

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

TAIANE DE AZEVEDO CARDOSO

**O IMPACTO DOS SINTOMAS ANSIOSOS NA REMISSÃO DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM PSICOTERAPIAS BREVES PARA DEPRESSÃO:
FOLLOW-UP DE SEIS MESES**

Pelotas
2012/2

TAIANE DE AZEVEDO CARDOSO

**O IMPACTO DOS SINTOMAS ANSIOSOS NA REMISSÃO DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM PSICOTERAPIAS BREVES PARA DEPRESSÃO:
FOLLOW-UP DE SEIS MESES**

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.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Karen Jansen

Pelotas

2012/2

**O IMPACTO DOS SINTOMAS ANSIOSOS NA REMISSÃO DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM PSICOTERAPIAS BREVES PARA DEPRESSÃO:
FOLLOW-UP DE SEIS MESES**

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora Prof^a. Dr^a. Karen Jansen

1º Examinador Prof. Dr. Luciano Dias Mattos de Souza

2º Examinador Prof. Dr. Pedro Osório da Silva Magalhães

Pelotas, 18 de janeiro de 2013.

Agradecimentos,

Aos meus pais, pelo apoio incondicional diante das minhas escolhas.

Ao programa de pós-graduação em saúde e comportamento.

À minha orientadora Karen Jansen, por me proporcionar aprendizagem diária desde a iniciação científica e pela confiança que sempre dedicou a mim.

Às psicólogas e bolsistas de iniciação científica envolvidas no projeto.

Aos supervisores clínicos, que dedicaram seu tempo e conhecimento para supervisionar todos os casos atendidos.

Aos colegas de mestrado, em especial à Mariana Bonati e Thaíse Mondin pelo companheirismo e amizade desde a graduação.

PROJETO DE PESQUISA

O IMPACTO DOS SINTOMAS ANSIOSOS NA REMISSÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PSICOTERAPIAS BREVES PARA DEPRESSÃO: *FOLLOW-UP* DE SEIS MESES

Projeto de pesquisa elaborado para o curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Karen Jansen.

Pelotas

2012/2

SUMÁRIO

1 IDENTIFICAÇÃO.....	08
1.1 Título	08
1.2 Mestranda	08
1.3 Orientador	08
1.4 Instituição	08
1.5 Curso	08
1.6 Linha de pesquisa	08
1.7 Data	08
 2 INTRODUÇÃO	 09
 3 OBJETIVOS	 11
 4 HIPÓTESES	 12
 5 REVISÃO DE LITERATURA	 13
5.1 Estratégias de busca	13
5.2 Quadro de revisão	14
5.3 Corpo da revisão	20
 6 MÉTODO	 23
6.1 Delineamento	23
6.2 Participantes	23
6.2.1 Critérios de inclusão	24
6.2.2 Critérios de exclusão	24
6.3 Cálculo de tamanho da amostra	24
6.4 Critério diagnóstico	25
6.5 Randomização	25
6.6 Cegamento	25
6.7 Modelos de intervenção	25

6.7.1 Psicoterapia Cognitivo-Comportamental	26
6.7.2 Psicoterapia Cognitiva Narrativa	27
6.8 Medidas de desfecho	27
6.8.1 Hamilton Anxiety Scale	27
6.8.2 Hamilton Depression Scale	28
6.9 Seleção e treinamento de pessoal	28
6.10 Estudo piloto	29
6.11 Processamento e análise dos dados	29
6.12 Aspectos éticos	30
6.13 Cronograma	31
6.14 Orçamento	32
 7 REFERÊNCIAS	 33
 ANEXOS	 36
Anexo – A: Termo de consentimento livre e esclarecido	37
Anexo – B: Hamilton Depression Scale (HAM-D)	39
Anexo – C: Hamilton Anxiety Scale (HAM-A).....	43
Anexo – D: Artigo	45

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: O impacto dos sintomas ansiosos na remissão de sintomas depressivos em psicoterapias breves para depressão: *follow-up* de seis meses

1.2 Mestranda: Taiane de Azevedo Cardoso

1.3 Orientadora: Karen Jansen

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em saúde e comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Psicologia e Saúde

1.7 Data: 14 de agosto de 2012

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos de humor e ansiedade têm apresentado alta prevalência na população adulto jovem. Um estudo multicêntrico encontrou prevalência de 20,5% de qualquer transtorno de humor e 38,4% de qualquer transtorno de ansiedade, ambos no último ano, em uma população de 18 à 34 anos de países em desenvolvimento.¹ Estudo epidemiológico realizado em São Paulo encontrou uma prevalência de 18,1% de transtorno depressivo ao longo da vida e 4,5% de transtorno depressivo no último mês, enquanto os transtornos de ansiedade apresentaram prevalência de 12,5% ao longo da vida e 6,0% no último mês.²

Estudos recentes têm demonstrado alta correlação entre transtorno depressivo e transtornos de ansiedade, sugerindo elevadas taxas de comorbidade entre tais transtornos.^{1,3} Devido às altas taxas de comorbidade, a atual divisão entre depressão e ansiedade tem sido discutida. Em vista disso, autores propõem que a extensa sobreposição entre transtornos de ansiedade e de humor se justifique por sua origem semelhante, que os autores denominam "síndrome de afeto negativo". Eles sugerem que ambos, sintomas de depressão e ansiedade, sejam expressões de uma mesma vulnerabilidade psicológica.⁴

Nesse sentido, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V), propõe uma classificação de episódio misto de ansiedade e depressão para o paciente que tem três ou quatro sintomas depressivos e estes estão acompanhados por estresse ansioso. Justificando a necessidade da adoção de uma abordagem terapêutica unificada.⁵

Há evidências de que a Psicoterapia Cognitiva é eficaz no tratamento da depressão e da ansiedade, contudo, pouco se sabe sobre a eficácia da mesma no tratamento da comorbidade entre ansiedade e depressão.⁶ Dentre as psicoterapias cognitivas, a psicoterapia cognitiva comportamental tem sido amplamente estudada e tem sua eficácia comprovada, no entanto, pouco se sabe quanto a eficácia da Psicoterapia Cognitiva Narrativa em tais transtornos. Apesar da relação causal entre sintomas ansiosos e depressivos ser inconsistente e não estar claro se são comorbidades ou apenas a sobreposição de sintomas como critério diagnóstico, observa-se na literatura a alta ocorrência de sintomas ansiosos em indivíduos que apresentam depressão⁷, este índice simultâneo sugere que na prática clínica a terapêutica ideal deveria abordar a remissão de ambos. Assim, este estudo tem por objetivo verificar o impacto dos sintomas ansiosos na remissão de sintomas depressivos após psicoterapias breves para depressão e em um acompanhamento de seis meses.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Verificar o impacto dos sintomas ansiosos na remissão de sintomas depressivos seis meses após concluídas as psicoterapias breves para depressão.

2.2 Específicos

- Correlacionar os sintomas ansiosos no *baseline* com a remissão de sintomas depressivos seis meses após a intervenção;
- Verificar o impacto dos sintomas ansiosos sobre a remissão de sintomas depressivos nos dois modelos de intervenção: Psicoterapia Cognitivo Comportamental e Psicoterapia Cognitiva Narrativa;
- Verificar a manutenção da remissão de sintomas ansiosos do pós-intervenção aos seis meses de término do tratamento;
- Verificar a remissão de sintomas ansiosos nas Psicoterapias Cognitivas breves para depressão.

3. HIPÓTESES

- Quanto maior a severidade dos sintomas ansiosos no *baseline*, menor a remissão de sintomas depressivos 6 meses após a intervenção;
- O impacto dos sintomas ansiosos na remissão de sintomas depressivos seis meses após o término do tratamento será menor na Psicoterapia Cognitivo Comportamental do que na Psicoterapia Cognitiva Narrativa;
- A remissão de sintomas ansiosos se mantém seis meses após o término do tratamento;
- Há remissão de sintomas ansiosos nas Psicoterapias Cognitivas breves para depressão.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Estratégias de busca

Pubmed* - busca realizada por descritores até julho de 2012.

- Depression AND Anxiety – 15582
- Depression AND Anxiety AND Clinical trial – 3148
- Depression AND Anxiety AND Cognitive Therapy – 1081
- Depression AND Anxiety AND Brief Psychological Therapy – 191

* Publicados nos últimos dez anos; pesquisa com humanos do gênero masculino e feminino com idade maior de 19 anos; idioma inglês.

PsycoInfo – busca realizada por descritores até julho de 2012.

- Depression AND Anxiety – 1750
- Depression AND Anxiety AND Young Adulthood - 473
- Depression AND Anxiety AND *Follow-up* Study – 144
- Depression AND Anxiety AND Cognitive Therapy - 151

4.2 Quadro de revisão

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Resultados	Comentário
Gibbons CJ, et al. (2008)⁸ EUA <i>Behavior Therapy</i>	Investigar o efeito da comorbidade com ansiedade em pacientes deprimidos nos processos e resultados da Terapia cognitiva.	<i>Delineamento:</i> Ensaio Clínico <i>Participantes:</i> Subgrupo de 24 pacientes com média de idade de 40 anos, vindos de um grande ensaio clínico randomizado. <i>Medidas:</i> Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) / Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) / Depressão de Beck II (BDI-II) / Psychotherapy for Depression and Anxiety Rating Scale (PDARS) <i>Randomização:</i> Pacientes distribuídos de forma aleatória entre 16 semanas de psicoterapia cognitiva ou medicação ou 8 semanas de medicação placebo. <i>Cegamento:</i> Os avaliadores eram cegos quanto ao tratamento.	A maior parte dos pacientes teve uma melhora nos sintomas depressivos e ansiosos. Nos sintomas depressivos foi encontrada remissão média de 9,4 (DP 6,2) pontos. Nos sintomas ansiosos a remissão foi de 6,8 (DP 6,8). Escores mais altos de ansiedade, assim como, foco na ansiedade na sessão foram associados com menor remissão dos sintomas depressivos.	Este estudo selecionou pacientes de um ensaio clínico maior que tivessem completado 16 semanas de tratamento com terapia cognitiva para depressão e que pontuassem sintomas ansiosos. Além de Psicoterapia o estudo também fornecia medicamento e houve análise quanto ao foco da sessão.

