

Adriana Munhoz Carneiro ¹
Keith S. Dobson ²

Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa

Cognitive-behavioral treatment for major depressive disorder: a narrative review

RESUMO

Ao longo dos anos, diversos estudos vêm sendo desenvolvidos buscando tratamentos baseados em evidências para a depressão, como forma de facilitar a resposta ao tratamento e prevenir recaídas. Ao clínico, muitas vezes, atualizar-se a respeito desses dados se mostra desafiador, principalmente devido ao número de informações disponíveis e a ensaios clínicos que mostram resultados positivos, mas que não necessariamente correspondem a evidências. Este artigo visa apresentar uma revisão narrativa sobre as evidências e a aplicabilidade de diferentes técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento dos transtornos do humor, quais sejam, teoria cognitivo-comportamental tradicional, teoria de ativação comportamental, *mindfulness* e dispositivos *on-line*. Todas se mostram eficazes para o tratamento da depressão, contudo, divergem em relação a qual seria a fase do tratamento mais adequada para sua aplicabilidade (i.e., fase da doença). Apesar de se saber que todas essas técnicas psicoterápicas se mostram adequadas ao tratamento da depressão, as evidências contribuem na confirmação de seus métodos e na clareza de quais seriam as fases mais apropriadas para o emprego de cada uma.

Palavras-chave: Terapia cognitiva; Transtorno depressivo; Resultado do tratamento.

ABSTRACT

Over the years, several studies have been developed seeking evidence-based treatments for depression, as a means to facilitate the response to treatment response and in the prevention of relapse. Rationale: For the clinician it is very often challenging to update, mainly due to the amount available of information, and also because despite clinical trials showing positive results, they might not be interpreted alone as an evidence. Objective: This article presents a narrative review about the evidences and applicability of different cognitive behavioral techniques in the treatment of mood disorders, i.e. the traditional Cognitive-Behavioral Therapy, Behavioral Activation, Mindfulness and Online Therapy. Argument: all the techniques show their efficacy to the treatment of depression, however, they differ in what would be the best phase of treatment most suitable for its applicability (i.e., phase of the disorder). Conclusion: Although these psychotherapeutic techniques are adequate for the treatment of depression, the evidence contributes to confirm their methodology and to clarify which phases are most appropriate to apply each of them.

Keywords: Cognitive therapy; Depressive disorder; Treatment outcome.

¹ Mestrado - (Pesquisadora do Programa de Transtornos Afetivos - GRUDA). Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP) - AdHoc - SP - Brasil.

² Doctor of Philosophy (Psychology) - Professor of Clinical Psychology and Head of Psychology - University of Calgary - Calgary, Alberta - Canada.

Correspondência:

Programa de Transtornos Afetivos -
PROGRUDA.
Rua Ovídeo Pires de Campos, 785 - Sala 12,
CEP: 05403-010 - São Paulo - Brasil.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 13 de janeiro de 2017. cod. 480.

Artigo aceito em 09 de março de 2017.

DOI: 10.5935/1808-5687.20160007

INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo maior (TDM) já é considerado uma das principais doenças incapacitantes do mundo, afetando aproximadamente 350 milhões de pessoas (World Health Organization [WHO], 2016). No Brasil, segundo pesquisa populacional, 7,6% (IC 95% CI 7.2-8.1) dos respondentes afirmaram ter diagnóstico prévio de depressão realizado por médico ou profissional de saúde, representando um total de 11.179 adultos (Stopa et al., 2015). Diversos problemas estão associados ao diagnóstico, entre eles o número escasso de pessoas que recebem tratamento adequado (10%), altos índices de recorrência, atualmente cerca de 50 a 90% dos casos (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments [CANMAT], 2012; Fava, Rafanello, Grandi, Canestrari, & Morphy, 1998), e as taxas de suicídio, que correspondem a 60% de todos os casos de suicídio (WHO, 2016). A duração de um episódio depressivo depende diretamente do número de episódios anteriores, ou seja, aqueles que vivenciam mais episódios durante a vida apresentam maiores riscos de recorrência. Mesmo quando em resposta ou remissão, apresentarão sintomas residuais (subsindrômicos), que podem interferir em seu funcionamento social (Fava et al., 1998; WHO, 2016).

