

Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas

Cognitive-behavioral therapy in prevention of depression relapses and recurrences: a review

Alexander Moreira de Almeida e Francisco Lotufo Neto

Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Resumo **Objetivo:** Fazer um levantamento das teorias e revisar as evidências existentes sobre o papel da terapia cognitiva-comportamental (TCC) na prevenção de recaídas e recorrências de episódios depressivos.

Método: Revisão dos ensaios clínicos randomizados e controlados que investigam a eficácia da TCC na prevenção de recaídas e/ou recorrências depressivas. As bases de dados consultadas foram o Medline, Lilacs, Cochrane, Biosis e a Embase. Foram verificadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados, de artigos de revisão e de livros sobre o tema.

Resultados: Foram encontrados 15 estudos de desenhos heterogêneos e vários deles com problemas metodológicos. A maioria comparou o uso de TCC e antidepressivos apenas na fase aguda. Em 12 deles a TCC diminuiu a taxa de recorrência/recaídas de modo estatisticamente significativo. As publicações mais recentes apontam para a utilidade da TCC nos sintomas depressivos residuais como estratégia preventiva de recorrências.

Conclusões: A TCC mostrou-se eficaz na redução de recaídas depressivas, mas ainda precisam ser mais bem investigadas sua eficácia em relação ao uso de antidepressivos e qual estratégia de TCC (seu uso apenas na fase aguda, na fase aguda e manutenção, na manutenção após antidepressivo na fase aguda ou o enfoque nos sintomas residuais após antidepressivo na fase aguda) é mais eficaz para cada tipo de paciente.

Descritores Depressão. Prevenção. Terapia cognitiva-comportamental. Recaída. Recidiva.

Abstract **Objectives:** To revise theories and the available evidence about Cognitive Behavioral Therapy (CBT) role on the relapse and recurrence prevention of depressive episodes.

Methods: Review of random and controlled clinical trials that investigated CBT efficacy on the relapse and recurrence prevention of depressive episodes. The following databases were used: Medline, Lilacs, Cochrane, Biosis and Embase. The reference sections of the selected articles, review articles and specialized books were consulted.

Results: Fifteen studies with different experimental design were found, several with methodological problems. The majority of them compared CBT with antidepressants at the acute treatment phase. In 12 studies CBT significantly lowered the relapse/recurrence rate. Recent papers pointed to the CBT usefulness for treating residual depressive symptoms as a recurrence prevention strategy.

Conclusion: CBT was effective for the depression relapse reduction. Its relationship with antidepressants as a prevention tool and CBT strategies (using it only in the acute phase, or during acute and maintenance phases, or after antidepressants withdrawal as a maintenance treatment, or focusing residual symptoms) need to be better investigated.

Keywords Depression. Prevention. Cognitive therapy. Recurrence. Relapse.

Introdução

O impacto global da depressão maior (DM) tem sido grandemente subestimado. Em recente estudo promovido pelo Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde, "The Global Burden of Disease", ficaram evidentes os devastadores efeitos da DM em todo o mundo. A depressão foi a quarta maior causa de incapacitação, sendo responsável por mais de 10% dos anos vividos com incapacitação em todo o mundo. As projeções para as próximas décadas são que essas cifras se tornem ainda mais expressivas, apontando para a necessidade, entre outras medidas, da disponibilidade de terapias psicológicas seguras e efetivas.^{1,2}

Para a maioria das pessoas com DM, esta é uma enfermidade recorrente e crônica. Em um estudo prospectivo, 85% dos 380 pacientes recuperados de um episódio depressivo sofreram pelo menos uma recorrência durante os 15 anos de seguimento. Mesmo entre aqueles que permaneceram bem por cinco anos após o tratamento inicial, 58% apresentaram recorrência nos 10 anos seguintes.³

