

Universidade da Maia
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Adesão terapêutica a um protocolo de Terapia
Cognitivo-Comportamental para a depressão

Daniela de Fátima Pires Câmara (38939)

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Orientação da Professora Doutora Liliana Maria Alves
Meira



Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

Daniela de Fátima Pires Câmara

Nº 38939

Adesão terapêutica a um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental para a Depressão

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Prof.^a Doutora Liliana Meira

Universidade da Maia

Outubro, 2022

“De sonhar ninguém se cansa, porque sonhar é esquecer, e esquecer não pesa e é um sono sem sonhos em que estamos despertos”.

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Finda esta desafiadora (e magnífica) etapa da minha vida, gostaria de expressar os meus maiores agradecimentos a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a minha resiliência, tão necessária aquando do culminar desta trajetória.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Liliana Meira, por toda a amabilidade, disponibilidade, paciência e, sobretudo, pelas inúmeras aprendizagens que me foram transmitidas ao longo desta fase.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer à Dr^a Sara Silva e ao meu amigo Rodrigo Costa, que contribuíram para a parte empírica do meu estudo.

À minha família, pois o seu apoio acérrimo, compreensão e carinho fizeram com que este percurso fosse gratificante.

Ao meu companheiro, por todo o apoio, carinho, conforto e, acima de tudo, paciência, pois os mesmos contribuíram para a realização desta fase.

Aos meus amigos, pela paciência e força inesgotáveis que me transmitiram, sendo estes uma mais-valia para o meu esforço, empenho e dedicação.

Ao meu melhor amigo, Kiko, o meu patudo de quatro patas, por todo o carinho, lambidelas e brincadeiras.

Por último, mas não menos importante, à minha bisavó (que já não está entre nós) e aos meus avós maternos, que são uma das maiores inesgotáveis fontes de amor que já alguma vez tive, tenho e continuarei a ter ao longo da minha vida.

A todos, um grande obrigada, do fundo do meu coração!

Adesão terapêutica a um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental para a depressão

Resumo

A adesão terapêutica (AT) é essencial para garantir a integridade da implementação dos protocolos de psicoterapia. O presente estudo teve por objetivo avaliar e caracterizar o grau de adesão dos terapeutas a um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) utilizado na intervenção com uma amostra de clientes diagnosticados com perturbação depressiva. Visou ainda explorar diferenças na AT ao protocolo de TCC entre casos de sucesso e insucesso e a associação entre os níveis de AT e o resultado da TCC em termos globais. Os participantes foram 26 casos clínicos diagnosticados com Perturbação Depressiva Major, ligeira a moderada, 20 casos de sucesso e 6 casos de insucesso. Os instrumentos utilizados foram o *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) para avaliar sintomas depressivos e o *Outcome Questionnaire 45-2* (OQ-45.2) para avaliar sintomas psicopatológicos gerais. A escala *Crítérios de Adesão para a Terapia Cognitivo-Comportamental* de Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, and e Steckley (2003) foi usada para avaliar a AT. Os resultados demonstram uma elevada adesão ao protocolo de TCC, tendo sido cumpridos a totalidade de critérios estabelecidos. Não se registam diferenças na AT entre casos de sucesso e insucesso. Regista-se uma correlação positiva entre sintomas depressivos e gerais e o recurso a técnicas Essenciais da TCC, e negativa entre sintomas depressivos e gerais e técnicas Aceitáveis na TCC. Conclui-se que a elevada AT garante a integridade da implementação do protocolo de TCC em estudo. Apesar das limitações impostas pelo tamanho e heterogeneidade da amostra de participantes, a exploração dos dados aponta para que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e geral parecem estar associados ao recurso a técnicas essenciais, derivadas diretamente da TCC.

Palavras-chave: adesão terapêutica, Terapia Cognitivo-Comportamental, depressão, resultado terapêutico.

Therapeutic adherence and outcome of the implementation of a Cognitive-Behavioral Therapy protocol for depression

Abstract

Therapeutic adherence (TA) is essential to ensure the integrity of the implementation of psychotherapy protocols. The present study aimed to evaluate and characterize the degree of adherence of therapists to a Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) protocol used in the intervention with a sample of clients diagnosed with depressive disorder. It also aimed to explore differences in TA to CBT protocol between success and failure cases and the association between TA levels and CBT outcome in global terms. Participants were 26 clinical cases diagnosed with mild to moderate Major Depressive Disorder, 20 success cases and 6 failure cases. The instruments used were the Beck Depression Inventory II (BDI-II) to assess depressive symptoms and the Outcome Questionnaire 45-2 (OQ-45.2) to assess general psychopathological symptoms. The Adherence Criteria for Cognitive-Behavioral Therapy scale by Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, and Steckley (2003) was used to assess AT. The results demonstrate high adherence to the CBT protocol, with all established criteria being met. There are no differences in AT between success and failure cases. There is a positive correlation between depressive and general symptoms and the use of Essential CBT techniques, and a negative correlation between depressive and general symptoms and Acceptable CBT techniques. It is concluded that the high AT guarantees the integrity of the implementation of the CBT protocol under study. Despite the limitations imposed by the size and heterogeneity of the sample of participants, the exploration of the data indicates that higher levels of depressive and general symptoms seem to be associated with the use of essential techniques, derived directly from CBT.