Sem dúvida, tais resultados são preocupantes, o que justifica a necessidade de pesquisas que auxiliem em seu rápido diagnóstico ou, ainda, na promoção de saúde, contribuindo para a identificação de gatilhos associados à doença. Uma extensa literatura pode ser encontrada a esse respeito demonstrando a eficácia da psicoterapia, seja individualmente, seja em combinação com antidepressivos, em diferentes faixas etárias e ambientes de aplicação (Almeida & Lotufo Neto, 2003; CANMAT, 2012; Cuijpers, 2016; Cuijpers, van Straten, van Oppen, & Andersson, 2008; Driessen, Cuijpers, Hollon, & Dekker, 2010; Dobson, 2016; McCauley et al., 2015, dentre outros).

É importante que o profissional se atualize sobre estudos de eficácia para saber a probabilidade de sua intervenção promover resultados adequados ao paciente, dentro de um tempo oportuno. Estudos de eficácia requerem metodologias cuidadosas para garantir o máximo de validade interna; assim, preocupam-se em garantir o máximo de competência na prestação do tratamento para que todos os participantes tenham acesso similar a informações e tratamentos. Evidências demonstram que os tratamentos avaliados sob condições de investigação altamente controladas, como descrito anteriormente (eficácia), podem ter um impacto clínico comparável quando administrados em contextos clínicos regulares (i.e., estudos de efetividade) (Hunsley & Mash, 2007).

Até o momento, os estudos deixam claro o tratamento farmacológico como o principal tratamento para episódios atuais de TDM, contudo sem evidências suficientes de sua capacidade em proteger o paciente contra recaídas ou reincidências (CANMAT, 2012; Fava et al., 1998; Friedman et al., 2009; Hamidian, Omid, Mousavinab, & Naziri, 2013; Parikh et al.,

2009, dentre outros). A proposta das psicoterapias é justamente esta: buscar uma melhora substancial a longo prazo. Ensaio clínicos demonstram que a combinação de antidepressivos com psicoterapia aumenta a eficácia do tratamento da depressão leve e moderada (Cuijpers et al. 2008; Driessen et al., 2010; Fournier et al., 2010; Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990; Weltz et al., 2015). Diversas metanálises e estudos de revisão já foram publicados (Almeida & Lotufo Neto, 2003; Cuijpers et al., 2008; de Graaf et al., 2009; Dobson, 2016; Ekers et al. 2014; Khoury et al., 2013; Weltz et al., 2015). Considerando o grande número de estudos e publicações a respeito, parece desafiadora ao clínico a seleção de qual seria a técnica mais adequada para tratar a depressão.

Como D. J. G. Dobson e Dobson (2017) afirmam, muitas vezes, os profissionais buscam pela seleção de tarefas isoladas, sem considerar o programa de tratamento inteiro proposto pelos manuais, o que deve ser evitado, já que as evidências foram construídas com base em protocolos, e não em tarefas isoladas. Desse modo, o presente estudo se concentra em descrever algumas técnicas psicoterápicas da terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseada em evidências para o tratamento da depressão.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O modelo cognitivo-comportamental proposto por Aaron T. Beck e colaboradores (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1982) é uma prática bem fundamentada, com um vasto número de evidências para sua aplicação como adjuntiva ao tratamento da depressão (Almeida & Lotufo Neto, 2003; Dobson et al., 2008; Friedman et al., 2009; Ruwaard et al., 2009; Wiles et al., 2014, dentre outros). Parte do pressuposto de que pacientes deprimidos têm uma visão distorcida a respeito de si mesmos, do mundo e do futuro. Assim, as intervenções focam na modificação desses pensamentos visando aliviar suas reações emocionais e desenvolver estratégias de enfrentamento.

O protocolo de intervenção busca psicoeducar sobre o modelo cognitivo e sua aplicabilidade; evidenciar a interferência dos pensamentos nas ações e emoções do paciente; desenvolver habilidades sociais; ensinar técnicas para facilitar a confrontação de pensamentos negativistas; aplicar tarefas comportamentais e treino de habilidades sociais, facilitando o enfrentamento e tomada de decisões (Beck et al., 1982). Segundo Beck et al. (1982) em torno de 16 a 24 sessões, com 50 minutos cada, aliadas a tarefas extrassessão (*homework*), trazem mudanças significativas no estado de humor do paciente. Mais do que isso, a TCC é capaz de fornecer técnicas que auxiliam o paciente a ser seu próprio terapeuta (Beck, 2013).

