. Local: _____

SE SIM: Quanto tempo durou o tratamento (meses)? _____

psico __

tempo __ __

6. Você perdeu alguém significativo (inclui separação e falecimento)?

(0) Não (1) Sim.

SE SIM: Há quanto tempo (meses): _____

SE SIM: Grau de parentesco: _____

perda __

perdam __ __

perdaq __ __

DADOS ATUAIS

1) Atualmente, você está tomando algum medicamento psiquiátrico?

(0) Não (1) Sim

SE SIM: Qual(is)? _____

medat __ __

medat1 __ __

medat2 __ __

2) Você faz algum acompanhamento com psicólogo (pelo menos 1x a cada 2 semanas)?

(0) Não (1) Sim. Local: _____

3) Você faz algum acompanhamento com psiquiatra?
(0) Não (1) Sim. Local: _____

4) Por favor, confirme suas informações para contato:

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONES: _____

OBSERVAÇÕES

Assinatura bolsista: _____

Assinatura Paciente: _____

medat3 __ __
maoutro __ __

psicat __ __
psicatl __ __

psiqat __ __
psiqatl __ __

Anexo D - Instrumentos**BDI II**

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descrever o modo como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Escolha uma afirmação em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha aquela que tiver o número mais alto neste grupo.

Tristeza

- (0) Não me sinto triste.
- (1) Eu me sinto triste grande parte do tempo.
- (2) Estou triste o tempo todo.
- (3) Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

Pessimismo

- (0) Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.
- (1) Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.
- (2) Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- (3) Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

Fracasso passado

- (0) Não me sinto um(a) fracassado(a).
- (1) Tenho fracassado mais do que deveria.
- (2) Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
- (3) Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

Perda de prazer

- (0) Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas que eu gosto.
- (1) Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.
- (2) Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.
- (3) Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.

Sentimentos de culpa

- (0) Não me sinto particularmente culpado(a).
- (1) Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que eu fiz e/ou que deveria ter feito.
- (2) Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.
- (3) Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.

Sentimentos de punição

- (0) Não sinto que estou sendo punido(a).
- (1) Sinto que posso ser punido(a).
- (2) Eu acho que serei punido(a).
- (3) Sinto que estou sendo punido(a).

Auto-estima

- (0) Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).
- (1) Perdi a confiança em mim mesmo(a).
- (2) Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).

(3) Não gosto de mim.

Autocrítica

(0) Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.

(1) Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.

(2) Eu me critico por todos os meus erros.

(3) Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

Pensamentos ou desejos suicidas

(0) Não tenho nenhum pensamento de me matar.

(1) Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.

(2) Gostaria de me matar.

(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

Choro

(0) Não choro mais do que chorava antes.

(1) Choro mais agora do que costumava chorar.

(2) Choro por qualquer coisinha.

(3) Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

Agitação

(0) Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.

(1) Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.

(2) Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).

(3) Estão tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

Perda de interesse

(0) Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.

(1) Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.

(2) Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.

(3) É difícil me interessar por alguma coisa.

Indecisão

(0) Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.

(1) Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.

(2) Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes.

(3) Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

Desvalorização

(0) Não me sinto sem valor.

(1) Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.

(2) Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.

(3) Eu me sinto completamente sem valor.

Falta de energia

(0) Tenho tanta energia hoje como sempre tive.

(1) Tenho menos energia do que costumava ter.

(2) Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.

(3) Não tenho energia suficiente para nada.

Alterações no padrão de sono

- (0) Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- (1a) Durmo um pouco mais do que o habitual.
- (1b) Durmo um pouco menos do que o habitual.
- (2a) Durmo muito mais do que o habitual.
- (2b) Durmo muito menos do que o habitual.
- (3a) Durmo a maior parte do dia
- (3b) Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

Irritabilidade

- (0) Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- (1) Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- (2) Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- (3) Fico irritado(a) o tempo todo.

Alterações de apetite

- (0) Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- (1a) Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- (1b) Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- (2a) Meu apetite está muito menor do que antes.
- (2b) Meu apetite está muito maior do que antes.
- (3a) Não tenho nenhum apetite.
- (3b) Quero comer o tempo todo.

Dificuldade de concentração

- (0) Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- (1) Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- (2) É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- (3) Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

Cansaço ou fadiga

- (0) Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
- (1) Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- (2) Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer as muitas das coisas que costuma fazer.
- (3) Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

Perda de interesse por sexo

- (0) Não notei nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
- (1) Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- (2) Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- (3) Perdi completamente o interesse por sexo.

ARTIGO

**EFEITO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL UM ANO APÓS
TRATAMENTO PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR**

**EFFECT OF BEHAVIORAL COGNITIVE THERAPY ONE YEAR AFTER
TREATMENT FOR MAJOR DEPRESSIVE DISORDER**

Gessyka Wanglon Veleda¹

Mariane Lopez Molina²

Ricardo Azevedo da Silva³

Karen Jansen⁴

Carmem Beatriz Neufeld⁵

Luciano Dias de Mattos Souza⁶

¹Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas.

²Psicóloga, Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas.

³Psicólogo, Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade do Minho, Docente na Universidade Católica de Pelotas.

⁴Psicóloga, Doutora em Saúde e Comportamento e Docente pela Universidade Católica de Pelotas.

⁵Psicóloga, Doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Docente da Universidade de São Paulo.

⁶Psicólogo, Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Docente na Universidade Católica de Pelotas.

Autor Correspondente:

Luciano Dias de Mattos Souza

Rua Gonçalves Chaves, 373, sala 418 C. Centro Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil

CEP: 96015-560 Fone: (53) 2128-8404

E-mail: luciano.dms@gmail.com

Artigo submetido para a Revistas Psicologia: Teoria e Prática.