Um grande desafio que se tem colocado frente aos profissionais de saúde mental é a preservação do bem-estar após a recuperação de um episódio depressivo.⁴ Com tal fim, o antidepressivo (AD) eficaz na fase aguda é continuado por ao menos 20 semanas, sendo a fase de continuação, que tem por fim evitar uma recaída dentro do mesmo episódio depressivo. Caso o paciente tenha alto risco de apresentar novos episódios no futuro, é feito o tratamento de manutenção. Mas ainda são limitadas as informações que possam guiar a conduta do clínico no tratamento de manutenção. Não se sabe ao certo qual deve ser a duração dessa terapêutica que, muitas vezes, prolonga-se indefinidamente.^{5,6} O prosseguimento do uso de antidepressivos (AD) por tempo indeterminado traz uma série de problemas, como o custo, baixa aderência, efeitos colaterais (mesmo com as drogas mais novas, ex.: disfunções sexuais com inibidores seletivos da recaptção de serotonina), falta de estudos sobre as conseqüências a longo prazo do uso dessas medicações, entre outros.⁷

A presença de sintomas subsindrômicos de depressão parece ser um dos mais poderosos preditores de recorrência.³ Frank et al⁴ definiram remissão parcial como a melhora de magnitude suficiente para que o indivíduo não preencha mais os critérios para o transtorno, mas continue a apresentar mais que sintomas mínimos. A remissão parcial é estimada ocorrer em aproximadamente 30% dos pacientes que receberam tratamento AD adequado e pode aumentar o risco de novos episódios depressivos e afetar o desempenho social e laborativo. A resposta parcial é vista por alguns autores como uma forma de resistência ao tratamento,⁸ o que levanta questões de qual seria a abordagem mais adequada (continuação da medicação, farmacoterapia mais agressiva e/ou psicoterapia?). O que tem emergido da literatura atual é a necessidade de se buscar a remissão completa como um objetivo primordial da terapêutica antidepressiva.⁹

Dentro da atual percepção de que a DM para a grande maioria dos pacientes é uma condição recorrente, tem sido levantada a questão de que a capacidade de uma intervenção prevenir o re-

torno dos sintomas após o término do tratamento pode ser ao menos tão importante quanto sua capacidade de tratar o episódio atual. Não há evidências de que a farmacoterapia forneça qualquer proteção contra o retorno de sintomas após a sua suspensão. Defensores das intervenções psicossociais argumentam que a psicoterapia provê ganhos permanentes, que persistem à descontinuação das sessões e reduz os riscos subseqüentes.¹⁰

Uma modalidade de psicoterapia que tem recebido bastante atenção nas últimas décadas é a terapia cognitiva-comportamental (TCC). A teoria cognitiva defende a existência de um transtorno do pensamento no cerne das síndromes psiquiátricas como depressão e ansiedade. Esse transtorno se refletiria em um modo distorcido de interpretar as diversas situações do cotidiano, que determinaria sentimentos e comportamentos disfuncionais. A avaliação realista e modificação dos pensamentos distorcidos resultariam numa melhora do humor e do comportamento. A melhora duradoura resultaria da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes.¹¹ Beck et al¹² definem terapia cognitiva como uma abordagem estruturada, ativa, diretiva, limitada no tempo, para tratar alguns transtornos psiquiátricos, lidando com as cognições que o indivíduo apresenta. Apesar da TCC ter mostrado considerável sucesso no tratamento agudo da depressão,¹³ ainda restam dúvidas sobre sua eficácia profilática a longo prazo.

O objetivo do presente trabalho é investigar as evidências existentes sobre o papel da TCC na prevenção de recaídas e recorrências de episódios depressivos.

Método

Buscou-se identificar todos os ensaios clínicos aleatorizados que avaliassem a eficácia da TCC na prevenção da recaída ou recorrência depressiva em comparação com algum grupo controle. As bases de dados consultadas foram o Medline, Biosis, Cochrane, Lilacs e a Embase, para publicações até maio de 2002, cruzando as seguintes palavras-chave: *cognitive therapy, prevention, depression, relapse e recurrence*. Também foram verificadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados, de artigos de revisão e de livros sobre o tema. Todos os artigos que não preenchem os critérios de inclusão foram excluídos. Ao todo foram encontrados 15 ensaios clínicos controlados e randomizados.

