

André Luiz Moreno¹
Rubem Gomes Neves de Carvalho²

Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão

Brief cognitive-behavioral therapy for anxiety and depressive symptoms

RESUMO

Abordagens breves de psicoterapia têm ganhado cada vez mais espaço em função das constantes necessidades de diminuição de custos e otimização da participação de terapeutas no processo de psicoterapia. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma modalidade breve de atendimento por natureza, mas que ainda se mantém interessada na busca de intervenções cada vez mais breves e eficazes. Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de atendimentos breves em TCC em sintomas de depressão e ansiedade. Foram selecionados prontuários de 21 pacientes que participaram de sete atendimentos em TCC breve, durante um estágio de formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Nos atendimentos, os pacientes foram avaliados antes e após as intervenções por meio de instrumentos que medem sintomas de ansiedade (BAI e IPAn) e depressão (BDI), além de qualidade de vida (WHOQOL-Bref). Foram observadas diferenças significativas nos sintomas de depressão, ansiedade e qualidade de vida dos participantes. Implicações desse resultado, limites do estudo e consequência dos atendimentos breves em TCC são discutidos.

Palavras-chave: psicoterapia breve, serviços públicos de saúde mental, terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Brief approaches to psychotherapy have been gaining more space and attention in efforts for cost savings and optimization of the participation of therapists in the psychotherapy process. Cognitive behavioral therapy (CBT) is considered a short form of psychotherapy, but which still keeps interest in finding more brief and effective approaches. This study aimed to evaluate the effect of short interventions in CBT on symptoms of depression and anxiety. Records of 21 patients that have participated in seven appointments of brief CBT, during a CBT internship course to form cognitive-behavioral therapists, were selected for this study. In the protocol, patients were evaluated before and after the interventions through instruments that measure symptoms of anxiety (BAI and IPAN) and of depression (BDI), and quality of life (WHOQOL-Brief). Significant differences were observed in symptoms of depression, anxiety and in quality of life of the participants. Implications of these results, the limitations of the study and the consequences of brief interventions in CBT are discussed.

Keywords: brief psychotherapy, community mental health services, cognitive-behavioral therapy.

¹ Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Doutorando em Saúde Mental - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
² Psicólogo - (Consultório Particular).

Correspondência:

André Luiz Moreno.
Instituição: Universidade de São Paulo/
Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
Av. Dr. João S. Rodrigues da Cunha, 101.
Uberaba - MG, Brasil.
CEP: 38080-450.
E-mail: moreno.andreluiz@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 28 de maio de 2015. cod. 355.
Artigo aceito em 24 de março de 2016.

10.5935/1808-5687.20140012

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem psicoterapêutica estruturada, diretiva, ativa, de prazo limitado, utilizada como tratamento de escolha para uma variedade de transtornos psiquiátricos (Beck, 1997). A TCC se fundamenta na racionalidade teórica subjacente de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são em grande parte determinados pelo modo como ele estrutura o mundo. As cognições do sujeito se baseiam em atitudes ou pressuposições desenvolvidas a partir de vulnerabilidades biológicas e experiências que teve ao longo de sua vida (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997). Dessa forma, as técnicas terapêuticas dessa abordagem visam identificar e testar cognições distorcidas dos pacientes, guiando-os para a construção de esquemas cognitivos mais funcionais a sua realidade (Moreno & Wainer, 2014).

A psicoterapia breve pode ser definida como uma intervenção terapêutica com tempo e objetivos limitados, visando a diminuição de custos relacionados à intervenção (Curwen, Palmer, & Ruddell, 2000). Os objetivos são estabelecidos a partir de uma compreensão diagnóstica do paciente e da delimitação de um foco, considerando-se que esses objetivos sejam passíveis de serem atingidos em um espaço de tempo limitado (que pode ser ou não preestabelecido), por meio de determinadas estratégias clínicas. As psicoterapias breves estão, em termos técnicos, alicerçadas em um tripé: foco, estratégias e objetivos (Enéas, Faleiros, & Sá, 2000).