Resumo

Pouco se sabe sobre a manutenção dos resultados a médio e longo prazo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM). Objetivou-se verificar a efetividade do tratamento psicoterápico a partir da TCC para a resposta dos sintomas depressivos dentro de 6 e 12 meses pós-intervenção. Avaliou-se 94 participantes com TDM a partir do Inventário Beck de Depressão (BDI-II). A TCC apresentou resposta significativa pós-tratamento ($p < 0,001$), não havendo diferenças entre o final do tratamento e a avaliação dos sintomas aos 6 ($p < 0,486$) e 12 meses ($p < 0,098$). Uma correlação positiva significativa foi observada entre a severidade dos sintomas depressivos no baseline e a redução de sintomas depressivos iniciais para o acompanhamento de 12 meses ($r = 0,49$; $p < 0,001$). A TCC reduz significativamente os sintomas depressivos mantendo essa condição até 12 meses pós intervenção sem influência significativa de outras características além da intensidade dos sintomas depressivos no início do processo terapêutico.

Palavras – chave: Transtorno Depressivo, Sintomas depressivos, Terapia Cognitivo-Comportamental, Follow-up, Efetividade.

Abstract

Little is known about the maintenance of the medium- and long-term results of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) as a treatment for Major Depressive Disorder (MDD). The objective of this study was to verify the effectiveness of psychotherapeutic treatment from CBT for the response of depressive symptoms within 6 and 12 months post-intervention. 94 participants with MDD were evaluated from the Beck Depression Inventory (BDI-II). CBT showed a significant posttreatment response ($p < 0.001$), with no difference between the end of treatment and symptom assessment at 6 ($p < 0,486$) and 12 months ($p < 0.098$). A positive correlation was observed between the severity of depressive symptoms at the baseline and the reduction of initial depressive symptoms for 12-month follow-up ($r = 0.49$, $p < 0.001$). CBT significantly reduces depressive symptoms by maintaining this condition up to 12 months post-intervention without significant influence of other characteristics beyond the intensity of the baseline depressive symptoms.

Keywords: Depressive Disorder, Depressive symptoms, Cognitive Behavior Therapy, Follow up, Effectiveness.

Resumen

Poco se sabe sobre el mantenimiento de los resultados a medio y largo plazo de la Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como tratamiento del trastorno depresivo mayor (TDM). Se verificó la efectividad del tratamiento a partir de la TCC para la respuesta de los síntomas depresivos dentro de los 6 y 12 meses post-intervención. Se evaluaron 94 participantes con TDM a partir del Inventario Beck de Depresión (BDI-II). La TCC presentó una respuesta significativa post-tratamiento ($p < 0,001$), no habiendo diferencias entre el final del tratamiento y las otras evaluaciones ($p < 0,486$; $p < 0,098$). Se observó una correlación positiva entre la severidad de los síntomas depresivos en el baseline y la reducción de los síntomas iniciales para el seguimiento de 12 meses ($r = 0,49$; $p < 0,001$). La TCC reduce significativamente los síntomas depresivos manteniendo esta condición hasta 12 meses después de la intervención, con influencia sólo de los síntomas de baseline.

Palabras clave: Trastorno Depresivo, Síntomas depresivos, Terapia Cognitivo-Comportamental, Seguimiento, Efectividad.

Introdução

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é conhecido como uma condição clínica comum geradora de grande carga econômica para as políticas de saúde seja devido à alta prevalência e até mesmo por sua natureza debilitante. Adicionalmente, o impacto destes sintomas na vida das pessoas é premente, gerando prejuízos e sofrimento clinicamente significativo (Greenberg et al., 2015). Em virtude dessas características, nas últimas décadas ocorreu um aumento substancial na procura por alternativas de tratamento para depressão, principalmente no que se refere às intervenções psicoterapêuticas. Neste sentido, a literatura tem apresentado estudos controlados e comparativos comprovando a eficácia dos tratamentos psicológicos na redução dos sintomas depressivos (Cuijpers et al., 2011).

Entre as alternativas psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) está em posição de destaque, sendo a abordagem psicoterapêutica mais indicada e pesquisada para o tratamento da depressão em adultos. Esta abordagem tem se mostrado favorável por se tratar de um modelo breve, passível de ser empiricamente testado, com diminuição dos sintomas evidenciada em curto prazo, além de apresentar menores índices de recaída (Cuijpers et al., 2013).

Em uma metanálise realizada com 115 estudos, que verificou os efeitos da TCC comparado com grupos controles, outras psicoterapias e intervenção farmacológica, mostrou que a TCC é um tratamento eficaz para a depressão em adultos quando comparada ao grupo controle (Cuijpers et al., 2013). Esses achados parecem estender-se também aos sujeitos com depressão resistentes ao tratamento, visto que, duas metanálises evidenciam que a TCC é tão eficaz quanto o tratamento com medicação antidepressiva sozinha e que a combinação de ambos melhora significativamente a eficácia do tratamento (Cuijpers et al., 2014).

Contudo, os maiores desafios encontrados no tratamento da depressão, estão relacionados às taxas de recaídas ou recorrência de sintomas, que mantêm-se elevadas e tendem a aumentar com o número de episódios anteriores (Koster et al., 2017). Após um primeiro episódio de depressão, a probabilidade do aparecimento de um episódio adicional é de aproximadamente 50%; este aumenta para 70% após dois episódios e 90% após um terceiro episódio (Burcusa; Iacono, 2007). Além disso, fatores como idade do primeiro episódio, gravidade, comorbidade, histórico familiar, crenças disfuncionais, personalidade (neuroticismo), apoio social deficiente e eventos estressantes da vida são apontados como fatores de risco para o aparecimento de novos episódios (Kessler et al, 1996).

Quando avaliados a médio e longo prazo, acredita-se que os benefícios da TCC são mantidos, auxiliando em uma resposta ao tratamento eficaz. Em dois ensaios clínicos randomizados (Nakagawa et al., 2017; Wiles et al., 2016) realizados com adultos diagnosticados com TDM resistente ao tratamento mostrou que 6 e 12 meses após a intervenção, as taxas de remissão eram significativamente maiores no grupo exposto a esta psicoterapia, além de os escores de BDI-II, igualmente apresentarem redução ao longo do tempo. No estudo de Wiles et al., (2016) o grupo tratado com TCC, 46 meses após intervenção, apresentou escores menores de sintomatologia depressiva do que o grupo controle. Em análises de medidas repetidas, usando dados de 6, 12 e 46 meses os indivíduos no grupo de intervenção apresentaram um escore no BDI-II que foi, em média, quatro pontos menor ao longo dos 46 meses em comparação ao grupo que utilizava apenas os psicotrópicos. Entretanto, a presença de recaída e recorrência ainda é bastante comum mesmo entre aqueles que respondem a TCC. Vittengl et al, (2007) em uma metanálise que reuniu 28 estudos incluindo 1800 adultos, concluiu que,

em um ano após o tratamento, 29% dos pacientes apresentaram recaídas ou recorrência de episódios, aumentando para 54% dois anos depois.