Devido à heterogeneidade de desenhos, não foi possível a realização de uma meta-análise. Duas informações principais foram extraídas das publicações: a metodologia e a taxa de recaída/recidiva nos grupos recebendo TCC e no controle. Procurou-se identificar as limitações metodológicas dos estudos, bem como a eficácia da TCC na prevenção de recaídas/recorrências depressivas.

Para o levantamento da "teoria cognitiva para a recidiva depressiva e sua prevenção", foram consultadas as publicações identificadas pelo procedimento acima.

Teoria cognitiva para a recidiva depressiva e sua prevenção

Beck¹² sugere que a psicoterapia, a longo prazo, seria mais benéfica que a farmacoterapia, já que o paciente aprenderia com sua experiência psicoterapêutica. Aprenderia a monitorar,

testar na realidade e modificar padrões estereotipados de pensamentos negativos. Assim, seriam desenvolvidas novas formas de pensar sobre si mesmo e sobre o mundo. Tais habilidades permitiriam lidar mais eficazmente com as depressões posteriores, abortar depressões incipientes, e, possivelmente, até mesmo prevenir novas depressões. Para se atingir tal mister, faz-se imprescindível deixar claro o caráter pedagógico da terapia cognitiva. A fim de que o paciente incorpore as técnicas cognitivo-comportamentais ao seu repertório de habilidades de enfrentamento, são sugeridos alguns passos:

- Desde o início, frisar que a terapia é de tempo limitado, já que o objetivo é ensinar ao paciente como lidar por si mesmo com seus problemas psicológicos.
- Desmistificar a crença no “poder mágico” da terapia, explicitando as técnicas que trouxeram melhora ao paciente e buscando generalizar sua aplicabilidade a diversas outras situações no futuro.
- Atribuir ao paciente os progressos alcançados, estimulando a independência e autoconfiança.
- Ao longo da terapia, o paciente deve desempenhar um papel cada vez mais ativo.

A meta da terapia cognitiva é facilitar a remissão da DM e ensinar ao paciente a ser seu próprio terapeuta. Um terapeuta que se vê responsável por ajudá-lo com cada problema arrisca gerar ou reforçar uma dependência e priva-o da oportunidade de testar e fortalecer suas próprias habilidades.¹¹

Um outro ponto crucial a fim de evitar recaídas no futuro é a discussão com o paciente de sua conceituação cognitiva. Esta se constitui numa tentativa de esquematizar o funcionamento cognitivo de um indivíduo. Inicia-se nas crenças centrais (convicções básicas que desenvolvemos sobre nós mesmos e o mundo) e descreve o modo como elas determinam os pensamentos, sentimentos e comportamentos. Especial atenção deve ser dada à reestruturação das crenças centrais disfuncionais. Já que as crenças centrais são as bases sobre as quais se desenvolvem os pensamentos automáticos (que são as interpretações imediatas que fazemos de nossas experiências) que, por sua vez, influenciam as emoções da pessoa.¹¹ Eventos vitais negativos têm maior chance de desencadear sintomas ou recidivas depressivas se forem relacionados com as crenças disfuncionais centrais dos pacientes.^{14,15} A diminuição da vulnerabilidade a futuros episódios se daria pelo enfraquecimento dos pressupostos fundamentais nos quais o pensamento depressivo se baseia. A contestação das crenças centrais e sua substituição por outras mais realistas e funcionais geralmente demandam um trabalho persistente, pois muitas vezes são crenças muito enraizadas.¹⁶