Como resultado de uma abordagem focada no problema, a TCC é considerada breve por sua natureza. Além de breve, tem mostrado ganho clínico significativo em relação à redução de sintomas em tratamentos para os mais diversos transtornos em protocolos breves, realizados entre 10 e 20 sessões (Cuijpers et al., 2013; Hofmann, Ausnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). No entanto, mesmo com os resultados já documentados, pesquisadores da área continuam mantendo esforços na busca de intervenções cada vez mais eficazes, breves, de baixo custo e acessíveis para os pacientes (Bond & Dryden, 2004).

Dentro das próprias características da TCC, um atendimento considerado breve é aquele realizado em média de 10 sessões ou menos, de acordo com os pilares de foco, estratégias e objetivos. Essa alternativa vem sendo comum não só pela tendência pragmática de resposta a pressões externas, como o aumento dos cuidados de saúde, mas também pelo pressuposto de que os resultados efetivos da TCC se referem a identificar e alterar cognições e comportamentos específicos que são responsáveis pelo problema apresentado (Cully & Teten, 2008). O terapeuta que trabalha com a TCC em sua modalidade breve deve ser capaz de manter o paciente focado nos objetivos e nas tarefas específicas do tratamento. Sendo assim, é exigida a habilidade para redirecionar os pacientes rapidamente, enquanto mantém uma forte aliança terapêutica (Bond & Dryden, 2004).

A brevidade da TCC tem muitas vantagens claras, como o aumento da relação custo-benefício e a acessibilidade para mais pessoas que necessitam de assistência. Os pacientes podem desfrutar de ganhos de tratamento rápidos, e isso também pode melhorar a credibilidade do tratamento e aumentar a motivação para novas mudanças (Curwen et al., 2000). No entanto, essa abordagem pode apresentar desvantagem em certas circunstâncias. Como a modalidade abreviada da TCC tem metas para mudança claramente definidas e circunscritas, pacientes com sintomas mais difusos, com múltiplas queixas ou comorbidades podem ter condições que interferem no modo como os programas são diretamente direcionados (Bond & Dryden, 2004).

O transtorno de ansiedade e o transtorno depressivo estão entre os transtornos mentais mais prevalentes (American Psychiatric Association [APA], 2014; Steel et al., 2014; World Health Organization [WHO], 2000), e por isso opções de tratamentos mais breves e efetivas são cada vez mais necessárias. A TCC apresenta resultados positivos e promissores para o tratamento desses transtornos (Dewes et al., 2010). Porém, apesar de alguns estudos existentes em modalidades breves (Almeida & Moreno, 2014; Marques & Cruz, 2000; Turkington, Kingdon, & Turner, 2002), mais estudos são necessários para melhor avaliar a adequação da TCC na modalidade breve para o tratamento desses transtornos.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar o efeito de atendimentos breves em TCC em sintomas de depressão e ansiedade. Outro objetivo é avaliar modificações na qualidade de vida de pacientes sujeitos a atendimentos breves em TCC.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Foram selecionados como participantes deste estudo os prontuários de atendimento referentes a pessoas voluntariamente inscritas em uma clínica-escola de um curso de Psicologia de uma cidade do interior de Minas Gerais. Foram considerados como critérios de inclusão para o estudo a idade do participante (igual ou superior a 18 anos) e relato de queixa inicial compatível com quadros de ansiedade e/ou depressão (p. ex., tristeza, nervosismo, choro frequente). Foram considerados como critérios de exclusão prontuários em que os indivíduos compareceram a menos de cinco sessões de atendimento e prontuários nos quais o preenchimento dos instrumentos de avaliação foi realizado de maneira incorreta. No total, foram selecionadas 21 pessoas, com média de idade de 35,6 anos (DP = 13,02), sendo a maioria do sexo feminino (85,6%), com ensino médio completo (47,61%) e solteiras (66%). Os dados descritivos dos participantes selecionados se encontram dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Idade, escolaridade, estado civil e sexo dos participantes.