Em geral, as pesquisas demonstram sua eficácia na redução de sintomas e na prevenção de recaída e recorrência no tratamento da depressão leve e moderada (Almeida & Lotufo Neto, 2003; CANMAT, 2012; Dobson, 2016; Friedman et al., 2009; Koenig & Thase, 2009). As evidências indicam redução

em ao menos 50% (n = 10) de chances de novos episódios para aqueles que realizaram TCC quando comparados ao grupo apenas com tratamento farmacológico na fase de manutenção (Fava et al., 1998). Esses resultados foram observados após quatro anos do início do tratamento e condizem com os achados de outra pesquisa, que utilizou o mesmo prazo para observação dos sintomas de recorrência e recaída. Nesta última, observou-se que a TCC associada a medicamentos foi estatisticamente significativa quando comparada apenas ao tratamento farmacológico, sendo 29% a taxa de recaída no grupo com TCC e 47% naqueles que utilizaram apenas psicofármacos (Paykel et al., 1999).

Almeida e Lotufo Neto (2003) realizaram um levantamento sobre as evidências da TCC em recaídas e recorrências nas bases de dados Medline, Biosis, Cochrane, Lilacs e Embase. Foram encontrados 15 ensaios clínicos controlados e randomizados, os quais confirmam a eficácia da TCC como uma importante ferramenta para manutenção. Tais evidências indicam a TCC como uma potencial alternativa ao uso de antidepressivos na prevenção de recaídas e recorrências.

Entre os estudos mais importantes, encontra-se o projeto *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D)* (Friedman et al., 2009). Estudo prospectivo, naturalístico e randomizado, investigou a eficácia da TCC em 4.041 pacientes com depressão não respondedores iniciais ao citalopram. A TCC foi aplicada por terapeutas devidamente treinados a metade dos participantes (n = 32) e (n = 26) seguiram com outro antidepressivo. Dentre os principais resultados, verificou-se efetividade em ambos os tratamentos na melhora dos sintomas depressivos, sem apresentar, contudo, diferenças estatisticamente significativas no que tange à diminuição nas taxas de recaída, mas sim nas taxas de recorrência, indicando que aqueles que fizeram TCC apresentaram maior tempo de remissão.

Parikh e colaboradores (2009) realizaram uma revisão sistemática sobre pesquisas publicadas entre 2000 e 2008 disponíveis em bases de dados como Pubmed, Psycinfo, Cochrane e Register of Clinical Trials que elucidassem recomendações para tratamentos psicoterápicos de primeira linha. Eram classificados como tratamentos de primeira linha aqueles que tinham ao menos duas revisões sistemáticas com amostras adequadas, controladas, com grupo placebo, ou ao menos metanálises com intervalos de confiança estreitos. Verificou-se que a TCC apresentou evidências suficientes para ser classificada como tratamento de primeira linha para depressão.

Seguindo as pesquisas de busca por evidências, o estudo CoBaIT examinou a relação entre eficácia e custo da TCC adjunta ao tratamento antidepressivo. A amostra foi composta por 469 pacientes com depressão (BDI > 14), acompanhados durante 1 ano com avaliações trimestrais, seguidas de *follow up* de 6 e 12 meses. A TCC se mostrou uma importante ferramenta para ajudar os pacientes a lidar

com os sintomas de depressão, com uma probabilidade de 1:3 de apresentar sintomas de depressão leve, além de maior habilidade em lidar com os sintomas. Ao se comparar pré e pós-teste, ocorreu uma redução de ao menos 50% nos sintomas mensurados pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) após seis meses. Em relação aos custos envolvidos, o estudo evidenciou que a utilização de TCC pode auxiliar na redução de gastos com tratamento, uma vez que os pacientes têm maior habilidade em reconhecer seus sintomas e, assim, prevenir recaídas (Wiles et al., 2014). Dessa forma, as evidências indicam que o uso da TCC como tratamento adicional a pacientes que não se recuperam unicamente com medicação mostra-se uma opção válida.

ATIVAÇÃO COMPORTAMENTAL - BEHAVIORAL ACTIVATION

A ativação comportamental (AC) é uma intervenção desenvolvida por psicólogos cognitivos comportamentais como forma de buscar resultados de efetividade similares à da TCC tradicional, mas sem a aplicação de técnicas cognitivas ou a necessidade de anos de treinamento intensivo (Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Tem como base os princípios do condicionamento operante e considera que a depressão deve ser conceitualizada a partir do contexto da pessoa e entendida como uma série de ações e comportamentos que ocorrem em um ambiente. Concorda com os pressupostos de Ferster (1973), quando assume que a prática de exercícios comportamentais pode levar a mudanças tão importantes quanto as cognitivas, já que a depressão em si é uma forma de esquiva, e com os pressupostos de Jacobson (1989), que preza que o paciente esteja constantemente realizando atividades que facilitem a alteração das contingências negativas para positivas (Martell et al., 2001). Seu protocolo foi desenvolvido para a população adulta, e estudos atuais buscam também sua eficácia em adolescentes (McCauley et al., 2015). Estima-se em uma semana o tempo médio de treinamento de um terapeuta (Ekers, Dawson, & Bailey, 2013).