Na prevenção de recaídas, um aspecto merece ser mencionado: evitar o encerramento prematuro quando houve alívio rápido dos sintomas após poucas sessões. Essa melhora precoce pode se dever a inúmeros fatores que não a ação dos componentes específicos da terapia cognitiva. Na maioria dos casos, o encerramento prematuro é desaconselhável, pois os fatores psicológicos que predisuseram o paciente à depressão não terão sido explicitados e/ou modificados. A frequência e a gravidade das recaídas seriam reduzidas quando o período inicial da terapia fosse complementado através do espaçamento progressivo do

número de sessões, até poderem ser programadas sessões de reforço uma a duas vezes ao ano que darão ao paciente a possibilidade de continuar a consolidar os ganhos feitos na terapia.¹²

É importante que o paciente saiba lidar com um possível retorno dos sintomas depressivos para que eles não evoluam para um novo episódio depressivo. Pacientes que respondem à recorrência de sintomas depressivos com ruminacões sobre esses sintomas e suas implicações têm maior risco de recaída.¹⁷ Recentemente, Teasle et al^{18,19} têm investigado os mecanismos que mediarão a prevenção de recaídas pela TCC. Os achados não têm endossado a clássica visão de que o efeito preventivo se daria através da modificação de crenças disfuncionais. Um fator que tem emergido das investigações é a “Consciência Metacognitiva” ou “Metacognitive Awareness”. Este conceito envolve um funcionamento cognitivo em que pensamentos/sentimento negativos são vivenciados como eventos mentais e não como a expressão da realidade. O indivíduo tenderia a não aceitar automaticamente os pensamentos negativos (geralmente extremos, absolutistas e dicotômicos, em termos de “tudo ou nada”) que surgem durante períodos de disforia e estresse. Ao aumentar a “consciência metacognitiva”, a TCC ensinaria o paciente a lidar de modo mais saudável com os sintomas depressivos e as situações problemáticas, evitando a espiral depressiva que conduziria à recaída. Esse parece ser um campo promissor para desvendar o mecanismo de ação da TCC.

Uma outra tática na prevenção de recaídas depressivas pela TCC que vem se destacando na última década é o tratamento dos sintomas depressivos residuais. Esse enfoque se baseia no fato de que os sintomas residuais se assemelham aos sintomas prodromáticos da DM²⁰ e que os prodromos da recaída depressiva tendem a espelhar os do episódio inicial.²¹ A TCC poderia agir nos sintomas residuais que progridem para se tornarem sintomas prodromáticos de recaída.²² A ansiedade e a irritabilidade têm se mostrado como importantes alvos desse tipo de abordagem.^{20,23}

Evidências fornecidas pelos ensaios clínicos

Há duas décadas vêm sendo desenvolvidos estudos avaliando a eficácia da TCC na prevenção do retorno de episódios depressivos. Durante esse período, as pesquisas têm aprimorado seus métodos, fornecendo evidências de maior peso. Alguns dos problemas têm sido amostras pequenas, grupos heterogêneos de pacientes, desenhos naturalísticos, avaliações apenas semestrais, não distinção entre recaída e recorrência e a falta de tratamento AD de continuação nos grupos controle. A parada da medicação logo após a fase aguda não reflete a prática clínica de uso do tratamento de continuação,⁵ favorecendo altos índices de recaída nos primeiros meses de seguimento.^{10,24}

A maioria dos trabalhos não distingue recaída de recorrência, ou seja, se o retorno dos sintomas ocorre dentro do mesmo ou de um novo episódio depressivo. Há a falta de uma operacionalização destes conceitos. Klerman²⁵ propôs um critério, mas que ainda dá margem a dúvidas. A recaída seria o retorno dos sintomas depressivos dentro de até seis a nove meses após o início do episódio índice, implicando que o retorno dos sintomas é parte deste episódio. A recorrência seria o retorno sintomatológico após um período livre de sintomas de ao me-

nos seis a 12 meses, indicando que esses sintomas se constituiriam num novo episódio.

Para facilitar a análise, os estudos foram agrupados de acordo com semelhanças em seu desenhos.