Categorias	Subcategorias	X ()	%
Idade		35,619 (13,021)	
Escolaridade	Fundamental Incompleto	2	09,52
	Fundamental Completo	4	19,04
	Médio incompleto	1	04,76
	Médio completo	10	47,61
	Superior Incompleto	2	09,52
	Superior completo	2	09,52
Estado civil	Solteiro	14	66,66
	Casado	4	19,04
	Amasiado	1	04,76
	Viúvo	2	09,52
Sexo	Masculino	3	14,28
	Feminino	18	85,57

Nota: x = número; porcentagem (%), média (X) e desvio-padrão ().

INSTRUMENTOS

Inventário Beck de Ansiedade (BAI) (Cunha, 2001). Esse inventário é constituído por 21 itens que se caracterizam por afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, particularmente de sintomas fisiológicos, pontuados em uma escala *Likert* de quatro pontos. Encontra-se normatizado para uso no Brasil, apresentando em seu estudo de validação boa consistência interna ($0,71 < \alpha > 0,92$) e estabilidade temporal adequada, avaliada por meio de teste-reteste (coeficiente de correlação entre 0,53 e 0,99). Os escores do BAI variam entre 0 e 63.

Inventário Beck de Depressão (BDI) (Cunha, 2001). Esse inventário é constituído por 21 itens que se caracterizam por afirmações descritivas de sintomas de depressão, pontuados em uma escala *Likert* de quatro pontos. Encontra-se normatizado para uso no Brasil, apresentando em seu estudo de validação boa consistência interna ($0,7 < \alpha > 0,82$) e estabilidade temporal adequada, avaliada por meio de teste-reteste (coeficiente de correlação entre 0,4 e 0,91). Os escores do BDI variam entre 0 e 63.

Inventário de Pensamentos Ansiosos (IPAn) (Moreno, Souza, Gomes, & Gauer, 2014). O IPAn é um inventário composto por 22 itens, divididos em três fatores: preocupação com o ambiente, preocupação com si mesmo e metapreocupação. Seus itens são apresentados em uma escala *Likert* de quatro pontos, sendo o escore total resultado da soma dos pontos dos itens. Em sua versão adaptada para o Brasil, o instrumento apresentou bons dados de fidedignidade ($\alpha = 0,86$) e validade convergente com outros instrumentos que avaliam sintomas de ansiedade (p. ex., correlação de 0,63 com o Penn State Worry Questionnaire) e depressão (correlação de 0,42 com o BDI). Os escores do IPAn variam entre 0 e 88.

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref) (Fleck et

al., 2000). O WHOQOL-Bref é um instrumento para avaliação de qualidade de vida, constituído de 26 perguntas, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relação social e meio ambiente. Em sua versão adaptada para o Brasil, o instrumento apresentou bons dados de fidedignidade entre os domínios ($0,69 < \alpha > 0,84$) e boa estabilidade, avaliada por teste-reteste ($0,19 < \rho > 0,83$). Os escores do WHOQOL-Bref variam entre 1 e 5 para cada domínio.

PROCEDIMENTOS

Os prontuários dos participantes selecionados para esse estudo são provenientes de atendimentos realizados em estágio supervisionado em uma clínica-escola de um curso de Psicologia de uma cidade do interior de Minas Gerais. Nesse estágio, pacientes previamente inscritos de maneira voluntária são atendidos por, no máximo, sete sessões de TCC. Os pacientes foram selecionados a partir das queixas relatadas nas fichas de inscrição, a partir de sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade e também à depressão. Ao iniciar os atendimentos, os pacientes assinavam um contrato terapêutico, concordando com a utilização dos dados de atendimento em pesquisa, respeitando-se seu sigilo. Os atendimentos são realizados semanalmente, por alunos do 7º período de Psicologia sem treinamento prévio em TCC e supervisionados, também semanalmente, por um supervisor credenciado. Como parte dos atendimentos, todos os pacientes realizam avaliação no início e no final do processo terapêutico, utilizando os instrumentos descritos anteriormente. Por não se tratar de atendimentos a pacientes diagnosticados, não era característica desse estágio a aplicação de protocolos validados para o tratamento de transtornos mentais. Porém, de maneira geral, os atendimentos seguiram o roteiro descrito na Tabela 2. Nesse sentido, para compor a amostra do estudo, foram selecionados casos já atendidos nesse estágio, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados a partir dos escores dos instrumentos, resultado das avaliações iniciais e finais relacionadas aos atendimentos breves em TCC. Em função da distribuição não normal dos dados, o teste Wilcoxon para medidas pareadas foi utilizado para avaliar diferenças nos escores dos instrumentos relativas aos dois momentos de aplicação. Foram considerados significativos valores de diferenças entre avaliações com $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