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Resultados	Comentário
Cape, J. et al. (2010) ⁶ Reino Unido <i>BMC Medicine</i>	Comparar a eficácia de diferentes tipos de psicoterapias breves na atenção primária em transtornos depressivos, ansiosos, sintomas mistos (ansiedade e depressão) e problemas comuns da saúde mental.	Meta-Análise e Meta-Regressão <i>Estratégias de busca:</i> Medline, Embase e PsycINFO <i>Critérios de inclusão:</i> Ensaios clínicos randomizados e controlados de psicoterapias breves realizados com pacientes adultos com ansiedade, depressão, sintomas mistos (ansiedade e depressão) e problemas comuns da saúde mental. <i>Critérios de exclusão:</i> Estudos realizados com auto-ajuda, psicoeducação e psicoterapia como parte de um processo no âmbito dos cuidados.	A meta-análise mostrou pequenos efeitos favorecendo a Psicoterapia cognitivo comportamental breve sobre o cuidado médico habitual para transtorno depressivo e sintomas mistos (ansiedade e depressão), sobretudo encontrou um maior efeito para os transtornos de ansiedade.	Revisão atual que confirma a eficácia da Psicoterapia cognitiva comportamental breve no tratamento em atenção primária de transtornos depressivos, ansiosos e sintomas mistos (ansiedade e depressão).

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Resultados	Comentário
Roy- Byrne, P. et al. (2010)⁹ EUA <i>JAMA</i>	Comparar o modelo de intervenção “Orientação para a aprendizagem e manejo da ansiedade - <i>Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM)</i>” com os cuidados usuais (UC) em múltiplos transtornos de ansiedade, os quais transtorno do pânico, de ansiedade generalizada, ansiedade social e estresse pós-traumático, mesmo quando eles eram comórbidos com depressão.	<i>Delineamento:</i> Ensaio clínico controlado e randomizado. <i>Participantes:</i> 1004 Pacientes com diagnóstico de algum transtorno de ansiedade entre 18 e 75 anos. <i>Medidas:</i> Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) / Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). <i>Randomização:</i> Após a primeira entrevista, os pacientes foram randomizados entre cuidados usuais e intervenção Orientação para a aprendizagem e manejo da ansiedade; <i>Follow-up:</i> Seis, doze e dezoito meses após <i>baseline</i>.	Foi encontrada uma melhora significativamente maior para os que receberam orientação para a aprendizagem e manejo da ansiedade quando comparada aos que receberam cuidados usuais para os sintomas de ansiedade.	O sucesso do modelo testado demonstra que abordar vários transtornos mentais comuns, no contexto é viável e eficaz, e poderia servir como um modelo para o desenvolvimento da abordagem unificada à gestão das várias comorbidades psiquiátricas que tem sido a regra e não a exceção.

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Resultados	Comentário
Bortolotti, B. (2008) ¹⁰ Itália <i>General Hospital Psychiatry</i>	Avaliar as evidências disponíveis atualmente sobre a eficácia de terapias psicológicas no tratamento de depressão na atenção primária comparadas ao cuidado clínico geral (GP) ou tratamentos médicos com antidepressivos.	Meta-análise <i>Estratégias de busca:</i> MEDLINE, EMBASE, PsycINFO e Cochrane Library electronic. <i>Critérios de inclusão:</i> Ensaios clínicos randomizados com pacientes recrutados na atenção primária, que preenchessem critério para depressão e que o estudo tivesse por objetivo comparar a psicoterapia com os cuidados clínicos gerais ou com tratamento farmacológico. <i>Critérios de exclusão:</i> Estudos que abordavam intervenções combinadas de psicoterapia e tratamento farmacológico.	As principais análises mostraram uma maior eficácia da intervenção psicológica sobre o cuidado médico habitual, tanto a curto prazo quanto a longo prazo. A comparação entre as formas de intervenção psicológica e o tratamento com antidepressivos não resultou em diferenças de eficácia, tanto a curto quanto a longo prazo.	Meta-análise que sugere a eficácia da terapia cognitiva na depressão tanto quanto os antidepressivos, mesmo a longo prazo, o que justifica sua adesão devido a manutenção da remissão de sintomas.

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Resultados	Comentário
Tolin, DF (2010)¹¹ USA <i>Clinical Psychology Review</i>	Investigar se a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) produz resultados superiores a outras formas de psicoterapia.	Meta-Análise <i>Estratégias de busca:</i> Medline e PsycINFO. <i>Crítérios de inclusão:</i> Ensaios clínicos randomizados que comparassem TCC com outra forma de psicoterapia e que fornecessem informações suficientes para calcular tamanhos de efeito. <i>Crítérios de exclusão:</i> Estudos que comparasse duas variantes da TCC.	Em geral, a TCC foi associada com menores escores em medidas de principais sintomas no pós-tratamento do que os tratamentos alternativos. Mantendo-se no <i>follow-up</i> de 6 e 12 meses. A superioridade da TCC é mais evidente para os pacientes com transtornos depressivos e de ansiedade. Foram observados pequenos efeitos, mas não significativos, favorecendo a TCC para o tratamento de sintomas comórbidos e melhoria na qualidade de vida.	Revisão atual que aponta a TCC como padrão-ouro no tratamento da depressão e da ansiedade. Além disso, mostra um pequeno efeito favorecendo a TCC no tratamento de sintomas comórbidos.

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Resultados	Comentário
Forand, NR (2011) ¹² USA <i>Cognitive Therapy And Research</i>	Foram realizados dois estudos que avaliaram o papel da ansiedade no início do tratamento na redução da depressão em terapia cognitiva para depressão maior.	Estudo 1: <i>Delineamento:</i> Ensaio Clínico <i>Participantes:</i> 57 pacientes ambulatoriais diagnosticados com depressão pela SCID. <i>Medidas:</i> BDI-II e BAI <i>Randomização:</i> Todos receberam terapia cognitiva (11 sessões em média) Estudo 2: <i>Delineamento:</i> Ensaio Clínico <i>Participantes:</i> 57 pacientes tratados no Instituto Beck pelo período de 3 anos, diferentes do estudo 1, e diagnosticados com depressão pela SCID. <i>Medidas:</i> BDI-II e BAI <i>Randomização:</i> Todos receberam terapia cognitiva não manualizada (média de 13 sessões)	Estudo 1: A média de remissão dos sintomas depressivos foi de 18,4 enquanto a média de remissão de sintomas ansiosos foi de 11,7. A redução da depressão foi maior em indivíduos ansiosos. Estudo 2: A média de remissão de sintomas depressivos foi de 12,6 enquanto a média de remissão de sintomas ansiosos foi de 8,8. A presença de certos sintomas fisiológicos de ansiedade foi associada com uma redução mais rápida na depressão durante as primeiras sessões.	Ambos os estudos encontraram remissão de sintomas ansiosos e depressivos após terapia cognitiva para depressão. Além disso, nos dois estudos foi encontrada associação entre ansiedade no início do tratamento e redução mais rápida da depressão.

4.3 Corpo da revisão

A prevalência de pacientes com problemas de saúde mental na prática clínica é elevada, e pelo menos um terço destes problemas dura seis meses ou mais. Estes pacientes ocupam mais tempo durante a consulta e retornam com mais frequência.¹³ Diante disso, tem-se estudado a eficácia de psicoterapias breves para os transtornos mentais, tendo em vista que a psicoterapia breve beneficia o paciente que terá o alívio dos sintomas em um tempo curto, bem como, os serviços de saúde que atenderão uma demanda maior. Na população jovem, os transtornos de humor e ansiedade aparecem como os transtornos mais prevalentes.^{1,2} Além disso, observa-se na literatura a alta ocorrência de sintomas ansiosos em indivíduos que apresentam depressão.⁷

Durante a psicoterapia, os pacientes com comorbidade podem ter uma resposta tardia ao tratamento e podem ter maiores taxas de atrito antes da conclusão da terapêutica, mas pouco se sabe sobre como ou por que isso acontece.⁸ Considerando que a presença de comorbidades gera complicações em intervenções de curto prazo e focadas, um estudo investigou o efeito da ansiedade comórbida em terapia cognitiva para depressão e seus achados demonstram que a maior parte dos pacientes teve uma melhora nos sintomas depressivos e ansiosos, contudo, escores mais altos de ansiedade, e a ansiedade como foco na sessão foram associados com menor remissão dos sintomas depressivos, evidenciando que a ansiedade comprometeu o tratamento para a depressão.⁸ Por outro lado, estudo que avaliou o papel da ansiedade na redução dos sintomas depressivos em terapia cognitiva para depressão, evidenciou que a redução dos sintomas depressivos foi maior em indivíduos com sintomas ansiosos, além disso, verificou que a presença de certos sintomas fisiológicos de ansiedade foi associada com

uma redução mais rápida de sintomas depressivos durante as primeiras sessões, corroborando que a ansiedade age como um fator positivo ao tratamento da depressão.¹²

Uma revisão sobre a eficácia da terapia cognitiva para a depressão sugere que a mesma é tão eficaz a curto prazo quanto outras psicoterapias, bem como quanto a farmacoterapia, e que pacientes tratados em psicoterapia cognitiva para depressão satisfazem critérios de recuperação após 12 ou 16 semanas de tratamento agudo.¹⁴ Em vista disso, tal estudo considera que a terapia cognitiva deve ser considerada como um tratamento de primeira linha para depressão.