De forma geral, o principal foco é a ativação de processos que reduzem a esquiva e a ruminação, observando-se, assim, problemas, rotina e estratégias de enfrentamento. Suas principais técnicas são o diário de maestria e prazer, o registro das atividades (com horários), o manejo de contingências situacionais, o ensaio comportamental, a modelagem de estratégias de ativação, o ensaio verbal das tarefas propostas e técnicas de relaxamento (Martell et al., 2001). Apesar de ser uma abordagem estruturada, não exige que o terapeuta aplique um protocolo de ordem determinada (passo a passo) para as tarefas; em vez disso, preza para que a relação terapêutica seja enfatizada, para que, assim, as atividades a serem aplicadas correspondam às necessidades do paciente. Algumas regras básicas são importantes, entre elas prezar por uma boa relação terapêutica, apresentar o modelo de AC, utilizar escalas como a BDI para a mensuração semanal dos sintomas do paciente

e prezar por uma boa entrevista inicial, já que todas as informações colhidas nesse passo servirão para o delineamento de hipóteses (Ekers et al., 2013; Martell et al., 2001).

Apesar de a primeira publicação ser de menos de 20 anos atrás, a AC já reúne um relativo número de pesquisas que demonstram sua eficácia. A pesquisa de Dobson e colaboradores (2008) com pacientes com transtorno depressivo maior indicou que a AC tem um efeito similar ao da TCC nos pacientes. Os participantes receberam 16 semanas de tratamento com antidepressivos associados a TCC ($n = 45$) ou AC e ($n = 43$) e foram acompanhados a partir de sua recaída ou recorrência por dois anos após resposta do tratamento agudo. As práticas psicoterápicas foram devidamente aplicadas respeitando os manuais de TCC e AC. O poder de detecção de mudanças estatisticamente significativas a respeito das taxas de recorrência foi de 61,1%, sendo em 30% a diferença entre terapia e medicação. Ainda, o estudo serve como mais uma evidência das psicoterapias para a prevenção de recaídas e recorrências.

Ekers e colaboradores (2014) realizaram uma revisão da eficácia da AC a partir de resultados encontrados em 25 estudos. A AC foi comparada a tratamentos com antidepressivos, e mostrou-se efetiva para tratamento do TDM, demonstrando que os pacientes que recebiam AC adjunta ao tratamento farmacológico apresentavam uma melhora significativa de seu quadro comparado ao grupo que apenas recebia medicação. Recentemente, Richards e colaboradores (2016) avaliaram o custo da aplicação de ativação comportamental por terapeutas juniores com o uso da TCC por terapeutas experientes. Participaram da pesquisa 440 sujeitos, divididos em 221 com AC e 219 com TCC, recrutados entre 2012 e 2014. Os participantes receberam um número similar de intervenções, com resultados que demonstraram igual eficácia entre as técnicas. Contudo, considerando que o grupo que aplicou ativação comportamental era composto por treinadores juniores, os autores concluíram que a AC se mostrou uma prática com melhor custo-benefício, já que não exige tanto tempo de formação quanto a TCC. Podem ser citados muitos outros estudos que indicam o uso da AC; contudo, limitamo-nos a selecionar apenas os principais, os quais indicam a AC como uma alternativa para a prevenção de recaídas e recorrências do TDM.

MINDFULNESS PARA DEPRESSÃO - MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT)

A prática de *mindfulness* para a depressão foi inicialmente proposta por Segal, Williams e Teasdale (2002) como uma forma de tratamento para a prevenção de recaída em pacientes previamente tratados com terapia cognitiva. A proposta de tratamento é adaptada de Jon Kaebat Zinn, que iniciou os estudos de *mindfulness* em pacientes com dor crônica. Ela consiste em oito sessões, com tempo entre 60 e 120 minutos. Para que não se configure como uma prática

psicoterápica, os autores sugerem que os grupos tenham uma média de 12 a 30 participantes (Khoury et al., 2013; Segal et al., 2002; van der Velden et al., 2015).