As escalas BAI e BDI, por serem normatizadas com dados clínicos, permitem a avaliação de parâmetros clínicos dos grupos para sintomas de ansiedade e depressão. Neste estudo, a mediana dos escores provenientes do BAI aponta que a amostra selecionada apresentava, em geral, nível

Tabela 2. Resumo do roteiro de procedimentos e tarefas de casa por sessão

Sessão	Procedimento	Tarefa de casa
1ª sessão	Investigação dos motivos da procura, explicação do funcionamento da TCC breve, assinatura de termos de consentimento e fechamento de contrato	Primeira aplicação BDI, WHOQOL-Bref, BAI e IPAN
2ª sessão	Caracterização do modelo cognitivo; Aprofundamento das queixas; Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD)	Registro de Pensamentos Disfuncionais.
3ª sessão	Psicoeducação sobre o diagnóstico; RPD; Técnicas de identificação de crenças centrais	Registro de Pensamentos Disfuncionais
4ª sessão	Conceitualização cognitiva de caso, específica para objetivos diagnósticos	Registro de Pensamentos Disfuncionais
5ª sessão	Técnicas de modificação de pensamentos disfuncionais; Psicoeducação sobre RPD com modificação de pensamentos; Levantamento de pensamentos alternativos.	Registro de Pensamentos Disfuncionais com busca de evidências e pensamentos alternativos
6ª sessão	Técnicas de modificação de pensamentos disfuncionais; Levantamento de pensamentos alternativos; Cartões de enfrentamento	Registro de Pensamentos Disfuncionais com busca de evidências e pensamentos alternativos
7ª sessão	Cartões de enfrentamento; Avaliação do processo de tratamento e prevenção de recaída	Segunda aplicação BDI, WHOQOL-Bref, BAI e IPAN

“Moderado” de ansiedade antes da intervenção, de acordo com Cunha (2001). Após as intervenções, percebe-se que a amostra apresentava características de nível “Leve” de ansiedade (Cunha, 2001). O mesmo não se pode observar com relação aos sintomas de depressão, quando avaliados pelo BDI, que se mantiveram no nível “Leve” antes e após as intervenções (Cunha, 2001).

Já no que se refere às diferenças entre os escores iniciais e finais de avaliação do tratamento, foram observadas diferenças significativas nos escores nos dois momentos de avaliação para o BDI, o IPAN e para todos os domínios do WHOQOL-Bref. Não foram observadas diferenças significativas entre as avaliações para o BAI. As medianas dos escores e a distribuição interquartis nos dois momentos de avaliação, bem como o valor de p , resultantes do teste Wilcoxon de medidas pareadas encontram-se na Tabela 3.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de atendimentos breves em TCC em sintomas de depressão e ansiedade, bem como avaliar modificações na qualidade de vida

de pacientes sujeitos a esses atendimentos. De maneira geral, foram observadas reduções significativas após as intervenções nos escores dos instrumentos que avaliaram pensamentos ansiosos e sintomas de depressão (Inventário de Pensamentos Ansiosos e Inventário Beck de Depressão, respectivamente). Além disso, observou-se aumento significativo após as intervenções nos escores de todos os domínios do WHOQOL-Bref, instrumento de avaliação de qualidade de vida. Por fim, não foram observadas alterações entre os dois momentos de aplicação para o Inventário Beck de Ansiedade, um instrumento que mede sintomas de ansiedade.