Uma meta-análise que examinou o impacto da intervenção psicológica nos cuidados primários de depressão comparados com os cuidados usuais e tratamento farmacológico com antidepressivo, encontrou uma maior eficácia da intervenção psicológica sobre o cuidado médico habitual, tanto a curto quanto a longo prazo, tal achado demonstra que a remissão de sintomas é mantida a longo prazo, o que justifica a aderência às psicoterapias breves.¹⁰ Outra meta-análise de estudos randomizados comparando psicoterapias breves e cuidado médico habitual em pacientes adultos com ansiedade, depressão ou sintomas mistos de ansiedade e depressão tratados na atenção primária, mostra pequenos efeitos favorecendo a psicoterapia cognitivo comportamental breve sobre o cuidado médico habitual para depressão e sintomas mistos de ansiedade e depressão, enquanto demonstra um maior efeito para transtornos de ansiedade.⁶

Estudo comparando cuidados usuais em saúde com um tratamento baseado em evidências para transtornos múltiplos de ansiedade na atenção primária, demonstrou que para os pacientes com transtornos de ansiedade tratados em clínicas de cuidados primários, o tratamento baseado em evidências resultou em melhora dos sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, incapacidade funcional e qualidade de assistência

durante 18 meses de acompanhamento, percebendo uma manutenção na remissão dos sintomas.⁹

Com o objetivo de investigar se a Psicoterapia Cognitiva Comportamental (PCC) produz resultados superiores a outras formas de psicoterapia, uma meta-análise revelou que a PCC está associada a menores escores em medidas de principais sintomas do que outras intervenções alternativas após o tratamento, mantendo-se no follow-up de seis e doze meses. Sendo este dado mais evidente para os pacientes com transtornos depressivos e de ansiedade. Além disso, foram observados pequenos efeitos, mas não significativos, favorecendo a PCC para o tratamento de sintomas comórbidos e melhoria na qualidade de vida.¹¹

Estudos testando a eficácia da Psicoterapia Cognitiva Narrativa (PCN) ainda são escassos, contudo, um estudo desenvolvido para avaliar o impacto da psicoterapia cognitiva narrativa em sintomas depressivos e na qualidade de vida de pacientes com dispepsia funcional, relatou que a PCN foi capaz de promover melhora dos sintomas depressivos, qualidade de vida e sintomas somatoformes associados à dispepsia funcional.¹⁵

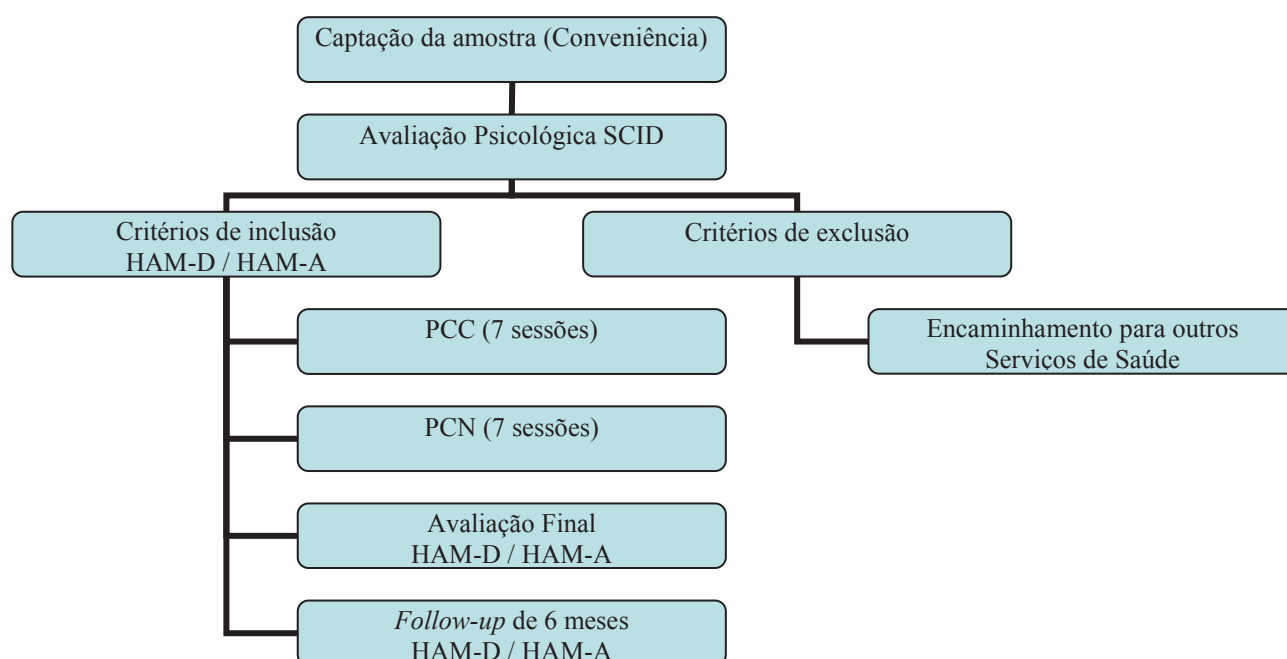
Diante disso, verifica-se que embora esteja clara a correlação entre os transtornos de depressão e ansiedade, a maioria dos ensaios clínicos atuais têm estudado apenas o transtorno em foco, e poucos analisam os sintomas comórbidos que poderão ter influência sobre o tratamento, demonstrando que são necessários mais estudos neste sentido.

5. MÉTODO

5.1 Delineamento

Trata-se de um ensaio clínico randomizado que faz parte de um estudo maior cujo objetivo é avaliar a eficácia de modelos de psicoterapias breves na remissão de sintomas depressivos em jovens, além disso, faz parte do estudo maior uma coleta de material biológico (soro) com o propósito de verificar alterações neuroquímicas no pré e pós-intervenção, bem como, no *follow-up* de seis e doze meses.

Figura 1: Logística do estudo



5.2 Participantes

Jovens de 18 a 29 anos de idade com sintomas depressivos foram convidados a participar de um estudo com psicoterapias breves. Assim, a amostra foi obtida por conveniência através da divulgação do estudo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS),

Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), escolas e meios de comunicação da cidade (jornais, sites, rádio e televisão).

5.2.1 Critérios de inclusão

Ter entre 18 e 29 anos de idade;

Apresentar diagnóstico clínico (SCID-CV) de depressão;

Aceitar a coleta de material biológico proposta pelo estudo.

5.2.2 Critérios de exclusão

Estar em tratamento psicológico ou psiquiátrico;

Apresentar risco de suicídio ou utilizar alguma substância psicoativa (exceto tabaco e álcool).

5.3 Cálculo de tamanho da amostra

Para o estudo maior, o cálculo de tamanho da amostra foi estimado através da fórmula de Pocock¹⁶ para ensaios clínicos. Para tal, considerou-se remissão de 50% dos sintomas depressivos nos jovens randomizados para TCC e 70% de remissão no grupo de TCN, com α (bidirecional) de 0,05 e β de 0,2. Assim, o n amostral necessário é de 90 pacientes.

Para o objetivo de correlacionar os sintomas ansiosos no *baseline* com a remissão de sintomas depressivos seis meses após a intervenção, estimando-se uma correlação moderada de $r=0.50$, com α (bidirecional) de 0,05 e β de 0,2 o n amostral necessário é de 29 pacientes, assim, para verificar o efeito dos sintomas ansiosos sobre a remissão de sintomas depressivos nos dois modelos de intervenção, seria necessário 29 pacientes em cada modelo, totalizando o n amostral de 58 pacientes.

5.4 Critério Diagnóstico – Depressão

Para o diagnóstico de depressão, foi utilizada a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – Structured Clinical Interview for DSM (SCID).¹⁷ A tradução e adaptação desta entrevista para o idioma português apresentam, em geral, boa confiabilidade, com coeficiente de Kappa excelente (0,87) para os transtornos de humor.¹⁷

5.5 Randomização

A randomização foi realizada por uma pessoa que não participa do processo de avaliação nem de intervenção psicoterapêutica, onde, a mesma sorteia papéis localizados dentro de um envelope pardo que indicam para qual o modelo de psicoterapia será alocado o participante do estudo. Os jovens que preencheram os critérios de inclusão foram randomizados entre dois modelos de intervenção breve: Psicoterapia Cognitiva Comportamental e Psicoterapia Cognitiva Narrativa.

5.6 Cegamento

A equipe responsável pela avaliação pré e pós-intervenção foi cega quanto ao modelo de intervenção aplicado, além disso, os participantes foram cegos quanto ao modelo de psicoterapia para o qual foram alocados.

5.7 Modelos de intervenção

Cada paciente que preencheu os critérios de inclusão no estudo recebeu sete sessões semanais com uma hora de duração, em algum dos modelos de intervenção descritos abaixo. A psicoterapia foi realizada no Hospital Universitário São Francisco

de Paula (HUSFP) por bolsistas de iniciação científica estudantes do último ano de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

5.7.1 Psicoterapia Cognitivo Comportamental

Estruturada de acordo com a proposta de Aaron Beck (1997)¹⁸, na qual cada sessão 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 feedback.

A primeira sessão tem como objetivo começar a entender os motivos dos comportamentos problemáticos. Primeiramente, explica-se ao paciente como funcionará o processo terapêutico. O objetivo da segunda sessão é realizar a devolução do material colhido; socializar o paciente na terapia cognitiva; educá-lo sobre seu transtorno, sobre o modelo cognitivo e sobre o processo da terapia. Monta-se um diagrama com a situação, pensamento e emoção ocorridos e mostra-se para o paciente. Em seguida é explicada a tarefa de casa ao paciente. Realiza-se o resumo final da sessão.

A 3ª, 4ª, 5ª e 6ª sessão são semelhantes. O objetivo destas é tomar consciência de sensações, emoções e pensamentos mediante a prática de exercício.

A sétima sessão tem como objetivo a avaliação das metas estabelecidas no processo terapêutico e prevenção da recaída. Ocorrerá a reavaliação das metas estabelecidas na segunda sessão com a finalidade de tornar o paciente terapeuta de si mesmo. Ainda nesta sessão, se reforça a participação do paciente em seus êxitos e se discute formas de prevenção futura.

5.7.2 Psicoterapia Cognitiva Narrativa

Estruturada a partir da proposição de Óscar Gonçalves da Universidade do Minho (Portugal)¹⁹, na qual a 1ª sessão tem por objetivos avaliar o funcionamento do paciente, apresentar os objetivos e a estrutura do processo terapêutico. Verificando as principais queixas, o funcionamento geral, a anamnese, tratamento médico-psiquiátrico, bem como a apresentação dos objetivos e métodos centrais do processo terapêutico. Na 2ª sessão, os objetivos são desenvolver uma atitude de recordação episódica e definir o início da recordação episódica através da vida, nesta sessão se explica a estrutura e objetivos da sessão, modela o trabalho de recordação, além de realizar um exercício de imaginação guiada através da vida, que será discutido para o trabalho de recordação.