O protocolo envolve educar o paciente a sair do modo automático, que é o modo em que a maior parte dos erros cognitivos é formada, para um estado de consciência de seu estado e de si, reconhecendo seus sentimentos e aceitando-os. De acordo com Segal e colaboradores (2002), muitas vezes, o problema principal do paciente não é reconhecer seus pensamentos, ou a associação entre pensamentos e sentimentos mas sim entender que o humor deprimido se relaciona diretamente com a falta de interesse/prazer pelas coisas, e que a aceitação deste estado pode ser melhor do que a luta por sua modificação. Cogitam, então, que a diferença principal não seja o pensamento, mas a dificuldade em lidar com um viés induzido pelo humor. Portanto, ensinar os pacientes a observar seus sentimentos e pensamentos, voltando intencionalmente sua atenção a sua respiração ou sensações corporais, apenas aceitando-as, sem julgamento, pode ser uma técnica importante para a identificação desses sentimentos e pensamentos.

Teasdale et al (2000) publicaram o primeiro manual prático da área, após anos de pesquisa buscando evidências que comprovaram sua eficácia na prevenção de recaídas em pacientes que tiveram três ou mais episódios de depressão (Teasdale et al., 2000), e em casos com sintomas mais graves e de maior recorrência (Teasdale et al., 2002). Após esses trabalhos, outras pesquisas já foram realizadas e confirmam a eficácia da MBCT para o tratamento de sintomas depressivos em pacientes com resposta parcial ao tratamento antidepressivo e à TCC, com um bom efeito ($d = 1,04$) (Kenny & Williams, 2007), ou mesmo quando comparada à TCC na redução da depressão (Abolghasemi, Gholomi, Narimani, & Gamji, 2015). Resultados estatisticamente significativos para sua aplicação na distímia (Hamidian et al., 2013) também já foram citados.

Uma metanálise realizada por Khoury e colaboradores (2013), com regras amplas de inclusão, encontrou 209 estudos disponíveis na PsycInfo com resultados pré e pós- teste como único componente do tratamento e com dados suficientes para calcular tamanho do efeito. Não foram encontradas diferenças entre MBCT e tratamentos farmacológicos ($n = 3$; Hedge's $g = 0,13$; 95% CI [-0,11, 0,37], $p = 0,27$, *ns*), TCC ou terapias comportamentais ($n = 9$; Hedge's $g = -0,07$; 95% CI [-0,26, 0,16], $p = 0,60$, *ns*).

Em uma revisão sistemática, van der Velden e colaboradores (2015) encontraram 23 estudos sobre a aplicabilidade da MBCT em episódios de depressão recorrente. Observaram que, destes, 12 demonstraram alterações estatisticamente significativas em atenção plena, ruminação, compaixão e metacôsciência; ou seja, apenas metade dos pacientes com depressão recorrente respondeu ao protocolo. Os autores tiveram o cuidado de selecionar apenas aqueles estudos que seguiam as práticas de *mindfulness* de acordo

com o protocolo original proposto por Segal e colaboradores (2002), ou seja, aqueles que aplicavam a técnica para evitar recaídas. Concluem o estudo pontuando a importância de se empregar desenhos mais rigorosos para que seja possível coletar informações de especificidade causal.

Assim, os autores deixam em aberto a necessidade de mais estudos a respeito de MBCT e indicam a técnica como promissora para o tratamento da depressão, principalmente aquela com história de maior número de episódios. Tais achados vão ao encontro do pressuposto dos autores, já que a técnica de *mindfulness* foi aprimorada demonstrando melhores resultados em pacientes “crônicos”, ou seja, que já fizeram a TCC tradicional e sabem identificar seus pensamentos, mas não conseguem lidar corretamente com o viés induzido pelas suas alterações de humor.

DISPOSITIVOS ON-LINE (TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PELA INTERNET -ITCC)

As publicações a respeito das terapias pela internet tiveram início por volta dos anos 2000 e estão aumentando ao longo dos anos, principalmente na Austrália, na Alemanha e na Holanda. Apesar de essa prática ainda não ter tanta repercussão no Brasil, estudos demonstram evidências positivas a esse respeito, com poder de efeito de aplicação comparável ao tratamento face a face (Johansson & Andersson, 2012; Titov, 2011). Em geral, os dispositivos *on-line* buscam oferecer uma alternativa àqueles que não têm tempo, se encontram em lista de espera para atendimento psicoterápico ou carecem de disponibilidade financeira para fazer psicoterapia (Johansson & Andersson, 2012; Meyer et al., 2009).