A diminuição dos sintomas de depressão após sessões de TCC já está bastante documentada, tanto pelo fato de a TCC ter sido originalmente criada para o tratamento da depressão (Beck, 1997) quanto pela contínua manutenção de resultados positivos com relação a esse transtorno (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Hofmann et al., 2012). Porém, observar a redução desses sintomas em protocolo de tratamento breve sem seleção prévia de participantes aponta importantes possibilidades para essa prática no cenário clínico, particularmente em serviços públicos de saúde. Pensando no perfil da amostra participante, percebe-se que, mesmo dentro

Tabela 3. Amplitude de escores, mediana, quartis e valor de p referente aos instrumentos.

Instrumento	Amplitude de escores	Medida pré-intervenção Mediana (quartis)	Medida pós- intervenção Mediana (quartis)	Wilcoxon pareado Valor de p
BAI	0 - 63	22,00 (7,00 -29,00)	11,39(5,00-20,39)	0,520
BDI	0 - 63	16,00(10,00-16,00)	12,00(8,00-15,00)	0,01**
IPAN	0 - 88	51,10(44,50-51,10)	49,00(39,00-55,50)	0,01**
WHOQOL-Bref Domínio físico	1 - 5	3,43(2,71-3,85)	3,57(2,78-4,07)	0,03*
WHOQOL-Bref Domínio psicológico	1 - 5	3,00(2,66-3,28)	3,33(2,91-3,50)	0,01**
WHOQOL-Bref Meio ambiente	1 - 5	3,00(2,50-3,34)	3,00(2,75-3,25)	0,03*
WHOQOL-Bref Domínio relações sociais	1 - 5	3,33(2,50-3,66)	3,66(3,00-3,83)	0,05*

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$.

de uma mesma categoria clínica, é possível observar diferenças importantes na redução dos sintomas depressivos. Assim, por mais que não sejam observadas remissões completas de sintomas, tratamentos nesses moldes podem propiciar alívio sintomático suficiente para o retorno funcional desses pacientes enquanto aguardam a possibilidade de receber tratamentos mais consolidados.

No que se refere aos sintomas de ansiedade, foram observados resultados diferentes com relação aos dois instrumentos utilizados, na medida em que diferenças significativas foram observadas nos escores do IPAn, mas não do BAI. Uma possível explicação para essa diferença pode ser encontrada nas diferenças das definições operacionais de ansiedade utilizadas para avaliação. Enquanto o IPAn avalia aspectos cognitivos relativos à ansiedade, o BAI avalia principalmente efeitos fisiológicos decorrentes da ansiedade. A presença de correlação somente moderada entre esses dois instrumentos no estudo de validação do IPAn corrobora a hipótese de mensuração de diferentes aspectos da ansiedade nos dois instrumentos (Moreno et al., 2014).

Nesse sentido, observando as intervenções realizadas pelos terapeutas, chega-se à conclusão de que elas foram focalizadas no questionamento a respeito dos pensamentos automáticos e das crenças relacionadas aos sintomas de ansiedade. Ou seja, os aspectos cognitivos da ansiedade, mensurados com mais propriedade pelo IPAn (Moreno et al., 2014), foram priorizados nas intervenções. Uma possibilidade para intervenções mais ativas nos sintomas fisiológicos de ansiedade seriam as técnicas comportamentais, como exposição interoceptiva, dessensibilização sistemática, ativação comportamental e exposição e prevenção de resposta (Guimarães, 2001). Porém, em função do limite no número de sessões, essas técnicas foram utilizadas em poucos atendimentos, de maneira esparsa e não suficiente para ter impacto significativo nos tratamentos.

As diferenças obtidas nos domínios do WHOQOL-Bref permitem entender que os atendimentos breves em TCC contribuíram de maneira significativa para a qualidade de vida dos pacientes atendidos nesse período. De maneira geral, qualidade de vida pode ser considerada uma importante medida para a caracterização da promoção de saúde nos mais diversos ambientes (Campos & Neto, 2008). Nesse sentido, independentemente do fato de se considerar as intervenções breves como resolutivas para os transtornos apresentados pelos pacientes do estudo, é interessante observar que essa intervenção promove meios importantes de promoção da saúde em poucas intervenções. Assim, sugere-se que intervenções breves em TCC podem ser utilizadas como possibilidades de promoção da saúde em ambientes com restrição de profissionais ou de recursos que impediriam modalidades de atendimento mais duradouras.