A 3ª, 4ª, 5ª e 6ª sessão têm por objetivo introduzir e trabalhar os acontecimentos de vida que serão trabalhados nas diferentes sessões terapêuticas, além de proceder a recordação, objetivação, subjetivação, metaforização e projeção de um episódio ilustrativo de um acontecimento de vida. Enquanto a 7ª sessão é utilizada para a finalização do processo, que leva o paciente a avaliação dos resultados conquistados, dos momentos mais significativos do processo, assim como uma síntese de todo processo terapêutico e indicação de seguimento.

5.8 Medidas de desfecho

5.8.1 Severidade de sintomas ansiosos – HAM-A

Para avaliação dos sintomas ansiosos, foi utilizada a Escala de Ansiedade de Hamilton (1959), a qual compreende 14 itens. Para cada item, os valores são avaliados de acordo com a sua intensidade. O escore total é obtido pela soma dos valores

atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56.¹⁷ Indicando que quanto maior o valor, maior a severidade dos sintomas.

5.8.2 Severidade dos sintomas depressivos – HAM-D

Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada a Hamilton Depression Scale (HAM-D), um instrumento composto por 17 questões classificadas quantitativamente de acordo com a intensidade dos sintomas, cuja soma total dos pontos cria uma variável discreta, onde maiores escores implicam uma maior severidade dos sintomas.²¹ Os coeficientes de consistências interna variam de 0.83 a 0.94. A confiabilidade da escala entre os avaliadores tem sido consistente em vários estudos.²²

5.9 Seleção e treinamento de pessoal

O treinamento do estudo consistiu na apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos do estudo, assim como da leitura e discussão do manual do entrevistador, da entrevista diagnóstica padronizada breve e dos modelos de intervenção. O treinamento e calibração do uso de entrevistas clínicas estruturadas foi ministrado em conjunto pela equipe da instituição principal (UCPel) e do Laboratório de Psiquiatria Molecular da UFRGS. Os avaliadores são três psicólogos treinados para manusear a entrevista de acordo com os critérios do DSM-IV apresentados no SCID-CV.

Para o ensaio clínico, oito alunos do curso de Psicologia, bolsistas de iniciação científica na UCPel, foram treinados para a utilização dos protocolos de intervenção propostos, os mesmos recebem supervisão dos coordenadores do estudo com formação em psicologia membros do grupo de pesquisa do PPG em Saúde e Comportamento.

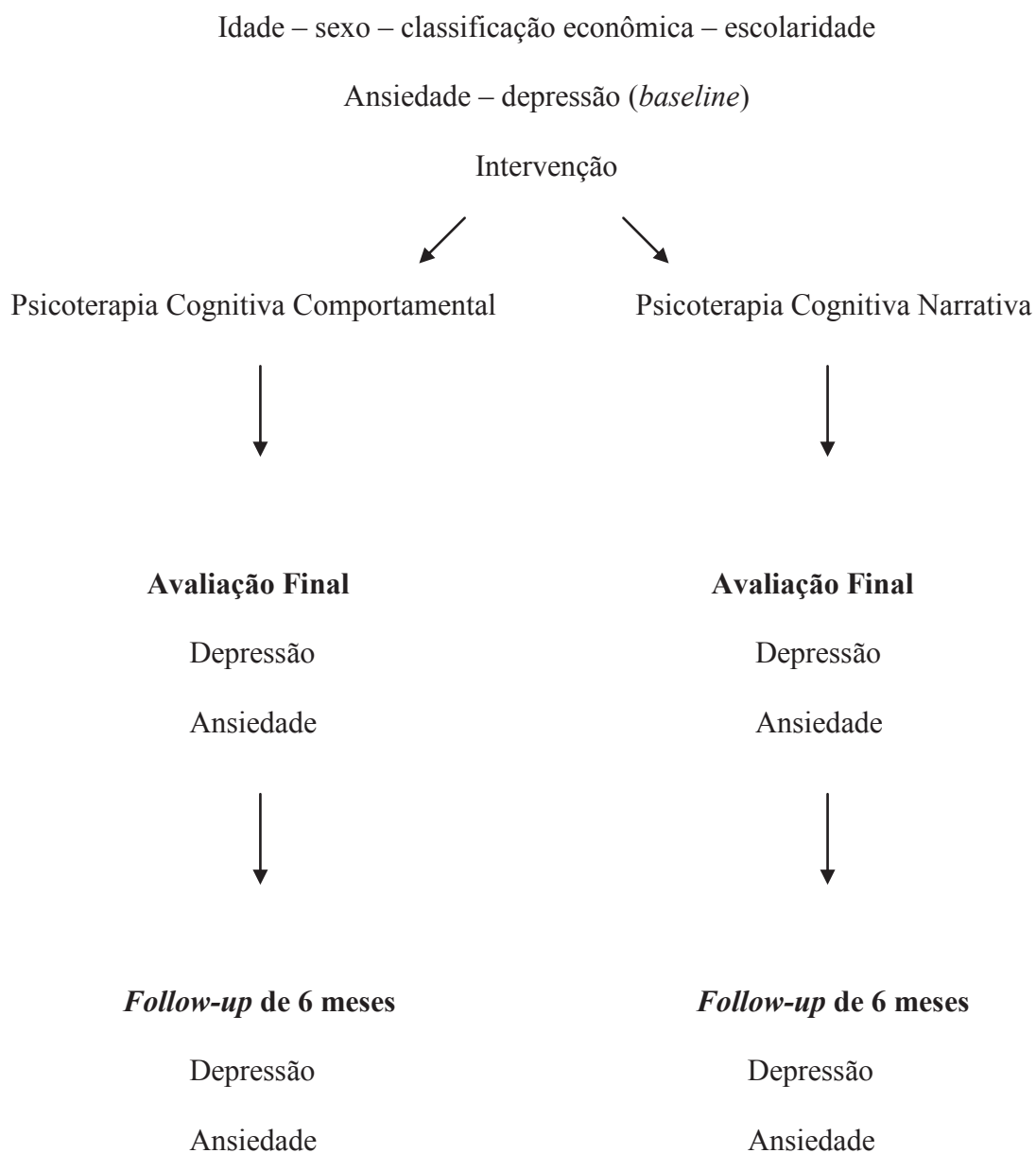
5.10 Estudo-piloto

O estudo piloto foi realizado com oito pacientes com idade entre 30 e 35 anos (idade não incluída no estudo), com o objetivo de inserir aspectos práticos e vivenciais ao treinamento, bem como testar a logística do estudo e promover as modificações necessárias.

5.11 Processamento e análise de dados

Após a codificação dos instrumentos de avaliação inicial, final e seis meses, os dados serão duplamente digitados no programa Epi-Info 6.04d com posterior checagem da consistência dos dados através do comando VALIDADE.

A análise dos dados será realizada no programa Stata 9, de acordo com o modelo apresentado a seguir. A apresentação das medidas de posição e dispersão da amostra será realizada de acordo com a distribuição dos sintomas ansiosos e depressivos na curva de Gauss. Se a distribuição for normal os dados serão apresentados por média e desvio padrão e a análise indutiva será processada através do teste t, ANOVA e correlação de Pearson. Caso contrário, os sintomas ansiosos e depressivos serão apresentados por medianas e intervalos interquartis, enquanto os testes de associações serão realizados por Wilcoxon rank-sum, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman.

Figura 1: Modelo teórico de análise.

5.12 Aspectos éticos

Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Os jovens receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um “Consentimento livre e esclarecido”. 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.

As pessoas que apresentarem risco de suicídio ou uso de substâncias psicoativas no decorrer do processo terapêutico serão encaminhadas para o ambulatório de psiquiatria do Campus Olivé Leite. Além disso, na avaliação realizada após a intervenção, aqueles que apresentarem sintomas depressivos também serão encaminhados para tratamento. O projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel sob número 2009/24.

5.13 Cronograma

Revisão de literatura – março de 2012 à março de 2013

Elaboração do projeto – março à julho de 2012

Treinamento de avaliadores e terapeutas – Abril à maio de 2010

Estudo piloto – junho de 2010

Avaliações iniciais – julho de 2010 à junho de 2012

Intervenções – julho de 2010 à agosto de 2012

Avaliações finais – agosto de 2010 à agosto de 2012

***Follow-up* de seis meses** – março de 2011 à fevereiro de 2013

Qualificação do projeto – agosto de 2012

Processamento dos dados – julho de 2010 à fevereiro de 2013

Análise dos dados – fevereiro à março de 2013

Redação do artigo – janeiro à março de 2013

Apresentação do artigo – março de 2013

5.14 Orçamento

Item	Valor individual	Valor total
Material de consumo		
Vale transporte para as avaliações e psicoterapia (16 por paciente)	R\$ 2,55	R\$ 3.672,00
Impressão de instrumentos de avaliação (14 paginas por paciente)	R\$ 2,80	R\$ 252,00
Livro utilizado na terapia cognitivo comportamental “O cão negro” (10 livros)	R\$ 9,90	R\$ 99,00
Pagamento de pessoal		
Terapeutas – 8 bolsas de iniciação científica (CNPq, FAPERGS e PIBIC/UCPel)	R\$ 360,00	R\$ 34.560,00
Psicólogas – 2 bolsas de mestrado CAPES	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00
TOTAL		R\$ 52.983,00

6. REFERÊNCIAS

1. Kessler R, et al. Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety* 2010; 27(4): 351–364
2. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(7):316-25.
3. Apóstolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depression, Anxiety and Stress in Primary Health Care Users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(2):348-53.
4. Moses EB, Barlow DH. A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science* 2006; 15:146–50.
5. Kupfer, DJ. DSM-5: Mixed Anxiety/Depression. American Psychiatric Association 2010.
6. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine* 2010; 8:38.
7. Graaf R, Bijl RV, Spijker J, Beekman ATF, Vollebergh WAM. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38:1–11.
8. Gibbons CJ, DeRubeis RJ. Anxiety Symptom Focus in Sessions of Cognitive Therapy for Depression. *Behavior Therapy* 2008; 39:117–25.

9. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ et al. Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care - A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2010; 303(19):1921-8.
10. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30:293–302.
11. Tolin, DF. Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2010; 30:710–20.
12. Forand, NR *et al.* Preliminary Evidence that Anxiety is Associated with Accelerated Response in Cognitive Therapy for Depression. *Cogn Ther Res* 2011; 35:151–60.
13. Schreuders B, van Marwijk H, Smit J, Rijmen F, Stalman W, van Oppen P. Primary care patients with mental health problems: outcome of a randomised clinical trial. *Br J Gen Pract* 2007; 57(544):886-91.
14. Strunk DR, DeRubeis RJ. Cognitive Therapy for Depression: A Review of Its Efficacy. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2001; 15(4): 289-97.
15. Silva RA. A efetividade da Psicoterapia Cognitiva Narrativa no tratamento da dispepsia funcional [Tese]. Braga (Portugal): Universidade do Minho; 2004.
16. Pocock SJ. *Clinical trials: a practical approach*. Chichester. John Wiley & Sons. 1983:123-141.
17. Del-Ben CM, Vilela AA, Crippa JAS, et. al. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev Bras Psiqu* 2001; 23(3):156-9.
18. Beck AT, Rush AJ, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre (RS):Artes Médicas. 1997.
19. Gonçalves ÓF. *Psicoterapia Cognitiva Narrativa, Manual de Terapia Breve*. Editorial Psy. 1998.

20. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 1959; 32:50–55.
21. Hamilton, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*.1967:278-296.
22. Moreno, R. A., & Moreno, D. H .Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998:1-17.

ANEXOS

Anexo – A: 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?

Com este estudo buscamos testar modelos de tratamento para pessoas com transtornos de humor. Para medir alterações bioquímicas prévias e pós-intervenção, será coletado sangue das pessoas com indicativo de transtornos de humor. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias em consequência do tratamento.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma coleta de sangue do seu braço, na qual será retirado 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.

Existem 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 de saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função dos transtornos de humor.

Itens importantes:

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 hospital.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem nenhum custo e de forma rápida. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos de humor, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora dos transtornos, 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. Informei 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 Karen Jansen pelos telefones: 81186112 – 21288404 ou Rita Silva pelo telefone: 21288328 – 84178817

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 - 81228378

Anexo – B: Hamilton Depression Scale (HAM-D)**1. HUMOR DEPRIMIDO** (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

- (0) Ausente
- (1) Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido
- (2) Sentimentos relatados espontaneamente com palavras
- (3) Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
- (4) Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente

2. SENTIMENTOS DE CULPA

- (0) Ausente
- (1) Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros
- (2) Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações
- (3) A doença atual é um castigo
- (4) Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. SUICÍDIO

- (0) Ausente
- (1) Sente que a vida não vale a pena
- (2) Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte
- (3) Idéias ou gestos suicidas
- (4) Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4)

4. INSÔNIA INICIAL

- (0) Sem dificuldades para conciliar o sono
- (1) Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora
- (2) Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- (0) Sem dificuldades
- (1) O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite
- (2) Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto p/ urinar)

6. INSÔNIA TARDIA

- (0) Sem dificuldades
- (1) Acorda de madrugada, mas volta a dormir
- (2) Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama

7. TRABALHO E ATIVIDADES

- (0) Sem dificuldades
- (1) Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos
- (2) Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade)
- (3) Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo)
- (4) Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda

8. RETARDO *(lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)*

- (0) Pensamento e fala normal
- (1) Leve retardo à entrevista
- (2) Retardo óbvio à entrevista
- (3) Entrevista difícil
- (4) Estupor completo

9. AGITAÇÃO

- (0) Nenhuma
- (1) Inquietude
- (2) Brinca com as mãos, com os cabelos, etc
- (3) Mexe-se, não consegue sentar quieto
- (4) Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- (0) Sem dificuldade
- (1) Tensão e irritabilidade subjetivas
- (2) Preocupação com trivialidades
- (3) Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
- (4) Medos expressos sem serem inquiridos

11. ANSIEDADE SOMÁTICA - *Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:*

- *Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;*
- *Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;*
- *Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Frequência urinária; Sudorese*

- (0) Ausente
- (1) Leve
- (2) Moderada
- (3) Grave
- (4) Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

- (0) Nenhum
- (1) Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen
- (2) Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

- (0) Nenhum
- (1) Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço
- (2) Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido (marcar 2)

14. SINTOMAS GENITAIS (*Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais*)

- (0) Ausentes
- (1) Leves

(2) Intensos

15. HIPOCONDRIA

(0) Ausente

(1) Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

(2) Preocupação com a saúde

(3) Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc

(4) Idéias delirantes hipocondríacas

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

- A - Quando avaliada pela história clínica

(0) Sem perda de peso

(1) Provável perda de peso associada à moléstia atual

(2) Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

(3) Não avaliada

- B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

(0) Menos de 0,5 Kg de perda por semana

(1) Mais de 0,5 Kg de perda por semana

(2) Mais de 1 Kg de perda por semana

(3) Não avaliada

17. CONSCIÊNCIA

(0) Reconhece que está deprimido e doente

(1) Reconhece a doença, mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc

(2) Nega estar doente

(8) Não está doente

Anexo – C: Hamilton Anxiety Scale (HAM-A)

- (0) ausência (1) intensidade ligeira (2) intensidade média
 (3) intensidade forte (4) intensidade máxima (incapacitante)

() HUMOR ANSIOSO

- inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade

() TENSÃO

- sensação de tensão, fatigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto

() MEDO

- de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito

() INSÔNIA

- dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores noturno

() DIFICULDADES INTELECTUAIS

- dificuldade de concentração, distúrbios de memória

() HUMOR DEPRESSIVO

- perda de interesse, humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce, depressão

() SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES)

- dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura

() SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS)

- visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos

() CARDIOVASCULARES

- taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio

() SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

- sensação de opressão, dispnéia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo

() SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

- dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzinamento, náuseas, vômitos, cólicas diarreias, constipação, perda de peso

() SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS

- micções freqüentes, urgência de micção, frigidez amenorréia, ejaculação precoce, ausência de ereção, impotência

() SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

- secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudação, vertigens, cefaléia de tensão

() COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA

- Geral: tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tiques, inquietação, respiração suspirosa.

- Fisiológico: eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm

**O impacto dos sintomas ansiosos na remissão de sintomas depressivos em
psicoterapias breves para depressão: *follow-up* de seis meses**

The impact of anxious symptoms in the remission of depressive symptoms in a clinical
trial for depression

Taiane de Azevedo Cardoso¹

Karen Jansen²

¹ Psicóloga, Mestranda em Saúde e Comportamento na Universidade Católica de Pelotas

² Doutora em Saúde e Comportamento, Professora da Universidade Católica de Pelotas

Autor correspondente:

Taiane de Azevedo Cardoso

Rua Félix da Cunha, 412 Pelotas - RS - Brasil CEP: 96010-000

Fone: +55 53 2128-8012 Fax: +55 53 2128-8298

taianeacardoso@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A literatura aponta alta ocorrência de sintomas ansiosos em indivíduos que apresentam depressão, este índice simultâneo sugere a importância de se estudar o impacto dos sintomas ansiosos no tratamento para depressão.

Objetivo: Avaliar o impacto dos sintomas ansiosos na remissão de sintomas depressivos em psicoterapias breves para depressão no *follow-up* de seis meses.

Método: Ensaio clínico randomizado com jovens de 18 à 29 anos que preencheram critério diagnóstico de depressão avaliado através da Structured Clinical Interview for DSM (SCID). Os sintomas depressivos foram avaliados através da Hamilton Depression Scale (HAM-D), enquanto os sintomas ansiosos foram avaliados através da Hamilton Anxiety Scale (HAM-A). Os protocolos de psicoterapia utilizados foram: Psicoterapia Cognitiva Narrativa (PCN) e Psicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC), ambos com sete sessões. Ao fim do tratamento, bem como, no *follow-up* de seis meses foi realizada uma avaliação com as escalas HAM-D e HAM-A.

Resultados: A amostra total contou com 97 pacientes distribuídos homogeneamente entre os protocolos de psicoterapia. Houve uma correlação moderada positiva significativa entre a severidade dos sintomas ansiosos no *baseline* e a remissão de sintomas depressivos no pós-intervenção ($r=0,444$ $p<0,001$), no entanto, no *follow-up* de seis meses a correlação não foi estatisticamente significativa ($r=0,181$ $p=0,164$). Houve remissão de sintomas ansiosos ($8,69\pm7,93$) e de sintomas depressivos ($6,38\pm5,40$) após as psicoterapias breves. A remissão dos sintomas ansiosos manteve-se no follow-up de seis meses ($7,59\pm8,31$; $p=0,228$) e o mesmo ocorreu para a remissão se sintomas depressivos ($6,48\pm5,04$; $p=0,879$).

Conclusão: A severidade dos sintomas ansiosos contribuiu para maior remissão de sintomas depressivos após psicoterapias breves em curto prazo. Contudo, a longo prazo, a severidade dos sintomas ansiosos não apresenta impacto sobre a remissão dos sintomas depressivos. As psicoterapias breves para depressão demonstram eficácia na remissão de sintomas ansiosos e depressivos.

Palavras-chave: Ensaio clínico randomizado, depressão, ansiedade, terapia cognitivo comportamental, terapia cognitiva narrativa, estudo de *follow-up*.

ABSTRACT

Introduction: The literature indicates high occurrence of anxiety symptoms in people who have depression, this index simultaneously suggests the importance of studying the impact of anxiety symptoms in treatment for depression.

Objective: To evaluate the impact of anxiety symptoms in remission of depressive symptoms in brief psychotherapies for depression at follow-up six months.