Esse tipo de psicoterapia consiste em um protocolo estruturado, com tarefas *on-line* para o paciente realizar ao longo da semana e materiais suplementares que funcionam como forma de psicoeducação. Em alguns modelos, os pacientes podem entrar em contato com o terapeuta *on-line* por *e-mail*, *chat* ou telefone a qualquer hora (Titov, 2011). Basicamente, o modelo *on-line* dos estudos revisados segue uma réplica do modelo de TCC tradicional, descrito anteriormente, mas podem existir outras formas. O modelo Deprexis, por exemplo, envolve ativação comportamental, reestruturação cognitiva, treino de habilidades sociais e *mindfulness* em um mesmo programa, composto por 10 sessões de 60 minutos cada (Berger, Hämmerli, Gubser, Andersson, & Caspar, 2011; Meyer et al., 2009; Rosso et al., 2016).

van der Zanden, Kramer, Gerrits e Cuijpers (2012) investigaram a eficácia de um curso em grupo *on-line* para depressão em adolescentes e jovens adultos, divididos em grupo-controle (n = 123) e grupo experimental (n = 100). Os participantes do grupo interventivo receberam o *Master your Mood course* durante 12 semanas, ministrado por um profissional treinado em TCC, e tiveram sua identidade mantida em sigilo para os outros participantes. Após seis meses, os

participantes foram avaliados, como forma de identificar o efeito da prática a longo prazo. Os pesquisadores verificaram que os sintomas de depressão do grupo experimental diminuíram significativamente quando comparados aos do grupo-controle. Ao se comparar os escores pré e pós-intervenção entre os grupos, o efeito de amostra foi de 0,94. Ainda, tais efeitos se mantiveram após seis meses. Outros estudos com adolescentes também demonstraram efeitos positivos na redução de sintomas depressivos (Johansson & Andersson, 2012).

Quanto aos adultos, há uma gama maior de evidências que demonstram tanta eficácia quanto a TCC face a face, mesmo comparando-as em *follow up* de seis meses (de Graaf et al., 2009; Meyer et al., 2009) em pacientes com depressão leve e moderada (Rosso et al., 2016; Ruwaard et al., 2009). Em um estudo mais recente sobre a eficácia da ITCC em pacientes com depressão, Rosso e colaboradores (2016) verificaram que a gravidade da depressão não se mostrou como um mediador dos resultados do tratamento, o que abre possibilidades para sua investigação de efetividade e eficácia em outras fases do tratamento.

Inclusive, já existe evidência de que tais programas, mesmo sem mediação de um monitor, são capazes de gerar uma redução significativa dos sintomas depressivos (Berger et al., 2011). É evidente que, apesar de os dados indicarem resultados positivos para diferentes gravidades de depressão, e da redução significativa de sintomas mesmo sem mediador, tais resultados também devem ser vistos com cautela. Johansson e Andersson (2012), mediante busca no site PubMed sobre ITCC, encontraram 25 estudos de ensaio clínico controlado sobre ITCC para depressão. Nestes, verificaram que os tratamentos “guiados” apresentaram melhor efetividade do que os não guiados. Ainda, os tratamentos *on-line* foram, em sua maior parte, aplicados durante a fase aguda do episódio depressivo, com resultados positivos a respeito de sua eficácia, monitorados ativamente. Contudo, o quanto pacientes com depressão podem completar com sucesso um protocolo *on-line* ainda é especulativo, carece de evidências de eficácia e requer maior investigação antes de serem estabelecidas respostas definitivas a respeito.

DISCUSSÃO

Entre as técnicas psicoterápicas, as técnicas baseadas em TCC são aquelas que despontam nas evidências (Cuijpers, 2016). A ativação comportamental e a cognitivo-comportamental são aquelas que obtiveram evidências suficientes de eficácia para o tratamento da depressão para serem consideradas tratamento de primeira linha (Cuijpers, 2016; Parikh et al., 2009). Apesar de as pesquisas mostrarem evidências de eficácia da combinação de TCC com medicação, uma metanálise trouxe resultados demonstrando que o contrário não foi confirmado; ou seja, a adição de farmacoterapia a pacientes deprimidos não trouxe melhora em seu estado de humor (Cuijpers et al. 2009),

o que parece indicar que os caminhos para a compreensão e o tratamento do episódio depressivo ainda não são conclusos, mas que, sem dúvidas, a psicoterapia é importante para o paciente.