Diante da escassez de estudos e das lacunas ainda existentes referente à efetividade da TCC em médio e longo prazo, em especial no contexto brasileiro, o objetivo deste estudo foi verificar o impacto do tratamento psicoterápico para a resposta dos sintomas depressivos dentro de seis meses e um ano pós-intervenção.

Método

Design do Estudo e Participantes

Trata-se de uma pesquisa quase-experimental de série temporal aninhado a um estudo do tipo ensaio clínico randomizado que teve início em julho de 2012 e final de avaliações de acompanhamentos em janeiro de 2017, sob aprovação do Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) (Parecer número: 02855312.6.0000.5339). Todos participantes receberam informações sobre o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram randomizados para o tratamento com TCC 158 adultos, sendo adotado como critério de inclusão, o participante ter permanecido no mínimo até a terceira do total de 16 sessões.

Foram excluídos os sujeitos que no momento da avaliação estavam em tratamento psicoterapêutico ou farmacológico para TDM em outro local, apresentavam risco de suicídio moderado ou grave, sintomas psicóticos e uso abusivo de alguma substância psicoativa (exceto tabaco e álcool), avaliados, respectivamente, pelos módulos C, K e L da Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus (MINI Plus) (Sheehan et al., 1998). A amostra final foi composta por 94 participantes, destes, 56 indivíduos concluíram a intervenção e realizaram a avaliação final, 65 responderam a avaliação de 6 meses e 61 foram avaliados 12 meses após o tratamento.

Instrumentos

A condição econômica dos participantes foi mensurada a partir dos Critérios de Classificação Econômica Brasil, fornecido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Essa classificação caracteriza a população em classes econômicas; A, B, C, D e E. Para a análise de dados, esta variável foi considerada dicotômica; A/B ou C/D/E.

O diagnóstico de TDM, bem como as comorbidades psiquiátricas foram aferidas através da Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus (MINI Plus) (Sheehan et al., 1998). Essa é indicada como a entrevista melhor adaptada ao contexto clínico e representa uma alternativa econômica para a seleção e avaliação de pacientes, segundo critérios internacionais, tanto em estudos clínicos, quanto epidemiológicos (Amorim, 2000).

Para aferir os Transtornos de Personalidade, foi utilizado o Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III) este é composto de 175 afirmativas, com opção de resposta “verdadeiro” ou “falso”. A partir destes dados, foram apresentados os indicativos de transtorno de personalidade Esquizóide, Esquizotípico, Paranóide, Borderline, Anti-Social, Narcisista, Histriônico, Dependente, Evitativo e Obsessivo-Compulsivo (Araujo et al., 2016).

Por fim, para a mensuração e comparação da intensidade dos sintomas depressivos no início, no final e no prazo de 6 meses e um ano após tratamento foram utilizados os escores totais do instrumento Inventário Beck de depressão (BDI-II). Esta escala autoaplicável é composta por 21 itens, sendo cada um deles mensurado através de escala tipo Likert de 0 a 3 pontos, gerando assim um escore total de 0 a 63 pontos representando a severidade dos sintomas depressivos. Este instrumento tem sido utilizado amplamente para avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos

(Gomes-Oliveira et al., 2012). A partir destas avaliações, foi elaborada uma variável quantitativa discreta nomeada como Delta de redução de sintomas depressivos que representa a diferença entre quantidade de sintomas depressivos no início e 12 meses após o tratamento.

Procedimentos

Os pacientes elegíveis a esta pesquisa responderam um questionário contendo dados sociodemográficas (sexo, idade, classificação econômica, escolaridade, ocupação, situação conjugal) e passaram por uma avaliação da sintomatologia através do BDI-II (Gomes-Oliveira et al., 2012). Após essa etapa os pacientes receberam 16 sessões individuais de TCC, uma vez por semana, com cinquenta minutos de duração, sendo que duas sessões, a primeira e a última foram destinadas a aplicação de instrumentos. Na última sessão igualmente a primeira foi realizada a avaliação dos sintomas depressivos através do mesmo instrumento.

No processo de tratamento em TCC as quatro sessões iniciais são destinadas a psicoeducação do TDM e do modelo cognitivo, e elaboração de conceitualização cognitiva do caso; acredita-se que tal etapa possa já apresentar efeitos para a redução dos sintomas depressivos, sendo este um dos critérios utilizados para a composição da amostra final do estudo (Beck, 2010). As próximas 8 sessões foram direcionadas a aplicação de técnicas cognitivas e comportamentais focadas na reestruturação cognitiva e ativação comportamental. As últimas 3 sessões tiveram o objetivo de trabalhar término e prevenção de recaída, seguido pela avaliação final na última sessão.

A psicoterapia foi realizada no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental por psicólogos e alunos do último ano do curso de graduação em Psicologia da UCPel e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade

Católica de Pelotas. Todos os terapeutas receberam um treinamento em TCC pelos coordenadores deste estudo. Estes foram supervisionados por um dos pesquisadores que possui formação e atuação clínica no modelo proposto.

Os pacientes foram avaliados após a intervenção psicoterapêutica e em mais dois momentos, aos 6 e 12 meses após o término da psicoterapia. Nessas avaliações de follow-up foram mensuradas, a sintomatologia depressiva através do BDI-II, bem como, aplicado um questionário contendo as principais informações clínicas do paciente no período posterior ao tratamento.