Methods: Randomized clinical trial with youth of 18 to 29 years old who met diagnostic criteria for depression assessed by the Structured Clinical Interview for DSM (SCID). Depressive symptoms were assessed using the Hamilton Depression Scale (HAM-D), while the anxiety symptoms were assessed using the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A). The protocols of psychotherapy used were: Cognitive Narrative Psychotherapy (CNP) and Cognitive Behavioral Psychotherapy (CBP), both with seven sessions. At the end of treatment and at follow-up six months an evaluation was made with the HAM-D and HAM-A.

Results: The sample included 97 patients divided evenly between the protocols of psychotherapy. There was a significant positive moderate correlation between the severity of anxiety symptoms at baseline and remission of depressive symptoms at post-intervention ($r = 0.444$ $p < 0.001$), while at follow-up six months not there was a significant correlation ($r = 0.181$ $p = 0.164$). There was remission of anxiety symptoms (8.69 ± 7.93) and depressive symptoms (6.38 ± 5.40) after the brief psychotherapies. The remission of anxiety symptoms remained at follow-up of six months (7.59 ± 8.31 , $p = 0.228$) and the same was true for the remission of depressive symptoms (6.48 ± 5.04 , $p = 0.879$).

Conclusion: The severity of anxiety symptoms contributed to greater remission of depressive symptoms after brief psychotherapies in the short term. However, in long

term, the severity of the anxiety symptoms has no impact on the remission of the depressive symptoms. The brief psychotherapies for depression demonstrate efficacy in the remission of depressive and anxious symptoms.

Keywords: Randomized clinical trial, depression, anxiety, cognitive behavioral therapy, cognitive narrative therapy, follow-up study.

INTRODUÇÃO

Os transtornos de humor e ansiedade têm apresentado alta prevalência na população adulto jovem. Um estudo multicêntrico encontrou prevalência de 20,5% de qualquer transtorno de humor e 38,4% de qualquer transtorno de ansiedade, ambos no último ano, em uma população de 18 à 34 anos de países em desenvolvimento.¹ Estudo epidemiológico realizado em São Paulo encontrou uma prevalência de 18,1% de transtorno depressivo ao longo da vida e 4,5% de transtorno depressivo no último mês, enquanto os transtornos de ansiedade apresentaram prevalência de 12,5% ao longo da vida e 6,0% no último mês.²

Estudos recentes têm demonstrado alta correlação entre transtorno depressivo e transtornos de ansiedade, sugerindo elevadas taxas de comorbidade entre tais transtornos.^{1,3} Devido às altas taxas de comorbidade, a atual divisão entre depressão e ansiedade tem sido discutida. Em vista disso, autores propõem que a extensa sobreposição entre transtornos de ansiedade e de humor se justifique por sua origem semelhante, que os autores denominam "síndrome de afeto negativo". Eles sugerem que ambos, sintomas de depressão e ansiedade, sejam expressões de uma mesma vulnerabilidade psicológica.⁴

Nesse sentido, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V), propõe uma classificação de episódio misto de ansiedade e depressão para o paciente que tem três ou quatro sintomas depressivos e estes estão acompanhados por estresse ansioso. Justificando a necessidade da adoção de uma abordagem terapêutica unificada.⁵

Há evidências de que a Psicoterapia Cognitiva é eficaz no tratamento da depressão e da ansiedade, contudo, pouco se sabe sobre a eficácia da mesma no tratamento da comorbidade entre ansiedade e depressão.⁶ Dentre as psicoterapias cognitivas, a psicoterapia cognitiva comportamental tem sido amplamente estudada e tem sua eficácia comprovada, no entanto, pouco se sabe quanto a eficácia da Psicoterapia Cognitiva Narrativa em tais transtornos. Apesar da relação causal entre sintomas ansiosos e depressivos ser inconsistente e não estar claro se são comorbidades ou apenas a sobreposição de sintomas como critério diagnóstico, observa-se na literatura a alta ocorrência de sintomas ansiosos em indivíduos que apresentam depressão⁷, este índice simultâneo sugere que na prática clínica a terapêutica ideal deveria abordar a remissão de ambos. Assim, este estudo tem por objetivo verificar o impacto dos sintomas ansiosos na remissão de sintomas depressivos após psicoterapias breves para depressão em um acompanhamento de seis meses.

MÉTODO

Participantes

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, cuja amostra foi captada por conveniência, ao passo que o estudo foi divulgado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e em meios de comunicação local. Foram incluídos no estudo jovens de 18 a 29 anos de idade, que apresentavam diagnóstico clínico de depressão unipolar segundo a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID).⁸ Não foram incluídos os jovens que estavam em tratamento psicológico ou psiquiátrico, aqueles que apresentavam risco de suicídio, que utilizavam alguma substância psicoativa (exceto tabaco e álcool) ou que o episódio depressivo era decorrente do transtorno bipolar.

As avaliações foram realizadas no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) por três psicólogas, devidamente treinadas e supervisionadas.

Intervenções

O manual de Psicoterapia Cognitiva Comportamental (PCC) foi estruturado de acordo com a proposta de Aaron Beck (1997). Tal modelo de psicoterapia propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas do paciente.⁹

O manual de Psicoterapia Cognitiva Narrativa (PCN) foi estabelecido a partir da proposição de Óscar Gonçalves da Universidade do Minho (Portugal), este modelo tem por objetivo reconstruir as narrativas pessoais, escrevendo uma nova biografia elaborada sobre as histórias de vida que perderam significado e se tornaram incoerentes. As novas narrativas e interpretações assim libertadas permitiriam a sua integração harmônica na trama unitária da história que cada um conta a si própria e na qual se reconhece.¹⁰

As duas intervenções foram realizadas durante sete sessões semanais com uma hora de duração, no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) por graduandas do último ano do curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), supervisionadas por psicólogos com formação específica nas intervenções propostas e prática clínica.

Objetivos

O objetivo principal deste estudo é correlacionar os sintomas ansiosos no *baseline* com a remissão de sintomas depressivos seis meses após a intervenção, tendo como hipótese que quanto maior a severidade dos sintomas ansiosos no *baseline*, menor a remissão de sintomas depressivos. Outro objetivo do estudo foi verificar a remissão de sintomas ansiosos nas Psicoterapias Cognitivas breves para depressão, e, a hipótese era que haveria remissão de sintomas ansiosos nas Psicoterapias Cognitivas breves para depressão. O último objetivo do estudo foi verificar a manutenção da remissão de sintomas ansiosos do pós-intervenção aos seis meses de término do tratamento, e, esperava-se que a remissão de sintomas ansiosos se mantivesse seis meses após o término do tratamento.

Medidas

Para avaliação dos sintomas ansiosos, foi utilizada a *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A), a qual compreende 14 itens. Para cada item, os valores são avaliados de acordo com a sua intensidade. O escore total é obtido pela soma dos valores atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56.¹¹ Indicando que quanto maior o valor, maior a severidade dos sintomas.

Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada a *Hamilton Depression Scale* (HAM-D), um instrumento composto por 17 questões classificadas quantitativamente de acordo com a intensidade dos sintomas, cuja soma total dos pontos cria uma variável discreta, onde maiores escores implicam uma maior severidade dos sintomas.¹² Os coeficientes de consistências interna variam de 0.83 a 0.94. A confiabilidade da escala entre os avaliadores tem sido consistente em vários estudos.¹³

Tamanho da amostra

Para calcular o tamanho da amostra, estimou-se uma correlação moderada de $r=0.50$, com α (bidirecional) de 0,05 e β de 0,2 e o n amostral necessário é de 29 pacientes.¹⁴

Randomização

A randomização foi realizada por uma pessoa que não participa do processo de avaliação nem de intervenção psicoterapêutica, onde, a mesma sorteava papéis localizados dentro de um envelope pardo que indicavam para qual o modelo de psicoterapia o participante seria alocado. Os jovens que preencheram os critérios de inclusão foram randomizados entre os dois modelos de intervenção breve: Psicoterapia Cognitiva Comportamental e Psicoterapia Cognitiva Narrativa.

Cegamento

A equipe responsável pela avaliação pré e pós-intervenção foi cega quanto ao modelo de intervenção, além disso, os participantes foram cegos quanto ao modelo de psicoterapia que receberam.

Análises estatísticas

Após a codificação dos instrumentos de avaliação inicial, final e seis meses, os dados foram duplamente digitados no programa Epi-Info 6.04d com posterior checagem da consistência dos dados através do comando VALIDATE.

A análise estatística foi realizada no programa Stata 9. Para verificar a homogeneidade da distribuição dos dados no *baseline* entre os modelos de intervenção, utilizou-se o teste qui-quadrado e teste t. Os dados de severidade e remissão dos sintomas ansiosos e depressivos foram apresentados por médias e desvio-padrão.

A severidade dos sintomas ansiosos e depressivos no *baseline* apresentou uma distribuição normal na curva de Gauss. Entretanto, o mesmo não ocorreu para a severidade e remissão dos sintomas no pós-intervenção e no *follow-up* de seis meses, mesmo neste caso, optou-se por analisar os dados através do teste t considerando que o mesmo é robusto para distribuições assimétricas.¹⁵ Por fim, foi realizado o teste de regressão linear simples para verificar a força de associação entre a severidade dos sintomas ansiosos no *baseline* e a remissão de sintomas depressivos no pós-intervenção e no *follow-up* de seis meses.

RESULTADOS

Fluxo de pacientes

Foram avaliados 282 indivíduos para serem incluídos no ensaio clínico, destes, 162 não preencheram os critérios de inclusão. A amostra elegível contou com 120 indivíduos (60 PCN e 60 PCC), no entanto, 23 jovens (PCN=9 e PCC=14) não iniciaram o tratamento, pois após a entrevista diagnóstica, ao serem chamados para a psicoterapia, não compareceram por pelo menos três vezes, sendo desligados do estudo e então excluídos da análise estatística. Assim, os dados do *baseline* foram analisados com um total de 97 pacientes (51 PCN e 46 PCC).