Nesse sentido, é importante considerar que a depressão é um transtorno multifacetado, portanto, não existe um tipo único de protocolo psicoterápico (ou farmacológico) que funcionará em todos os pacientes ou países (Dobson, 2016). É necessário respeitar a individualidade do paciente, sua história (pessoal e familiar) e também suas características de personalidade antes de encaixá-lo em um protocolo. Destaca-se que as técnicas apresentadas neste estudo foram baseadas, em sua maior parte, em uma cultura norte-americana, portanto, uma tradução não apenas literal, mas também cultural, é necessária a cada um dos protocolos apresentados (Cuijpers et al. 2009; Dobson, 2016).

Observa-se a necessidade de melhor refinamento das pesquisas, para que sejam mais esclarecedoras a respeito da prática psicoterápica e das medidas metodológicas adotadas (Almeida & Lotufo Neto, 2003) e para que seja possível identificar diferenças entre elas, já que parecem ser igualmente efetivas (Cuijpers, 2016). Até o momento, das técnicas psicoterápicas apresentadas, a TCC (Beck et al., 1982) é a única que demonstrou resultados que comprovam sua eficácia no tratamento dos três estágios da depressão (leve, moderado, remissão). Desse modo, é de suma importância o cuidado do terapeuta em identificar em qual fase do tratamento sua técnica tem evidências e em aplicar cada uma delas.

Ainda, vale ressaltar que os tratamentos *on-line* já desenvolvidos encontrados até o momento se baseiam unicamente no modelo cognitivo-comportamental. Assim, seria inequívoco acreditar que apenas a TCC funcionaria para essa demanda (Johansson & Andersson, 2012). Acredita-se que talvez esses resultados se devam ao vasto número de manuais publicados e também à facilidade de disponibilizá-los *on-line*. Novamente, observamos a necessidade de mais estudos na área antes de fazer qualquer conclusão.

Todavia, os resultados levam a crer que, apesar das diferenças teóricas, o principal denominador comum consiste no bom relacionamento com o paciente, boa conceitualização do caso e validação de seus sentimentos. Em específico, as terapias *mindfulness* enfatizam a importância de incentivar o paciente a expressar seus sentimentos, sensações e dúvidas (Segal et al., 2002), e a ativação comportamental sublinha a importância de escutar os pensamentos do paciente, mesmo não sendo esse o foco (Martell et al., 2001). Apesar de ser vista como uma terapia rígida, unicamente seguindo os indicativos do manual, os terapeutas de TCC também reconhecem e validam os sentimentos do paciente, já que esse processo é de suma importância para a melhor compreensão de seus pensamentos e crenças (D. J. G. Dobson & Dobson, 2017). Por fim, ressalta-se que a prática de psicoterapia não exclui o tratamento combinado com medicação, já que o tratamento multidisciplinar é aquele

que apresenta maior gama de resultados eficientes na redução dos sintomas depressivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal conclusão é: psicoterapia funciona para o tratamento da depressão. A terapia cognitivo-comportamental tornou-se “modelo *standard*” de tratamento, já que novas técnicas costumam utilizá-la como padrão de detecção de sua eficácia e efetividade. Além das técnicas descritas, há uma variedade de práticas não citadas neste estudo que buscam a melhora dos sintomas dos pacientes, o que é positivo, pois, considerando as diferenças no perfil destes, é comum que nem todos respondam a apenas uma técnica da forma como é relatado nos ensaios clínicos. A única desvantagem é que, apesar de parecerem diversas, as técnicas que já reúnem evidências demonstram o mesmo resultado nos pacientes, o que deixa em aberto se modelos diferentes produzem resultados iguais ou se, na verdade, estamos falando de um mesmo modelo subjacente. São necessários outros estudos para que seja possível determinar quais são os principais elementos da psicoterapia que trazem resultados aos pacientes e também que permitam identificar a interferência das técnicas na remissão dos sintomas. Considerando os altos índices de depressão e seu impacto social, o maior desafio para o clínico será disseminar tais práticas que se mostraram efetivas no tratamento ao maior número de profissionais possível e no menor intervalo de tempo possível.

REFERÊNCIAS

- Abolghasemi, A., Gholami, H., Narimani, M., & Gamji, M. (2015). The effect of Beck's cognitive therapy and mindfulness-based cognitive therapy on sociotropic and autonomous personality styles in patients with depression. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavior Sciences*, 9(4), e3665.
- Almeida, A. M., & Lotufo Neto, F. (2003). Revisão sobre o uso da terapia cognitivo-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 239-244.
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (2. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behavior Therapy*, 40(4), 251-266.
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). (2012). Treating depressive disorder: relapse and recurrence. Recuperado de: <http://www.canmat.org/cme-depression-relapse-and-recurrence.php>.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P., & Andersson, G. (2008). Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1675-1685.