Processamento e Análise de dados

Os dados foram processados em tablets através do sistema Open Data Kit (ODK). Após, foram transferidos para o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21.0), onde foi conduzida a análise de dados. Inicialmente foi realizada a estatística descritiva a fim de descrever através de frequência absoluta e relativa a caracterização das variáveis qualitativas, bem como, por observação das medidas de tendência central e de dispersão a caracterização das variáveis quantitativas do presente estudo.

Com objetivo de realizar a análise por intenção de tratamento, as informações perdidas relativas ao instrumento BDI-II nas avaliações de final do tratamento, de acompanhamento de 6 meses e 12 meses foram substituídas por imputações de acordo com a mediana apresentada pelo grupo em questão.

O teste de Friedman foi utilizado para comparação da intensidade de sintomas depressivos no início, no final, nos seis meses e um ano após o tratamento. O teste de Wilcoxon foi utilizado para avaliar a significância da redução dos sintomas depressivos

em relação a intensidade destes no início da psicoterapia bem como a diferença dos acompanhamentos em relação aos escores do final do tratamento.

Para a análise da distribuição das variáveis independentes em relação à diferença dos sintomas depressivos iniciais e 12 meses pós acompanhamento foi utilizado o teste U de Mann-Whitney, Teste de Kruskal-Wallis e o coeficiente de Correlação de Spearman. Por fim, conduzimos a análise ajustada através da Regressão Linear para a análise da variável Delta de redução de sintomas depressivos, sem hierarquia de variáveis, sendo inseridas aquelas com valor de significância $p \leq 0,20$ na análise bruta. Foram consideradas associações estatisticamente significativas, aquelas que apresentaram $p < 0,05$.

Resultados

Entre os participantes, a maioria eram mulheres (87,2%), brancas (80,9%), com média de idade de 37 anos ($\pm 11,7$) pertencentes a classe econômica C, D ou E (53,2%). Mais da metade, tinham 9 ou mais anos de estudo (73,4%), trabalhavam e/ou estudavam no momento da entrevista (68,1%), tinham filhos (69,1%) e companheiro (a) (61,7%).

Quanto à caracterização clínica da amostra, 80,9% dos participantes apresentavam, além do TDM, outras comorbidades psiquiátricas avaliadas pela entrevista clínica MINI PLUS (Tabela 1).

Ao longo do tratamento e nas avaliações posteriores, a mediana dos escores dos sintomas depressivos apresentou decréscimo. Sendo que, no início do tratamento a mediana do BDI foi de 31 pontos (IIQ 24,00 a 41,00), diminuindo para 17,53 (IIQ 10,50 a 21,25) ao final da intervenção psicoterapêutica. Nos acompanhamentos de 6 e 12 meses após o tratamento as medianas do BDI-II foram 16,74 (IIQ 7,00 a 20,00) e 16,22 (IIQ 7,00 a 16,41) respectivamente. Houve redução significativa de sintomas

depressivos do início do tratamento para o final do tratamento ($z=-7,599$; $p<0,001$); para o acompanhamento de 6 meses ($z = -7,762$; $p < 0,001$) e de 12 meses ($z=-7,963$; $p<0,001$). Não houve diferenças significativas em relação aos escores de sintomas depressivos do final do tratamento quando comparado ao acompanhamento de 6 meses ($z=-0,698$; $p<0,486$), indicando uma manutenção desses escores após a intervenção, e tendência à menor intensidade de sintomas aos 12 meses ($z=-1,659$; $p<0,098$)(Figura 2).

A diferença do escore de sintomas depressivos do início do tratamento para o acompanhamento de 12 meses apresentou mediana de 14,89 pontos no escore de BDI (IIQ 8,59 a 26,03) (Tabela 1). Em relação às características sociodemográficas, houve diferença estatisticamente significativa entre as categorias da classe econômica ($p < 0,027$). Os sujeitos das classes C, D ou E apresentaram maiores diferenças nos escores de sintomas depressivos (18,00; IIQ 8,6 a 30,84), quando comparados aos sujeitos da classe A/B (12,78; IIQ 8,03 a 20,50).

Analisando as variáveis clínicas, a presença de TOC, esteve relacionado significativamente ($p < 0,012$) a maiores diferenças de escores de BDI-II (26,28; IIQ 11,6; 32,25), em relação aos sujeitos que não apresentavam TOC (13,00; IIQ 7,20; 22,00). Igualmente, houve diferenças importantes quanto as diferenças nos escores dos sintomas depressivos iniciais e 12 meses pós tratamento, entre os sujeitos com Transtorno de Personalidade Esquizóide ($p<0,030$), Evitativo ($p< 0,008$) e Dependente ($p<0,006$). Sendo que, entre estes com tais comorbidades os deltas eram maiores em comparação aos participantes sem estas comorbidades. Em contrapartida, os sujeitos com o Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo, apresentaram a mediana do delta menor (12,78; IIQ 3,78 a 17,00) em comparação aos sujeitos sem o transtorno (17,00; IIQ 10,78 a 28,00), tendendo a diferença significativa ($p<0,054$) (Tabela 1).

A intensidade de sintomas depressivos ao início do tratamento foi moderadamente correlacionada com a redução de sintomas depressivos aos 12 meses após a intervenção ($r=0,49$; $p<0,001$). O restante das variáveis sociodemográficas e clínicas não apresentaram diferenças significativas, em relação às medianas da diferença dos escores do BDI –II na avaliação inicial e acompanhamento de 12 meses (Tabela 1).

A análise multivariada apontou apenas o escore de sintomas depressivos inicial com associação significativa como a diminuição dos sintomas depressivos ($p<0,001$). Já a condição econômica, não apresentou associação significativa, contudo, permaneceu no modelo de análise ($p<0,123$) (Tabela 2).

Discussão

O presente estudo avaliou a efetividade do tratamento psicoterápico a partir da TCC, nos sintomas depressivos, dentro de seis meses e um ano após a intervenção, verificando uma redução significativa desses logo após ao tratamento, mantendo-se 12 meses depois. A intensidade dos sintomas depressivos no início do processo terapêutico está positivamente correlacionada a uma diminuição dos sintomas depressivos após 12 meses, sem influência significativa de outras características sociodemográficas ou clínicas.