TCC na fase aguda para prevenção de recaída depressiva em comparação ao uso do AD apenas na fase aguda

Nove ensaios clínicos compararam o uso por curto período da TCC versus AD com seguimento por um a 2,25 anos.^{10,24,26-}

³² Todos, com exceção de Beck et al,²⁷ apontaram para um menor índice de recaídas após a TCC em relação aos AD. Entretanto, nos trabalhos de Kovacs et al²⁶ e de Shea³², essa diferença não alcançou significância estatística (Tabela). Apesar desses estudos sofrerem da maior parte das limitações metodológicas supracitadas, são bastante sugestivos de um efeito superior da TCC na fase aguda na prevenção de recaída depressiva em relação ao AD apenas na fase aguda. Esses achados apontam para um efeito protetor da TCC que perdura depois de seu término, o que não parece ocorrer com os AD. Mas é importante enfatizar que a retirada do AD logo após a fase aguda (dois a três meses) não reflete a prática clínica corriqueira. Vários outros ensaios clínicos foram desenvolvidos segundo um método mais rigoroso e buscando uma maior aproximação com a realidade terapêutica.

TCC na fase aguda X AD fase aguda+continuação

Evans et al¹⁰ descreveu uma avaliação de dois anos de pacientes tratados em uma comparação controlada de imipramina versus TCC isoladamente ou associados. Foram excluídos os pacientes que não apresentaram resposta inicial a qualquer um dos tratamentos. Um dos braços do estudo envolveu o uso do AD por um ano. Dos pacientes que realizaram TCC por 12 semanas, 18% recaíram, contra 50% dos que receberam imipramina por três meses e 32% dos que a receberam por 12 meses. Esse foi o primeiro trabalho a apontar que a TCC pode ser ao menos tão eficaz quanto o tratamento AD de continuação.

Gloaguen et al¹³ tentaram fazer uma meta-análise dos estudos de prevenção de recaída depressiva com TCC, mas devido ao pequeno número de publicações, variação no desenho e no tempo de seguimento, foi possível realizar apenas uma simples comparação do percentual de recaídas após TCC ou AD. Em média, 29,5% dos pacientes tratados com TCC recaíram no período de um a dois anos versus 60% daqueles tratados com AD. Os autores concluíram que a TCC demonstrou um efeito de prevenção de recaídas que excedeu o dos AD, mas advertem que seriam necessários mais estudos enfocando diretamente a questão.

Nos trabalhos até então desenvolvidos, o que se realizou foi, geralmente, apenas um seguimento dos pacientes que foram tratados com TCC na fase aguda. Os estudos que citaremos adiante foram desenhados especificamente para a avaliação da prevenção e adotaram diferentes estratégias terapêuticas.

TCC de manutenção X AD manutenção em depressão recorrente

Blackburn & Moore³³ investigaram por dois anos pacientes

com ao menos um episódio prévio de depressão, divididos em três tratamentos: manutenção de AD, TCC na fase aguda e mensalmente como manutenção e o último grupo recebeu AD na fase aguda e TCC de manutenção. Eram pacientes que, em sua maioria, apresentavam depressão moderada a grave e estavam em média no seu 3º episódio. Não houve diferença significativa estatisticamente na taxa de recaídas entre os três grupos ao fim de 24 meses (31% para manutenção com AD, 36% para AD na fase aguda e TCC de manutenção e 24% para TCC aguda e de manutenção). Este foi o primeiro trabalho que investigou o uso de uma sessão de TCC mensal como tratamento de manutenção e apontou para uma eficácia semelhante à manutenção com AD.