- Cuijpers, P. (2016). Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of comparative outcome studies. *Evidence-based Mental Health*. Recuperado de: <http://ebmh.bmj.com/>.
- de Graaf, L. E., Gerhards, A. H., Arntz, A., Riper, J. F. M., Metsemakers, S. M. A., Evers, J. L., ... Huibers, M. J. H. (2009). Clinical effectiveness of online computerized cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomized trial. *The British Journal of Psychiatry*, *195*, 73-80.
- Dobson, K. S., Dimidjian, S., Kohlenberg, R. J., Rizvi, S. L., Hollon, S. D., Schmalzing, K. B., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(3), 468-477.
- Dobson, D. J. G., & Dobson, K. S. (2017). *The evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Dobson, K. S. (2016). New frontiers in cognitive-behavioral therapy for depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, *9*(2), 107-123.
- Driessen E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., & Dekker, J. J. M. (2010). Does pre-treatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, *78*(5), 668-680.
- Ekers, D. M., Dawson, M. S., & Bailey, E. (2013). Dissemination of behavioural activation for depression to mental health nurses: Training evaluation and benchmarked clinical outcomes. *Journal of Psychiatry Mental Health Nursing*, *20*(2), 186-192.
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression: An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One*, *9*(6), e100100.
- Fava, G. A., Rafanello, C., Grandi, S., Canestrari, R., & Morphy, M. A. (1998). Six year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, *155*(10), 1443-1445.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, *28*(10), 857-870.
- Fournier, J. C., De Rubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *JAMA*, *303*(1), 47-53.
- Friedman, E. S., Thase, M. E., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Biggs, M. M., Fava, M., ... Rush, A. J. (2009). Cognitive therapy argumentation versus CT switch treatment: A STAR*D report. *International Journal of Cognitive Therapy*, *2*(1), 66-87.
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behavior Research and Therapy*, *48*(8), 738-746.
- Hamidian, S., Omid, A., Mousavinasab, S. M., & Naziri, G. (2013). Comparison of the effect of mindfulness-based cognitive therapy accompanied by pharmacotherapy with pharmacotherapy alone in treating dysthymic patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *15*(3), 239-244.
- Hunsley, J., & Mash, E. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 29-51.
- Jacobson, N. S. (1989). The therapist-client relationship in cognitive behavior therapy: Implications for treating depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *3*, 85-96.
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *12*(7), 861-870.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behavioral Research Therapy*, *45*(3), 617-625.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *33*(6), 763-771.
- Koenig, M., & Thase, M. E. (2009). First-line pharmacotherapies for depression: What is the best choice? *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, *119*(7-8), 478-486.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- McCauley, E., Gudmundsen, G., Schoredt, K., Martell, C., Rhew, I., & Dimidjian, S. (2015). The adolescent behavioral activation program: Adapting behavioral activation as a treatment for depression in adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *45*(3), 291-304.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *11*(2), e15.
- Parikh, S. V., Segal, Z. V., Grigoriadis, S., Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., & Patten, S. B. (2009). Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT): Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, *117*, S15-S25.
- Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R., ... Pope, M. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *56*(9), 829-835.
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., ... Finning, K. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomized, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, *388*(10047), 871-880.
- Robinson L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, *108*(1), 30-49.
- Rosso, I. M., Killgore, W. D., Olson, E. A., Webb, C. A., Fukunaga, R., Auerbach, R. P., ... Rauch, S. L. (2016). Internet-based cognitive behavior therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Depression & Anxiety*, *4*(3), 236-245.
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., & Lange, A. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: a randomized controlled trial with a long-term follow up. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 206-221.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression- a new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Stopa, S. R., Malta, D. C., Oliveira, M. M., Lopes, C. S., Menezes, P. R., & Kinoshita, R. T. (2015). Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *18*(2), 170-180.

- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615- 623.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 275-287.
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry, 24*(1), 18-23.
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., ... Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review, 37*, 26-39.
- Van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: A randomized trial. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3), 1-14. Recuperado de: <http://www.jmir.org/2012/3/e86/pdf>.
- Weltz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Hulbers, M. J. H., David, D., ... Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs. pharmacotherapy: An individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 72*(11), 1102-1109.
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Barnes, M., Carrol, F., Ridgway, N., ... Lewis, G. (2014). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: The CoBaT randomized trial. *Health Technology Assessment, 18*(31), 1-167.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Fact sheet depression*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.