Em acompanhamento pós intervenção, Wiles et al. (2016) igualmente encontrou diminuição dos escores de BDI-II ao longo dos 6 e 12 meses em comparação com os escores iniciais na amostra de 285 adultos com TDM resistente ao tratamento que receberam intervenção em TCC mais farmacoterapia. Ao final de 46 meses após o acompanhamento a média dos escores de BDI-II foi igual a 19,2 pontos não apresentando diferença significativa em relação aos escores de 6 e 12 meses. Nossos resultados igualmente indicam que, logo após a intervenção, os sintomas diminuem,

embora ao longo do tempo não sofram mudanças significativas, chegando a apresentar mediana de 16,22 pontos, demonstrando assim uma manutenção dos ganhos terapêuticos. É importante ressaltar que a mediana dos escores finais comparadas a mediana dos escores de 12 meses pós intervenção apresentou tendência à menor intensidade de sintomas, porém, não significativa. Mesmo com as diferenças entre os aspectos clínicos das duas amostras, os escores dos sintomas depressivos avaliados através do mesmo instrumento foram aproximados no início do tratamento e no acompanhamento de 12 meses, possivelmente refletindo o mesmo fenômeno.

Utilizando diferentes instrumentos para avaliação dos sintomas depressivos, outros estudos também encontraram benefícios da TCC a longo prazo. Nakagawa et al., (2017) comparando sujeitos com TDM resistente ao tratamento que receberam também 16 sessões de TCC mais tratamento com farmacoterapia, com um grupo que recebeu apenas medicação encontrou uma maior proporção de remissão nos sintomas depressivos (avaliados pela GRID-Hamilton Depression Rating Scale, versão alterada da escala Hamilton) no fim do tratamento no grupo TCC. No follow up de 6 e 12 meses, os escores da intensidade dos sintomas depressivos se mantiveram ainda menores no grupo da TCC. É importante ressaltar que quando analisados esses sintomas a partir da escala BDI-II, não foram encontradas diferenças significativas. A maior variabilidade da expressão dos sintomas depressivos possibilitada pelo BDI-II pode estar relacionada a tais diferenças.

Além de eficaz, a TCC parece ser indicada para diferentes perfis de pacientes com TDM. Não foram encontradas evidências de que características sociodemográficas ou clínicas específicas interfiram no resultado da intervenção, exceto a intensidade de sintomas depressivos no início do tratamento. Barth et al. (2013), em uma metanálise com 198 estudos clínicos randomizados que utilizavam diferentes intervenções clínicas

para tratamento de transtorno depressivo maior (inclusive a TCC) igualmente não constatou diferenças no efeito para as diferentes populações de pacientes e formatos de intervenção.

De forma similar a correlação encontrada entre a intensidade dos sintomas depressivos no início do tratamento e a redução destes sintomas um ano após a intervenção, Hollon et al., (2014) encontrou uma melhora significativa para os pacientes com depressão mais grave em relação ao tratamento combinado a longo prazo (TCC mais farmacoterapia) comparado ao tratamento exclusivamente farmacológico. Desse modo, sugere-se que sujeitos com sintomas depressivos mais graves, a longo prazo, se beneficiam mais, tanto de intervenção psicoterapêutica exclusiva, quanto combinada, embora sejam necessárias mais investigações. Contudo, não há indicações na literatura, para uma melhora significativa dos sintomas depressivos referente a intensidade inicial destes quando pesquisado exclusivamente os efeitos da TCC. Cabe salientar que este estudo não excluiu pacientes com depressão grave indicada pelo BDI-II, porém, excluiu indivíduos que poderiam apresentar maior complexidade terapêutica ao relatar risco de suicídio moderado ou grave, sintomas psicóticos e/ou uso abusivo de alguma substância psicoativa na avaliação inicial.

Uma das possibilidades explicativas para a o efeito expressivo da TCC no tratamento a longo prazo se dá pelo seu caráter psicoeducativo. Através do ensino de novas habilidades, os pacientes passam a gerenciar melhor seu humor e, portanto, apresenta benefícios cognitivos e comportamentais que são sustentados além do término da psicoterapia. Metanálises de ensaios nesta área mostram que o acesso ao conhecimento da TCC reduz o risco de recaída da depressão (Cuijpers et al., 2013; Vittengl et al., 2007). Essa possibilidade corrobora com um estudo qualitativo que entrevistou nove indivíduos sobre seu uso de habilidades adquiridas no tratamento com

a TCC, 10 meses após o término do tratamento, demonstrando que os pacientes ainda continuavam a usar algumas das habilidades aprendidas (Glasman et al., 2004).

Os achados do estudo devem ser interpretados considerando algumas limitações. Um número importante de pacientes não completou o tratamento ou as avaliações de acompanhamento. No entanto, a análise por intenção de tratamento visa minimizar este potencial efeito negativo (Barth et al., 2013). A utilização de apenas um instrumento para de avaliação do desfecho, igualmente limita as conclusões. O BDI-II, embora recomendado e confiável, se propõe a avaliar apenas a sintomatologia depressiva, não resultando em uma análise clínica sobre a remissão do TDM após o acompanhamento. Ainda, a falta de um grupo controle, como lista de espera ou uso exclusivo de intervenção farmacológica, também limita os achados, pois poderia subsidiar análises sobre os benefícios específicos da intervenção Cognitivo-Comportamental, em comparação a outras condições.

Por outro lado, o estudo apresenta pontos fortes interessantes para a interpretação dos achados. Para a composição da amostra um dos critérios de exclusão foi o uso de medicações indicadas para o tratamento de sintomas depressivos. Isto pode se configurar um benefício, tendo em vista que os resultados encontrados são provenientes exclusivamente da intervenção psicoterapêutica. Na aferição de longo prazo, os resultados referentes a busca de tratamentos psiquiátricos e/ou psicológicos ao longo dos 12 meses não apresentaram relação significativa com a diferença de sintomas depressivos do início para o acompanhamento.