Keywords: therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, diving, therapeutic outcome.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I - Enquadramento teórico	2
1. Adesão terapêutica e eficácia em psicoterapia.....	2
1.1. Adesão terapêutica e resultado em psicoterapia	4
2. Adesão terapêutica e eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental.....	8
3. Adesão terapêutica e eficácia da TCC para a depressão.....	12
Capítulo II: Estudo empírico “Adesão terapêutica a um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental para a Depressão”	17
1. Método	17
1.1. Participantes	18
1.2. Instrumentos	20
1.3. Procedimentos	25
1.3.3. Procedimentos de Análise Estatística	26
2. Resultados	27
2.1. Adesão ao protocolo de TCC	27
2.2. Comparação da adesão terapêutica/tipos de técnicas: Sucesso versus insucesso....	29
2.3. Associação entre tipo de técnicas e sintomas psicopatológicos	30
3. Discussão.....	31
4. Conclusão.....	36
Referências	39

Índice de tabelas

Tabela 1. Lista de técnicas - Critérios de adesão para a TCC (CA-TCC; Watson et al., 2003).....	24
Tabela 2. Percentagem e frequência de cada categoria de técnicas	28
Tabela 3. Comparação do tipo de AT/tipo técnicas entre casos de Sucesso e Insucesso (t test).....	30
Tabela 4. Correlações de Pearson entre a adesão terapêutica AT/Tipo de técnicas e sintomas depressivos e gerais	Erro! Marcador não definido.

Lista de abreviaturas

ACF – Escala de Forma de Controlo de Adesão

ASI – Índice de Sensibilidade à Ansiedade

AT – Adesão Terapêutica

CA-TCC – Critérios de Adesão para a Terapia Cognitivo-Comportamental

CSPRS – Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale

IR – Relações Interpessoais

MANTRA – Escala Maudsley para Tratamento de Adultos com Anorexia Nervosa

PDSS – Escala de Gravidade da Perturbação de Pânico

RCI – Índice de Mudança Confiável

SD – Desconforto Subjetivo

SR – Papel Social

SSCM – Escala de Administração Clínica de Suporte Especializada para Perturbação de Anorexia Nervosa

SWAN-PRS – Escala para Avaliação da Psicoterapia em Anorexia Nervosa

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

Introdução

A presente dissertação foi efetuada no âmbito do 2.º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Maia (ISMAI), sob a orientação da Prof.^a Doutora Liliana Meira. Apresenta um estudo sobre a adesão a um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a depressão e a relação com o resultado terapêutico num grupo de clientes diagnosticados com Perturbação Depressiva Major, ligeira a moderada. Esta dissertação procurou caracterizar a adesão terapêutica (AT) e a relevância do seu estudo, quer do ponto de vista clínico, quer do ponto de vista da investigação sobre o processo e o resultado da psicoterapia, especificando-se depois o estudo da eficácia da TCC, em concreto, para a depressão.

No que diz respeito à organização do trabalho, este encontra-se estruturado em dois capítulos principais: enquadramento teórico e estudo empírico. No primeiro capítulo, tal como o nome indica, é construído um quadro teórico sobre o tema em foco a partir da revisão da literatura existente. No segundo capítulo, apresenta-se o estudo realizado, descrevendo o método adotado: participantes, instrumentos e procedimentos, seguindo-se a apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos. Este estudo encerra com as principais conclusões da dissertação, apontando-se as limitações do estudo e propondo-se sugestões de estudo futuras.

Capítulo I - Enquadramento teórico

Este primeiro capítulo apresenta o conceito de adesão terapêutica e a sua importância em psicoterapia, bem como a relevância da mesma e a eficácia da TCC para a perturbação depressiva.