É importante ressaltar que os dados resultantes deste estudo são provenientes de intervenções realizadas em um

serviço-escola, sem seleção prévia por diagnóstico, com atendimentos realizados por terapeutas iniciantes. Nesse sentido, o estudo busca um olhar mais relacionado à efetividade do que a eficácia propriamente dita dos tratamentos breves em TCC, na medida em que avalia o efeito dessas intervenções em ambientes pouco manipulados e próximos do cotidiano de atendimentos em TCC (Glasgow & Emmons, 2007). Assim, é importante ressaltar que, apesar de se aproximar do contexto real, tais resultados perdem em controle experimental, dificultando a observação precisa das alterações nas variáveis selecionadas somente por meio das intervenções. No entanto, estudos com esse desenho metodológico são importantes por apresentar resultados que possibilitam avaliar a prática da TCC breve em cenários mais próximos à realidade de realização dessas ações terapêuticas.

O pequeno número de participantes, a brevidade das avaliações diagnósticas, a utilização de terapeutas iniciantes para realização das sessões, a ausência de critérios de seleção por diagnóstico psicopatológico, a ausência de um grupo-controle e aleatorização, e a ausência de *follow-up* das intervenções são limitações importantes deste estudo. Porém, apesar dessas limitações, este estudo é importante por permitir observar que intervenções breves em TCC em um contexto ecológico podem ser importantes alternativas para a diminuição de sintomas de ansiedade e depressão, além do aumento da qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Almeida, E. R., & Moreno, A. L. (2014). Terapia cognitivo-comportamental breve para transtorno de ansiedade social: Estudo de caso. *Perspectivas em Psicologia*, 18 (2), 51-75.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico e estatístico de TRANSTORNOS Mentais: DSM-5 (5. ed.). Porto Alegre: Artmed
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). Uma visão geral. In A. Beck, *Terapia cognitiva da depressão* (pp. 3-26). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bond, F., & Dryden, W. (2004). Brief cognitive-behavioral therapy: Definition and scientific foundations. In F. Bond, & W. Dryden (Eds.), *Handbook of Brief cognitive behavioral therapy* (pp.1-20). Southern Gate: John Wiley & Sons Ltd.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Campos, M. O., & Neto, J. F. R. (2008). Qualidade de vida: Um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232-240.
- 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. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.

- Cully, J. A., & Teten, A. L. (2008). *A therapist's guide to brief cognitive-behavioral therapy*. Houston: Department of Veterans Affairs South Central.
- Cunha, J. (2001). *Manual em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Curwen, B., Palmer, S., & Ruddell, P. (2000). *Brief therapies series: Brief cognitive behaviour therapy*. London: SAGE.
- Dewes, D., Oliveira, M., Andretta, I., Muhlen, B., Camargo, J., & Leite, J. (2010). Efetividade da terapia cognitivo-comportamental para os transtornos do humor e ansiedade: Uma revisão de revisões sistemáticas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2(2), 385-397.
- Enéas, M., Faleiros, J., & Sá, A. (2000). Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: Caracterização dos processos com adultos. *Psicologia Teoria e Prática*, 2(2), 9-30.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Glasgow, R. E., Emmons, K. M. (2007). How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annual Review of Public Health*, 28, 413-433. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144145>
- Guimarães, S. S. (2001). Técnicas cognitivas e comportamentais. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 113-130). Porto Alegre: Artmed.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Marques, A., & Cruz, M.. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 32-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600009>
- Moreno, A. L., Souza, L. K., Gomes, W. B., & Gauer, G. (2014). Validation of the "Anxious Thoughts Inventory" for use in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 20-30.
- Moreno, A. L., & Wainer, R. (2014). Da Gnosiologia à Epistemologia: Um caminho científico para uma terapia baseada em evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 41-54.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Turkington, D., Kingdon D., & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 523-527.
- World Health Organization (WHO). (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413-426.
-
-