Ao longo do tratamento 23 pacientes (PCN=12 e PCC=11), referiam não ter mais tempo ou interesse na psicoterapia, além disso, em alguns casos, também foram desligados devido às suas inúmeras faltas. Os jovens que apresentaram risco de suicídio (PCN=1 e PCC=5) foram desligados do ensaio clínico, encaminhados para tratamento medicamentoso e o familiar responsável foi orientado sobre a situação de risco. Sendo assim, 68 (PCN=38 PCC=30) concluíram a psicoterapia e realizaram a avaliação final.

No *follow-up* de seis meses um paciente recusou-se a participar e 6 foram perdidas devido a mudanças de número de telefone ou endereço, impossibilitando o contato para a realização desta avaliação. Assim, 61 (PCN=35 PCC=26) realizaram a avaliação de *follow-up*. (Figura 1)

Recrutamento

Os participantes foram recrutados de junho de 2010 à março de 2012, enquanto as avaliações finais foram realizadas de agosto de 2010 à maio de 2012 e o *follow-up* de seis meses de fevereiro de 2011 à novembro de 2012.

Dados do *baseline*

A tabela 1 apresenta as características sócio demográficas da amostra no *baseline*, na qual se verifica que as variáveis sexo, idade, indicador econômico e escolaridade estiveram homogeneamente distribuídas entre os grupos de intervenção terapêutica PCC e PCN ($p>0,05$). (Tabela 1)

A tabela 2 apresenta os sintomas depressivos e ansiosos através de média e desvio-padrão entre os modelos de intervenção no *baseline*, pós-intervenção e *follow-up* de seis meses, onde se verifica que a média de sintomas depressivos no *baseline* e no *follow-up* de seis meses, bem como, a média de sintomas ansiosos no *baseline*, pós-intervenção e *follow-up* de seis meses estiveram homogeneamente distribuídas entre os dois grupos ($p>0,05$). No entanto, a média de sintomas depressivos pós-intervenção foi diferente entre os grupos, demonstrando uma menor média de sintomas depressivos após o tratamento com PCC ($p=0,018$).

As variáveis sexo, idade, indicador econômico e escolaridade não estiveram associadas à exposição nem ao desfecho, portanto, não foram consideradas fatores de confusão ao realizarmos a análise com as psicoterapias breves não mais tratadas separadamente.

O impacto dos sintomas ansiosos na remissão de sintomas depressivos

Houve uma correlação positiva moderada entre o escore de sintomas ansiosos no *baseline* e a remissão de sintomas depressivos após a intervenção, sendo que para cada ponto no escore da severidade dos sintomas ansiosos ocorreu um aumento de 0,4 pontos no escore da remissão de sintomas depressivos no pós-intervenção. No entanto, no *follow-up* de seis meses a correlação não foi estatisticamente significativa. (Tabela 3)

A Figura 2 apresenta a regressão linear entre os sintomas ansiosos no *baseline* e a remissão de sintomas depressivos após a intervenção e no *follow-up* de seis meses.

Remissão dos sintomas ansiosos e depressivos nas intervenções breves para depressão: pós-intervenção e *follow-up* de seis meses

A média da remissão dos sintomas ansiosos após as psicoterapias breves para depressão foi de $8,69 \pm 7,93$ e esta remissão se manteve no *follow-up* de seis meses demonstrando média de $7,59 \pm 8,31$ ($p=0,228$). Enquanto, a média da remissão de sintomas depressivos pós-intervenção foi de $6,38 \pm 5,40$ e esta remissão também se manteve no *follow-up* de seis meses com uma média de $6,48 \pm 5,04$ ($p=0,879$).

Na figura 3 é possível observar os escores médios de ansiedade e depressão nos três tempos de avaliação.

DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo correlacionar os sintomas ansiosos no *baseline* com a remissão de sintomas depressivos pós-intervenção, bem como, no *follow-up* de seis meses. Tendo como hipótese de que quanto maior a severidade dos sintomas ansiosos no *baseline* menor a remissão de sintomas depressivos no pós-intervenção e no *follow-up* de seis meses. Contudo, essa hipótese não foi confirmada e verificou-se que quanto maior a severidade dos sintomas ansiosos no *baseline* maior a remissão de sintomas depressivos em curto prazo, em contrapartida, em longo prazo a severidade dos sintomas ansiosos não apresentou impacto na remissão dos sintomas depressivos.

Um estudo que avaliou o efeito da comorbidade com ansiedade em pacientes deprimidos nos processos e resultados da terapia cognitiva encontrou que escores mais altos de ansiedade, assim como, o foco da sessão estar voltado para a ansiedade estiveram associados a uma menor remissão de sintomas depressivos.¹⁶ No entanto, Forand (2011) em um ensaio clínico com pacientes ambulatoriais diagnosticados com depressão verificou maior remissão de sintomas depressivos nos indivíduos com sintomas ansiosos¹⁷, achado similar ao presente estudo. Além disso, ele verificou que a presença de certos sintomas fisiológicos de ansiedade estava associada com uma rápida melhora dos sintomas depressivos nas primeiras sessões.¹⁷

Não há na literatura estudos que avaliem o impacto dos sintomas ansiosos na remissão de sintomas depressivos em longo prazo. No presente estudo verificou-se que não há impacto da ansiedade no tratamento para a depressão em longo prazo, a hipótese para este achado é que a severidade dos sintomas ansiosos durante o tratamento está ligada à gravidade do quadro depressivo, e esta severidade contribui com um alto nível de motivação para o tratamento o que leva à adesão às técnicas e maior remissão de

sintomas depressivos. Contudo, quando não estão mais em tratamento, a severidade dos sintomas ansiosos não influencia na remissão dos sintomas depressivos.

Atualmente, as psicoterapias cognitivas têm sido amplamente estudadas e estudos indicam sua eficácia para o tratamento de transtornos depressivos, bem como, de transtornos ansiosos. Porém, pouco se sabe sobre o efeito da psicoterapia cognitiva quando ocorre sobreposição de sintomas. Em vista disso, outro objetivo do presente estudo foi verificar a remissão de sintomas ansiosos nas Psicoterapias Cognitivas breves para depressão, tendo como hipótese que haveria remissão de sintomas ansiosos nas Psicoterapias Cognitivas breves para depressão e esta hipótese foi confirmada, ou seja, uma psicoterapia breve voltada para a depressão apresenta melhora de sintomas ansiosos. Nesse sentido, uma meta-análise de estudos randomizados comparando psicoterapias breves e cuidado médico habitual em pacientes adultos com ansiedade, depressão ou sintomas mistos de ansiedade e depressão tratados na atenção primária, encontrou pequenos efeitos favorecendo a psicoterapia cognitivo comportamental breve sobre o cuidado médico habitual para depressão e sintomas mistos de ansiedade e depressão, enquanto demonstrou um maior efeito para transtornos de ansiedade.⁶

Diante disso, cabe ressaltar que no presente estudo a psicoterapia cognitivo comportamental foi mais eficaz do que a psicoterapia cognitiva narrativa no que se refere à remissão de sintomas depressivos em curto prazo. A literatura confirma este dado, ao passo que, uma metanálise cujo objetivo foi investigar se a Psicoterapia Cognitiva Comportamental (PCC) produz resultados superiores a outras formas de psicoterapia, indicou que a PCC está associada a menores escores em medidas de principais sintomas do que outras intervenções alternativas após o tratamento, mantendo-se no *follow-up* de seis e doze meses. Sendo este dado mais evidente para os pacientes com transtornos depressivos e de ansiedade. Além disso, foram observados

pequenos efeitos, mas não significativos, favorecendo a PCC para o tratamento de sintomas comórbidos e melhoria na qualidade de vida.¹⁸

No que se refere à manutenção da remissão de sintomas ansiosos e depressivos, o presente estudo verificou manutenção da remissão de sintomas ansiosos e depressivos do pós-intervenção ao *follow-up* de seis meses. Achado similar é relatado por Ward (2000), o qual encontrou uma melhora significativa de sintomas depressivos após psicoterapia cognitivo comportamental e aconselhamento não-diretivo nos 4 e 12 meses de *follow-up* em um ensaio clínico randomizado para depressão.¹⁹

Em vista dos sintomas ansiosos e depressivos estarem fortemente ligados, não faz sentido avaliá-los separadamente²⁰ e discussões acerca desta temática têm sido consideradas. Em vista disso, a quinta edição do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais propõe uma nova classificação para pacientes que sofrem de sintomas depressivos e ansiosos ao mesmo tempo. Tal classificação é considerada o “transtorno misto de ansiedade e depressão” e será adotado para os casos em que o paciente tenha três ou quatro sintomas de depressão maior acompanhados de dois ou mais sintomas de ansiedade, tais como: preocupação excessiva e irracional, tensão motora e dificuldades de relaxar.⁵ A mensuração dos sintomas de forma integrada ainda não é viável em ensaios clínicos, pois não há uma escala que proponha avaliação de sintomas depressivos e ansiosos de forma integrada. Embora não se tenha essa medida, observa-se que as psicoterapias breves agem em ambos os sintomas.

Moses *et al* (2006) propõem uma abordagem de tratamento unificada, ao perceberem que o tratamento focado em uma patologia pode generalizar seus resultados para outras patologias. É coerente pensar em uma abordagem unificada diante destes resultados e ao se considerar que os transtornos de ansiedade e depressão sejam expressões de uma mesma vulnerabilidade biológica e psicológica.⁴

Este estudo contou com uma amostra jovem, com curto tempo de doença e sem tratamento prévio, restando a necessidade de se verificar o efeito da psicoterapia breve na remissão de sintomas ansiosos e depressivos em casos residuais. Não obstante, o estudo da eficácia de psicoterapias breves traz um forte benefício à população e à saúde pública, ao passo que as mesmas proporcionam rápida redução de sintomas e têm seu custo reduzido, o que torna possível sua implementação em políticas públicas de saúde mental.