1. Adesão terapêutica e eficácia em psicoterapia

As pesquisas sobre as características do cliente têm vindo a mostrar que existem importantes fatores moderadores para o estabelecimento da aliança adesão terapêutica e o desenvolvimento de um trabalho psicoterapêutico eficaz entre terapeuta e cliente (Bohart & Wade, 2013). A adesão terapêutica depende da severidade dos sintomas e diagnóstico do cliente, do estilo de vinculação que estabelece com o terapeuta, mas também da motivação e expectativa do cliente. A temática da adesão terapêutica tem sido das características do cliente mais estudadas e cujo efeito na qualidade da terapia tem sido consistente.

A adesão terapêutica é considerada fundamental na TCC. Neste âmbito, Marker et al. (2019) investigaram o nível de adesão do cliente em TCC, recorrendo a instrumentos de autorrelato. Contudo, os resultados revelaram-se pouco conscientes. Por isso, exploraram medidas observacionais de adesão, sobretudo no que se refere ao uso de técnicas cognitivo-comportamentais, durante as sessões de TCC. Concluíram que estas medidas avaliadas diferem ao longo da terapia e que quanto mais os terapeutas aplicassem as técnicas de forma aprofundada maior seria a motivação e envolvimento dos clientes. Wampold (2015) também realça o impacto que a adesão tem no desenvolvimento de uma relação profunda e colaborativa entre o terapeuta e o cliente, ou seja, a forma como adere e colabora na terapia vai influenciar os resultados.

Num sentido semelhante, Lopez-Gomez et al. (2017) analisaram a satisfação do cliente

e a adesão ao tratamento. Os autores realizaram uma comparação entre a TCC e a intervenção da psicologia positiva integrativa, ambas para o tratamento da depressão. Os dois tipos de intervenção foram significativamente aceitáveis pela amostra de 128 mulheres, apesar destas terem revelado mais satisfação com a intervenção da psicologia positiva integrativa. Estes resultados podem estar associados ao facto de algumas pessoas estarem mais dispostas a receber abordagens terapêuticas mais focadas no bem-estar, em vez de abordagens mais centradas nas dificuldades e sintomas como a TCC.

A adesão terapêutica também deve ser avaliada tendo em consideração algumas variáveis sociodemográficas, institucionais e clínicas. Este foi o mote do estudo de Alves et al. (2020) de forma a compreenderem as variáveis que influenciam o abandono precoce do processo psicoterapêutico. Para isso, foi analisada uma amostra de 68 indivíduos, dos 18 aos 86 anos. Os resultados indicam que os sujeitos que abandonaram mais cedo a psicoterapia eram jovens, cujo tempo de intervenção e número de sessões foi menor, apresentando também outros problemas de saúde.

A adesão em psicoterapia define-se, neste enquadramento, como a fidelidade de um terapeuta a um protocolo de tratamento empiricamente estabelecido. Se a adesão à terapia for alta, conclui-se que o protocolo está a ser seguido em concomitância com as suas próprias diretrizes e vice-versa (Hogue et al., 1998). No mesmo sentido, Rodriguez-Quintana e Lewis (2018) salienta que a fidelidade a um protocolo de terapia define-se como sendo o grau em que uma psicoterapia é implementada como pretendida ou, como expõem Perepletchikova et al. (2007) e Webb et al. (2010), a adesão é o nível de fidelidade à teoria e/ou método de intervenção terapêutica.

A falta de estudos que sustentam a importância da adesão terapêutica em psicoterapia é problemática, pois interfere, por exemplo, com o treino exigido para terapeutas. Assim, Keinonen e Lappalainen (2020) afirmam que é necessário haver um consenso sobre como

avaliar a adesão. A adesão dos terapeutas aos protocolos é recomendada para que a intervenção seja realizada como pretendida e colmate os objetivos terapêuticos definidos (Owen & Hilsenroth, 2011; Pereplechikova et al., 2007).

Webb et al. (2010) define a adesão como sendo a forma como o terapeuta inclui abordagens e componentes que são prescritas pela sua abordagem teórica. O terapeuta é considerado como aderente ao manual, sempre que as componentes e abordagens consistentes com a orientação da terapia são usadas para abordar os vários objetivos da terapia, independentemente da linguagem específica usada ou da sequência de entrega do protocolo (Altenstein-Yamanaka et al., 2017).

Desta forma, estudar a adesão terapêutica no âmbito da psicoterapia poderá trazer à tona importantes contributos que aumentem a adesão em pacientes submetidos a psicoterapia e, concomitantemente, que concorram para a eficácia dos resultados da mesma.

1.1. Adesão terapêutica e resultado em psicoterapia

A literatura documenta que a adesão terapêutica, particularmente, quando bem estabelecida é crucial para o processo, funcionando a favor do mesmo e promovendo ganhos terapêuticos (Zilcha-Mano, 2017). A expressão da empatia também é de extrema importância, devendo ser considerada como um elemento base e natural do terapeuta (Neto & Batista, 2021). A adesão dos terapeutas ao protocolo/manual de tratamento relaciona-se com a obtenção de resultados terapêuticos eficazes (Lange et al., 2018).