TCC para sintomas residuais

Os três estudos a seguir investigaram o efeito da abordagem, com TCC, de sintomas residuais de depressão tratada com AD. Fava et al,^{5,20,34} em estudo prospectivo por seis anos, avaliou o impacto da TCC para sintomas residuais de depressão (principalmente irritabilidade e ansiedade). Todos os pacientes receberam AD na fase aguda, que foi descontinuado, e depois foram divididos em dois grupos: manejo clínico ou 10 sessões TCC. Após seis anos, 50% dos pacientes no grupo TCC e 75% no grupo controle recaíram. A diferença entre as taxas de recaída, apesar de terem sido significativas estatisticamente até os quatro anos de seguimento, esteve próxima da significância estatística ($p=0,06$) ao final dos seis anos. Essa falta de significância pode ter se devido ao pequeno tamanho da amostra. Entretanto, o grupo de TCC teve significativamente ($p<0,05$) menos novos episódios depressivos (média =0,80) que o grupo controle (média =1,70). Os autores defendem um modelo de psicoterapia para depressão “estágio-orientada”. Propõem que a TCC seja iniciada após o tratamento agudo com AD para aqueles pacientes que apresentam sintomas residuais (grande maioria). Essa abordagem demonstrou-se eficaz em reduzir os sintomas residuais e o número de novos episódios. Outras vantagens seriam que alguns pacientes (12% no referido estudo) não precisariam de psicoterapia e que a duração da TCC para aqueles com sintomas residuais pode ser menor que a usual (10 sessões contra 16 a 20).

Em 1998, Fava et al³⁶ publicaram um outro estudo em pacientes com depressão recorrente, definida como a ocorrência de pelo menos três episódios prévios. Após receberem AD por três a cinco meses, os pacientes tiveram medicação gradualmente descontinuada e foram aleatoriamente distribuídos em

Tabela - Estudos comparando TCC e antidepressivos apenas na fase aguda.

Estudo	Anos de seguimento	TCC - recaída	Controle - recaída
Kovacs (1981)	1	35% (n=19)	56% (n=25)
Beck (1985)	1	45% (n=18)	18% (n=15)
Simons (1986)*	1	12% (24)	66% (n=24)
Blackburn (1986)*	2	21% (14)	78% (10)
Miller (1989)*	1	46% (14)	82% (17)
McLean (1990)*	2,25	36%	72%
Bowers (1990)*	1	20% (10)	80% (10)
Evans (1992)*	2	21% (10)	50% (10)
Shea (1992)	1.5	36% (22)	50% (18)

*Estudos que alcançaram significado estatístico.

dois grupos: manejo clínico ou 10 sessões de TCC com três componentes (TCC para sintomas residuais, modificação do estilo de vida e terapia do bem-estar). Com a TCC houve diminuição significativa ($P < 0,001$) dos sintomas residuais e a taxa de recaída em dois anos foi de 25% comparada com 80% no grupo de manejo clínico. O pequeno número de pacientes avaliados (40) e o desenho semi-naturalístico constituem-se em limitações na generalização desses achados.

Teasdale et al³⁷ publicaram um trabalho semelhante, envolvendo 145 pacientes com depressão recorrente que já haviam terminado o uso de AD e não estavam em um episódio depressivo. O grupo que recebeu uma forma modificada de TCC (Mindfulness-based cognitive therapy), enfocada na “consciência metacognitiva”, teve a taxa de recaídas reduzida quase 50% em relação ao grupo que teve seguimento clínico convencional.

O ensaio clínico de Paykel et al³⁸ apresenta um delineamento bastante elegante: 158 pacientes em uso de AD e com sintomas depressivos residuais de moderada intensidade foram aleatoriamente distribuídos para receber TCC por 20 semanas ou manejo clínico. Após essa fase, os pacientes foram seguidos por um ano. O AD foi mantido em todos os pacientes durante todo o estudo. Apesar de poucos pacientes terem atingido remissão (13% no grupo controle e 25% no grupo TCC), a diferença foi estatisticamente significativa ($P = 0,03$). O resultado mais importante foi a diminuição em 47% na taxa de recaídas em 17 meses pela TCC em comparação com o manejo clínico (45% no manejo clínico contra 29% no grupo TCC, $P = 0,02$), a despeito da manutenção com AD. Esse estudo foi o primeiro a sugerir que a TCC pode ter efeito aditivo ao AD de manutenção na prevenção de recaídas. Esse trabalho de Paykel et al³⁸ deu origem a dois outros¹⁸⁻⁹ que investigaram o mecanismo pelo qual a TCC previne a recaída depressiva e que foram citados na seção de Mecanismos. Em resumo, esses artigos apontam para a importância da mudança no modo como o paciente lida com os seus pensamentos disfuncionais desencadeados por disforia e situações estressantes. Ou seja, passa a encará-los como interpretações e não como a expressão absoluta da realidade. Sugerem que a TCC preveniria recaídas ao aumentar a “metaconsciência cognitiva”.