Poucos estudos utilizaram modelo de intervenção único, na pesquisa de Hollon et al., (2005) 114 sujeitos com Transtorno Depressivo Maior grave e moderado foram randomizados em três grupos e acompanhados durante 12 meses: pacientes que responderam à Terapia Cognitiva (TC) de fase aguda após 16 sessões (n=35), pacientes

que responderam ao tratamento farmacológico na fase aguda e mantiveram tratamento farmacológico de continuação (n=34) e pacientes que responderam ao tratamento farmacológico na fase aguda, mas esse foi retirado e substituída por placebo (n= 35). Pacientes do grupo TC tiveram probabilidade significativamente menor de recaída durante os 12 meses em comparação aos pacientes que seguiram utilizando placebo e não mais propensos a recaída do que os pacientes que mantiveram a medicação de continuação. Assim, de forma similar aos resultados do presente estudo a TCC exclusiva apresentam resultados satisfatórios após o tratamento, possivelmente reduzindo o risco de recaídas.

Contudo, analisando os pontos de corte para indicados pelo BDI-II para avaliação da intensidade dos sintomas depressivos, sendo eles: mínimo (0-13 pontos), leve (14-19 pontos), moderado (20-28 pontos) e grave (29-63 pontos) (Gorenstein et al., 2011); percebe-se que os sujeitos ao longo de 12 meses deixaram de preencher os critérios para predominantemente sintomas depressivos graves (31,00; IIQ 24,00 a 41,00) passando a enquadrar-se predominantemente nos grupo de sintomas leves (16,22; IIQ 7,00 a 16,41). Apesar disso, ao final do tratamento e um ano após, esses pacientes ainda apresentaram sintomas significativos de depressão e não passaram para categoria de sintomas mínimos. Tais resultados sinalizam a necessidade de aperfeiçoamento nas práticas da referida intervenção. Uma alternativa para a maximização dos resultados é implementação de sessões mensais de manutenção, como fase de continuação de protocolos baseados na TCC. Vittengl et al, (2007) em uma metanálise com 28 estudos, descobriu que o tratamento com fase de continuação reduz significativamente recaída e/ou recorrência em comparação a tratamentos de fase aguda durante o período em que o tratamento em fase de continuação está em vigor e após descontinuação da fase de continuação em seguimentos posteriores. Novos estudos que

incluam tais sessões mensais de acompanhamento devem ser realizados a fim de avaliar uma maior redução dos sintomas depressivos um ano após o tratamento semanal com um total de 16 sessões.

Por fim, conclui-se que a TCC foi efetiva na diminuição dos sintomas depressivos ao longo de 12 meses, inclusive para os pacientes com sintomas graves no início do tratamento, não diferenciando-se em relação ao perfil de pacientes atendidos.

Referências

- Amorim, P., (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(3), 106-115.
- Araujo, J. M. G., dos Passos, M. B., Molina, M. L., da Silva, R. A., de Mattos Souza, L. D. (2016). Personality traits in the differentiation of major depressive disorder and bipolar disorder during a depressive episode. *Psychiatry research*, 236, 75-79.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni P., Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Focus*, 14(2), 229-243.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). *Porto Alegre: Artmed*.
- Burcusa, S. L., Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical psychology review*, 27(8), 959-985.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., Reynolds III, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56-67.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 159, 118-126.
- Cuijpers, P., Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., Li, J., Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(3), 353-360.
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L. H., Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 389-394.
- Glasman, D., Finlay, W. M. L., Brock, D. (2004). Becoming a self-therapist: Using cognitive-behavioural therapy for recurrent depression and/or dysthymia after completing therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(3), 335-351.
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T., Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *The Journal of clinical psychiatry*, 76(2), 155-162.

Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. L., Werlang, B. S. G. (2011). *Inventário Beck de Depressão-II*. Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Fawcett, J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Zajecka, J., Young P.R., Gallop, R. (2014). Effect of cognitive therapy with antidepressant medications vs antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(10), 1157-1164.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17-31.

Koster, E. H., Hoorelbeke, K., Onraedt, T., Owens, M., Derakshan, N. (2017). Cognitive control interventions for depression: a systematic review of findings from training studies. *Clinical psychology review*, 53, 79-92.

Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M., Abe, T., Fujisawa, D., Kikuchi, T., Iwashita S., Mimura M., Ono, Y. (2017). Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(8), 1126-1135.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Lépine, J. P. (1998). The validity of Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59, 211-232.

Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(3), 475.

Wiles, N. J., Thomas, L., Turner, N., Garfield, K., Kounali, D., Campbell, J., Kessler D., Kuyken W., Lewis G., Morrison J., Williams C., Peters T.J., Williams, C. (2016). Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaT randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 137-144.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra e as medianas de diferença nos escores de sintomas depressivos do início para o acompanhamento de 12 meses (n=94).