Diante do exposto, verifica-se que a severidade dos sintomas ansiosos não comprometeu o tratamento que tinha como foco principal os sintomas depressivos, ao contrário, a severidade desta sintomatologia contribuiu para a melhora dos sintomas depressivos e, ainda, constatou-se que as psicoterapias cognitivas apresentaram remissão de sintomas tanto depressivos quanto ansiosos, mantendo-se no *follow-up* de seis meses. Estes achados têm grande relevância clínica, visto que, a sintomatologia acomete grande parte da população e há uma necessidade de propostas de tratamento unificado para transtorno misto de ansiedade e depressão que sejam acessíveis ao sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Kessler R, et al. Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety* 2010; 27(4): 351–364
2. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(7):316-25.
3. Apóstolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depression, Anxiety and Stress in Primary Health Care Users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(2):348-53.
4. Moses EB, Barlow DH. A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science* 2006; 15:146–50.
5. Kupfer, DJ. DSM-5: Mixed Anxiety/Depression. American Psychiatric Association 2010.
6. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine* 2010; 8:38.
7. Graaf R, Bijl RV, Spijker J, Beekman ATF, Vollebergh WAM. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38:1–11.
8. Del-Ben CM, Vilela AA, Crippa JAS, et. al. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(3):156-9.

9. Beck AT, Rush AJ, Emery G. Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre (RS):Artes Médicas. 1997.
10. Gonçalves ÓF. Psicoterapia Cognitiva Narrativa, Manual de Terapia Breve. Editorial Psy. 1998.
11. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 1959; 32:50–55.
12. Hamilton, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*.1967:278-296.
13. Moreno, R. A., & Moreno, D. H .Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998:1-17.
14. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a Pesquisa Clínica - Uma Abordagem Epidemiológica. *Artmed* 2008.
15. Kirkwood, BR; Stern JAC. *Essential Medical Statistics*. Wiley-Blackwell – 2ª edição 2003.
16. Gibbons CJ, DeRubeis RJ. Anxiety Symptom Focus in Sessions of Cognitive Therapy for Depression. *Behavior Therapy* 2008; 39:117–25.
17. Forand, NR *et al*. Preliminary Evidence that Anxiety is Associated with Accelerated Response in Cognitive Therapy for Depression. *Cogn Ther Res* 2011; 35:151–60.
18. Tolin, DF. Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2010; 30:710–20.
19. Ward, E *et al*. Randomised controlled trial of non-directive counselling,cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. *BMJ* 2000; 321:1383–8.

20. Beuke CJ, Fischer R, McDowall J. Anxiety and depression: Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review* 2003; 23:831–48.

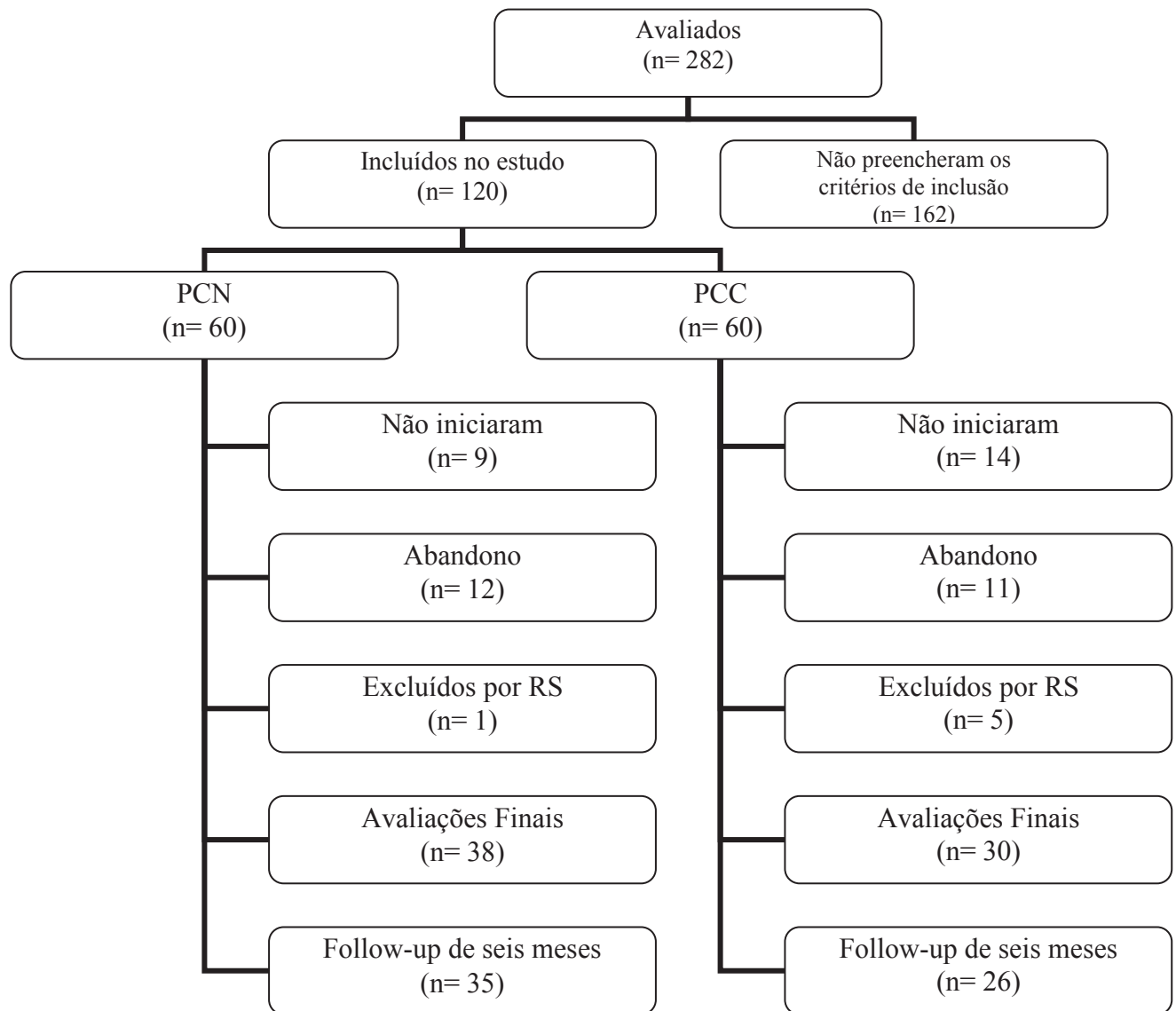
Figura 1: Fluxo de pacientes.

Tabela 1: Características sócio-demográficas entre os modelos de intervenção no *baseline*.

Variáveis	PCC	PCN	p-valor
Sexo			0,777
Feminino	34 (79,9%)	40 (78,4%)	
Masculino	12 (26,1%)	11 (21,6%)	
Idade	24,15 $\pm$ 3,52	23,63 $\pm$ 3,26	0,450
Indicador econômico (Tercis)			0,646
1 (mais baixo)	15 (35,7%)	14 (27,5%)	
2	12 (28,6%)	19 (37,3%)	
3 (mais alto)	15 (35,7%)	18 (35,3%)	
Escolaridade (anos de estudo)	12,48 $\pm$ 2,81	12,60 $\pm$ 3,39	0,849
TOTAL	46 (100%)	51 (100%)	----

Tabela 2: Média e desvio-padrão dos sintomas ansiosos e depressivos entre os modelos de intervenção no *baseline*, pós-intervenção e *follow-up* de seis meses.

Variáveis	PCC	PCN	p-valor
HAM- Depressão			
<i>Baseline</i>	11,87 ±3,89	12,00 ±3,25	0,859
Pós-intervenção	4,27 ±3,05	6,82 ±5,04	0,018
<i>Follow-up</i> de seis meses	4,69 ±3,82	6,20 ±4,82	0,178
HAM- Ansiedade			
<i>Baseline</i>	15,96 ±5,58	15,51 ±5,87	0,702
Pós-intervenção	5,80 ±5,47	8,39 ±5,84	0,064
<i>Follow-up</i> de seis meses	7,69 ±6,71	8,80 ±7,26	0,541

Tabela 3: Regressão linear entre a severidade dos sintomas ansiosos no *baseline* e a remissão de sintomas depressivos no pós-intervenção e no *follow-up* de seis meses.

	Correlação de Pearson (r)	Coeficiente de determinação (r ²)	Coeficiente de regressão (B)	p-valor
Pós-intervenção	0,444	19,7%	0,397 (0,200 – 0,594)	<0,001
<i>Follow-up</i> de seis meses	0,181	3,3%	0,154 (-0,064 – 0,372)	0,164

Figura 2: Regressão linear entre a severidade dos sintomas ansiosos no *baseline* e a remissão dos sintomas depressivos no pós-intervenção e no *follow-up* de seis meses.

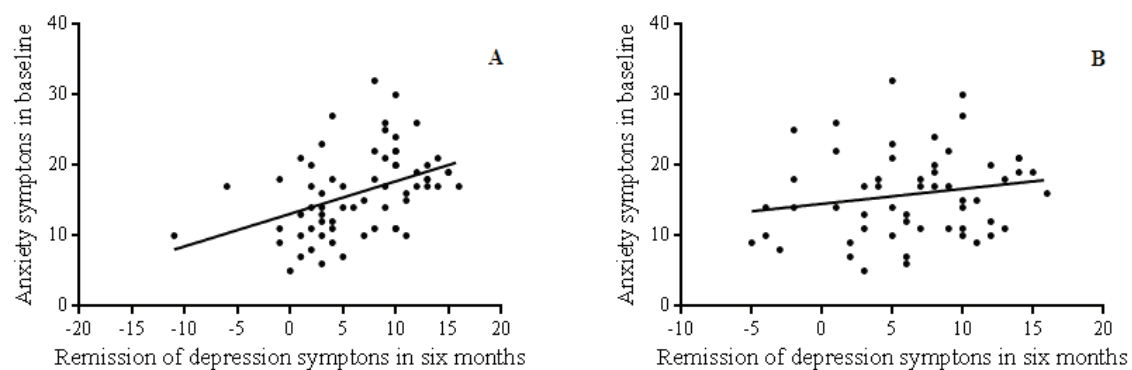


Figura 3: Severidade dos sintomas ansiosos e depressivos no *baseline*, pós-intervenção e *follow-up* de seis meses.