A investigação publicada mais recentemente³⁹ procurou identificar quais pacientes com depressão recorrente se beneficiariam da continuação da TCC após o tratamento agudo da depressão. Os pacientes que responderam positivamente a 20 sessões de TCC ($n = 84$), foram aleatoriamente separados entre um grupo de seguimento clínico e outro para receber TCC de continuação por oito meses, enfocando os sintomas residuais e manutenção das habilidades adquiridas na fase aguda do tratamento. Durante esses oito meses, o grupo de continuação apresentou menores taxas de recidivas (10%) que o grupo controle (31%) ($p = 0,02$). Num seguimento total de 24 meses após a TCC de fase aguda, o acréscimo da TCC de continuação diminuiu as recaídas apenas entre os pacientes com maior risco {início do transtorno depressivo antes dos 18 anos [16% (TCC aguda + continuação) vs 67% (TCC aguda), $p = 0,009$] ou remissão instável ao final da fase aguda [37% (TCC aguda+continuação) vs 62% (TCC aguda), $p = 0,02$]}. Para os pacientes que não possuíam um desses fatores de ris-

co, a continuação da TCC não trouxe benefícios adicionais.

Conclusões

As evidências atualmente disponíveis apontam para um papel da TCC na prevenção de recidivas depressivas. Esses dados colocam em questão o uso de AD de manutenção como única opção na prevenção de recaídas e recorrências depressivas, indicando que a TCC parece ser uma abordagem promissora para futuros estudos.

A TCC mostrou-se eficaz na prevenção de recaídas (mesmo episódio) ainda que em pacientes com DM recorrente.^{33,36,39} Parece não haver mais necessidade de estudos que simplesmente acompanhem os indivíduos que realizaram TCC aguda para DM, pois ela se mostrou mais eficaz na prevenção de recaídas depressivas que o uso de AD apenas na fase aguda (que não reflete a prática clínica, pois o AD é usualmente mantido na fase de continuação).

Entretanto, deve-se ressaltar que os pacientes estudados geralmente não apresentavam distímia ou outra comorbidade psiquiátrica. Outro ponto que pode comprometer a generalização desses achados para a prática clínica se deve ao fato de que as sessões de TCC foram aplicadas por terapeutas com grande experiência na técnica.

A diversidade dos desenhos dos estudos dificulta a replicação de resultados de estudos anteriores. Entretanto, as evidências parecem apontar para certas conclusões, a necessitarem de confirmações posteriores. São necessários mais estudos para verificar se ocorre a replicação dos achados em que a TCC pareceu ser tão eficaz na prevenção de recidivas e recorrências quanto à continuação ou manutenção com AD. A abordagem dos sintomas residuais de depressão pode ser uma estratégia promissora na prevenção da depressão. Talvez os pacientes com depressão recorrente sob maior risco (início precoce dos episódios e melhora instável ao final da fase aguda) tenham maior indicação de uma continuação com TCC após o tratamento agudo.

Uma das questões mais importantes que precisam ser respondidas diz respeito a qual abordagem de TCC é mais eficaz na prevenção ou se cada uma é mais útil em determinado perfil de pacientes. Para isso pode ser de extrema valia o aprofundamento das investigações sobre o(s) mecanismo(s) pelo(s) qual(is) a TCC exerce seu efeito preventivo.

Entre as estratégias de TCC utilizadas temos:

- Seu uso apenas na fase aguda
- Fase aguda e manutenção
- Manutenção após AD na fase aguda
- Enfoque nos sintomas residuais após AD na fase aguda, que pode ou não ser mantido

O desenvolvimento de diferentes opções de tratamentos preventivos para futuros episódios depressivos nos ajudaria na prática clínica a individualizar a terapêutica com vistas à maximização da eficácia e diminuição do pesado ônus que a DM causa aos seus portadores.