Variáveis	n (%)	Diferença de sintomas depressivos do início para o acompanhamento de 12 meses Mediana (IIQ)	p Valor
Sexo			0,713
Feminino	82 (87,2%)	13,39 (7,75 a 22,20)	
Masculino	12 (12,8%)	17,50 (11,78 a 21,25)	
Cor da pele			0,558
Branca	76 (80,9%)	15,75 (9,25 a 26,53)	
Não Branca	18 (19,1%)	13,00 (7,50 a 23,25)	
Idade (anos)			0,576
Até 29	32 (34%)	15,24 (10,20 a 27,60)	
30 ou mais	62 (66%)	14,39 (5,60 a 25,10)	
Classe econômica			0,026
A ou B	44 (48,8%)	12,78 (8,03 a 20,50)	
C, D ou E	50 (53,2%)	18,00 (8,60 a 30,84)	
Trabalha e/ou estuda atualmente			0,253
Não	30 (31,9%)	13,39 (7,75 a 30,25)	
Sim	64 (68,1%)	15,34 (8,78 a 23,70)	
Tem filhos			0,531
Não	29 (30,9%)	15,23 (8,78 a 26,53)	
Sim	65 (69,1%)	15,78 (8,39 a 26,28)	
Tem companheiro (a)			0,892
Não	36 (38,3%)	22,00 (7,00 a 29,50)	
Sim	58 (61,7%)	14,00 (6,70 a 23,34)	
Características clínicas			
Uso de Psicotrópico ao longo do tratamento			0,946
Não	84 (89,4%)	14,90 (8,20 a 25,53)	
Sim	10 (10,6%)	17,00 (7,53 a 28,28)	
Uso de Psicotrópico 12 meses após final tratamento *			0,259
Não	37 (39,4)	17,00 (10,89 a 27,50)	
Sim	32 (34%)	14,34 (4,25 a 27,69)	
Não soube informar	25 (26,6%)	12,78 (6,78 a 23,78)	
Realizou Tratamento Psicoterápico 12 meses após* final tratamento			0,355
Não	55 (58,5%)	17,00 (8,78 a 24,00)	
Sim	14 (14,9%)	16,34 (9,50 a 32,00)	
Não soube informar	25 (26,6%)	12,78 (6,78 a 23,78)	

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra e as medianas de diferença nos escores de sintomas depressivos do início para o acompanhamento de 12 meses (n=94) (continuação)

Variáveis	n (%)	Diferença de sintomas depressivos do início para o acompanhamento de 12 meses Mediana (IIQ)	p Valor
Transtorno de Ansiedade Generalizada			0,947
Não	59 (62,8%)	13,00 (8,78 a 27,00)	
Sim	35 (37,2%)	15,78 (8,00 a 24,00)	
Transtorno de Pânico			0,230
Não	90 (95,7%)	14,28 (8,59 a 25,03)	
Sim	4 (4,3%)	30,50 (7,00 a 39,75)	
Agorafobia			0,348
Não	58 (61,7%)	13,00 (6,75 a 27,03)	
Sim	36 (38,3%)	18,50 (8,84 a 252,53)	
Fobia Social			0,471
Não	74 (78,7%)	13,39 (7,94 a 24,20)	
Sim	20 (21,3%)	16,34 (8,84 a 33,10)	
Fobia Específica			0,601
Não	75 (79,8%)	15,00 (7,78 a 24,78)	
Sim	19 (20,2%)	13,00 (9,00 a 31,00)	
Transtorno Obsessivo Compulsivo			0,011
Não	76 (80,9%)	13,00 (7,20 a 22,00)	
Sim	18 (19,1%)	26,28 (11,60 a 32,25)	
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade			0,320
Não	89 (94,7%)	15,00 (8,89 a 26,28)	
Sim	5 (5,3%)	6,00 (-4,00 a 31,39)	
Transtorno de Estresse Pós-traumático			0,978
Não	90 (95,7%)	14,89 (8,60 a 25,03)	
Sim	4 (4,3%)	19,39 (-6,00 a 33,53)	
Transtornos de Personalidade			
Esquizoide			0,029
Não	70 (74,5%)	14,28 (8,53 a 23,10)	
Sim	16 (17,0 %)	26,28 (12,09 a 34,94)	
Esquizotípico			0,551
Não	72 (76,6%)	15,73 (10,19 a 24,59)	
Sim	14 (14,9%)	15,39 (4,59 a 35,25)	

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra e as medianas de diferença nos escores de sintomas depressivos do início para o acompanhamento de 12 meses (n=94) (continuação)

Variáveis	n (%)	Diferença de sintomas depressivos do início para o acompanhamento de 12 meses Mediana (IIQ)	p Valor
Paranóide			0,393
Não	68 (72,3%)	15,73 (9,09 a 24,00)	
Sim	18 (19,1%)	16,39 (8,00 a 30,84)	
Borderline			0,958
Não	72 (76,6%)	16,34 (10,19 a 27,53)	
Sim	14 (14,9%)	14,39 (4,94 a 28,03)	
Histriônico			0,279
Não	70 (74,5%)	16,39 (8,78 a 28,00)	
Sim	16 (17,0%)	13,89 (11,03 a 19,00)	
Narcisista			0,637
Não	75 (79,8%)	15,78 (9,00 a 27,83)	
Sim	11 (11,7%)	15,00 (4,78 a 21,00)	
Evitativo			0,007
Não	63 (67,0 %)	13,00 (7,78 a 22,00)	
Sim	23 (24,5%)	25,78 (13,00 a 34,78)	
Dependente			0,005
Não	69 (73,4%)	13,00 (8,28 a 22,00)	
Sim	17 (18,1%)	27,78 (13,89 a 37,00)	
Obsessivo Compulsivo			0,053
Não	71 (75,5%)	17,00 (10,78 a 28,00)	
Sim	15 (16,0%)	12,78 (3,78 a 17,00)	
Anti-social			0,899
Não	73 (77,7 %)	15,69 (10,78 a 26,28)	
Sim	13 (13,8%)	18,00 (4,78 a 31,39)	
Risco de Suicídio Leve			0,813
Não	54 (57,4%)	15,89 (8,78 a 25,53)	
Sim	40 (42,6%)	14,00 (6,25 a 25,53)	
Total	94 (100%)	14,89 (8,59 a 26,03)	-