Em suma, a TCC vem apresentando resultados promissores nos ensaios clínicos, mas que precisam ser refinados e replicados para uma melhor definição do seu uso na prevenção de recaídas e recorrências depressivas.

Referências

- Jenkins R. Reducing the burden of mental illness. *Lancet* 1997;349:1340.
- Murray CJL, Lopez AD. Regional patterns of disability-free expectancy and disability-adjusted life expectancy: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1347-52.
- Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999;156:1000-6.
- Frank E, Prien RF, Jarrett RB et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851-5.
- Karasu TB, Docherty JP, Gelenberg A, Kupfer DJ, Merriam AE, Shadoan R. Practice guideline for major depressive disorder in adults. In: American Psychiatric Association - Practice guidelines. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1996. p. 79-134.
- Thase M. Long-term nature of depression. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 14):3-9.
- Mago R. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;56:479-80.
- Fawcett J. Antidepressants: partial response in chronic depression. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl 26):37-41.
- Cornwall PL, Scott J. Partial remission in depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:265-71.
- Evans MD, Hollon SD, DeRubeis RJ, Piasecki JM, Grove WM, Garvey MJ, et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:802-8.
- Beck JS. Terapia cognitiva-teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1979.
- Gloaguen V, Cottraux J, Chucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998;49:59-72.
- Hammen C, Ellicott A, Gitlin M. Vulnerability to specific life events and predictions of the course of disorder in unipolar depressed patients. *Can J Behav Sci* 1989;21:377-88.
- Segal ZV, Shaw BF, Vella DD, et al. Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients. *J Abnorm Psychol* 1992;101:26-36.
- Fennell MJV. Depressão. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, editores. Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos. São Paulo: Martins Fontes; 1997. p. 241-331.
- Deckersbach T, Gershunov BS, Otto MW. Cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23(4):795-809.
- Teasdale JD, Scott J, Moore RG, Hayhurst H, et al. How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:347-57.
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:275-87.
- Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Canestrari R, Morphy MA. Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1994;151:1295-9.
- Fava GA, Grandi S, Canestrari R, Molnar G. Prodromal symptoms in primary major depressive disorder. *J Affect Disord* 1990;19:149-52.
- Fava GA, Kellner R. Prodromal symptoms in affective disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:823-30.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:816-20.
- Simons AD, Murphy GE, Levine JL, Wetzel RD. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:43-8.
- Klerman GL. Long-term maintenance of affective disorders. In: Lipton MA, DiMascio A, Killiam K, editors. Psychopharmacology: a generation of progress. New York: Raven Press; 1978. p. 1303-11.
- Kovacs M, Rush J, Beck AT. Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:33-9.
- Beck AT, Hollon SD, Young JE. Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:142-8.
- Blackburn IM, Eunson KM, Bishop, S. A 2-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J Affect Disord* 1986;10:67-75.
- Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: six- an twelve-month follow-up. *Am J Psychiatry* 1989;146:1274-9.
- McClean PD, Hakstian AR. Relative endurance of unipolar depression treatment effects: longitudinal follow-up. *J Consul Clin Psychol* 1990;58:482-8.
- Bowers WA. Treatment of depressed in-patients. Cognitive therapy plus medication and medication alone. *Br J Psychiatry* 1990;156:73-8.
- Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, et al. Course of depressive symptoms over follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:782-7.
- Blackburn IM, Moore RG. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patient with recurrent depression. *Br J Psychiatry* 1997;171:328-34.
- Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Rafanelli C, Canestrari R. Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1996;153:945-7.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA. Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1998;155:1443-5.
- Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S. Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine* 1998;28:475-80.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615-23.
- Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, et al. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:829-35.
- Jarret RB, Kraft D, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:381-8.

Correspondência:

Alexander Moreira de Almeida
Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/nº
05403-010 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: alexma@usp.br