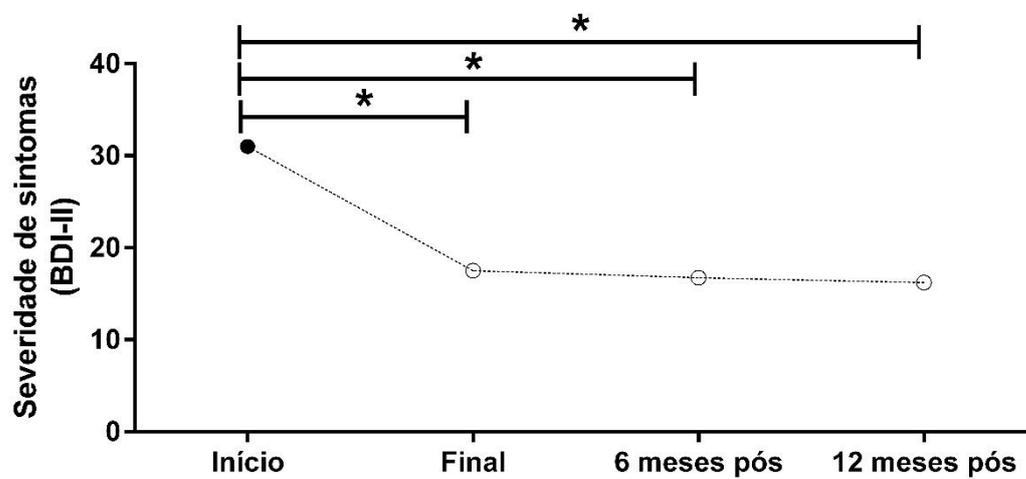
* Teste de Kruskal-Wallis

Demais variáveis: Teste U de Mann-Whitney

Tabela 2. Regressão linear das variáveis independentes associadas ao delta de redução de sintomas depressivos um anos após o tratamento em TCC (n=94).

Variáveis Independentes	β	IC 95%	p valor
Classe econômica (C,D e E)	-3,60	-8,21 a 1,01	0,124
BDI inicial	0,51	0,30 a 0,72	<0,001

Figura 1: Diferenças das medianas dos escores do BDI-II ao longo do tratamento e avaliações de follow-up.



Acompanhamento da mediana da severidade dos sintomas em pacientes deprimidos após a intervenção com TCC, no follow-up de 6 e 12 meses. * $p < 0,001$ em relação ao início do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

A alta prevalência de recidivas e recorrência de episódios depressivos, além de trazer inúmeros prejuízos para a vida dos sujeitos acometidos, amplificam o significado de saúde pública para o Transtorno Depressivo Maior. Estimativas epidemiológicas colocam a prevalência de TDM ao longo da vida, em mais de 16% da população geral (KESSLER et al., 2005), sendo que, 14% dos pacientes de cuidados primários satisfazem os critérios para episódio depressivo (ANSSEAU et al., 2004). Intervenções que sejam eficazes, de baixo custo e que possam ser oferecidas a um grande número de pacientes, são cada vez mais necessárias.

Como observado no artigo da presente dissertação, a intervenção psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitiva- Comportamental diminui a intensidade dos sintomas depressivos logo após o tratamento, mantendo os escores reduzidos até um ano após a intervenção. Isso significa, que além de eficaz a curto prazo, presume-se que os efeitos se mantenham e assim, possam diminuir as chances de aparecimento de novos episódios depressivos nessa população. Ainda, como não foram encontradas diferenças significativas em relação as características sociodemográficas e clínicas na redução desses sintomas, a TCC pode ser aplicada em diferentes tipos de pacientes, inclusive naqueles com comorbidades psiquiátricas, com a mesma possibilidade de eficácia.

Os achados apontam também que sintomas mais intensos antes da intervenção estão associados, a uma maior diferença de sintomas a longo prazo, indicando assim, que a TCC pode ser eficaz, especialmente, para a população com sintomas mais graves. A OMS (2018) relata que a depressão pode se tornar um grave problema de saúde, principalmente quando é de longa duração e de intensidade moderada a grave podendo assim causar grande sofrimento e alterar os diversos domínios da vida do sujeito como trabalho, escola e as relações familiares. Desse modo encontrar intervenções eficazes

para essa população, assim como a relatada no artigo, são de extrema importância, a fim de diminuir os agravos causados por essa condição.

Embora, a atual pesquisa não tenha proposto a avaliar as diferenças nos gastos públicos em relação às distintas intervenções a depressão, pesquisas anteriores apontam que a TCC apresenta melhor relação custo-benefício a longo prazo quando aplicada em contextos de atenção primária, inclusive para pacientes resistentes ao tratamento. (WILES et. al., 2016). Assim a TCC se configura como uma proposta de baixo-custo, rápida (intervenções duram em média 14 sessões) e eficaz, inclusive a longo prazo, critérios esses que devem ser levados em conta na construção de intervenções de saúde pública.

Mesmo com resultados importantes a construção do artigo, não abarcou todos os objetivos levantados no projeto de pesquisa. Dados referentes à remissão dos sintomas, avaliados pela entrevista clínica MINI-Plus não compuseram as análises estatísticas do presente artigo a fim de manter o foco do artigo oriundo da dissertação exclusivamente na expressão de sintomas do TDM. A inclusão da remissão do EDM aferida através da MINI poderia ampliar a seção metodológica e de resultados fazendo com que o artigo ficasse demasiadamente extenso.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (3rd). <http://psychiatryonline.org/guidelines.aspx>, 2009.

ANSSEAU, Mélanie et al. High prevalence of mental disorders in primary care. **Journal of affective disorders**, v. 78, n. 1, p. 49-55, 2004

BUTLER, Andrew C. et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. **Clinical psychology review**, v. 26, n. 1, p. 17-31, 2006.

CUIJPERS, Pim et al. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. **Nordic journal of psychiatry**, v. 65, n. 6, p. 354-364, 2011.

CUIJPERS, Pim et al. A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. **The Canadian Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 58, n. 7, p.376-385, jul. 2013. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/070674371305800702..>

DERUBEIS, Robert J. et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 4, p. 409-416, 2005.

KESSLER, Ronald C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 617-627, 2005.

MUELLER, Timothy I. et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. **American Journal of Psychiatry**, v. 156, n. 7, p. 1000-1006, 1999.

SOLOMON, David A. et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 2, p. 229-233, 2000.

VITTENGL, Jeffrey R. et al. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 75, n. 3, p. 475, 2007.

WHO. Depression: World Health Organization Depression Fact sheet Updated July 2018.

WILES, Nicola J et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaT randomised controlled trial. **The Lancet Psychiatry**, [s.l.], v. 3, n. 2, p.137-144, fev. 2016. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00495-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00495-2).