Amole et al. (2017) realizou um estudo com o objetivo de avaliar o uso, por parte do terapeuta, de técnicas específicas e não específicas em psicoterapia, nomeadamente na terapia interpessoal e terapia de suporte - no qual participaram terapeutas avaliadores. Esta avaliação contemplou 180 sessões gravadas e a adesão foi medida através do CSPRS-Form 6 (Hill et al., 1992). Os resultados revelaram que ambas as terapias apresentaram níveis elevados de

intervenções facilitadoras não específicas, ou seja, usando técnicas comuns a múltiplas psicoterapias. No entanto, existem diferenças dado que os terapeutas da psicoterapia interpessoal utilizaram mais estratégias específicas da sua abordagem terapêutica, enquanto os terapeutas da psicoterapia breve de apoio utilizaram um menor número de técnicas exclusivas da sua terapia, o que vem mostrar através das pontuações mais elevadas que apresentaram maior adesão.

Já Chapman e Schoenwald (2011) estudaram as relações entre a semelhança étnica de díades terapeutas e jovens com problemas de comportamento antissocial que participaram em terapia. No estudo colaboraram 1979 jovens e famílias tratados por 429 terapeutas. Este estudo demonstrou que a adesão influenciou a redução dos comportamentos internalizantes e externalizantes dos participantes, bem como com a atividade criminosa após o tratamento, relevando assim a importância da adesão terapêutica e da sua relação com a psicoterapia.

Por outro lado, Goldman e Gregory (2009) estudaram a adesão e eficácia na terapia em 10 participantes com perturbação de personalidade borderline e perturbação de abuso de álcool. A adesão foi avaliada através de uma escala, elaborada para efeitos de resultados do estudo em questão, composta por 25 itens, 16 dos quais avaliaram a adesão à terapia e os restantes 9 itens avaliaram as intervenções que violassem os protocolos da terapia. Os resultados deste estudo evidenciaram uma relação positiva entre a adesão e a eficácia do tratamento, nos itens concomitantes à melhoria de gravidade dos sintomas primários, bem como todos os sintomas secundários presentes nos pacientes (comportamento parassuicida, beber demasiado, atendimento institucional, depressão e dissociação do pensamento). De salientar que a única variável que não se correlacionou com a adesão foi o apoio social percebido.

Lange et al. (2017) reconhecendo que a adesão do terapeuta constitui um indicador de qualidade no atendimento clínico, procurou perceber se a adesão do terapeuta influenciava a associação entre terapeuta, equipa e experiência em todo o país. O estudo, realizado na Holanda

e à escala de todo o país, contemplou a participação de 4290 adolescentes com problemas de comportamento antissocial ou delinquente e que foram tratados em terapia. Os resultados demonstraram que a adesão do terapeuta mediou a associação entre o terapeuta, a experiência e os resultados do tratamento. Também observou-se que existem associações positivas entre a experiência e a adesão do terapeuta, e que esta não é afetada pelo número de anos de experiência da equipa, nem da experiência nacional. Concluíram ainda que o controlo da qualidade do país (e.g. treino e instrumentos de monitorização) pode estar relacionado com a melhor adesão do terapeuta e, por conseguinte, influenciar o resultado da psicoterapia, para assim para manter-se uma adesão adequada e resultados desejados. São, sem dúvida, importantes estes métodos de controlo de qualidade para evitar uma menor adesão e uma eficácia reduzida no tratamento (Smith-Boydston et al., 2014).

A investigação de Martino et al. (2008) visou avaliar a adesão ao tratamento e a competência de 35 terapeutas em cinco programas comunitários em ambulatório, que entregaram uma adaptação de três sessões de terapia de aperfeiçoamento motivacional. Os resultados revelaram que níveis mais elevados de adesão à entrevista motivacional correlacionaram-se positivamente com o aumento da motivação dos clientes na terapia, bem como com a eficácia dos resultados. Assim, a confiabilidade da avaliação da entrevista motivacional, em conjunto com workshops dinamizados por especialistas, sujeitos a supervisão clínica, podem ser considerados métodos eficazes nestes programas de tratamento comunitário.

Também Webb et al. (2010), através da realização de uma meta-análise, visou reunir os resultados da adesão e da competência de terapeuta e o resultado do tratamento em diferentes tipos de terapia - terapia interpessoal, TCC, terapia psicodinâmica, terapia focada nas emoções, terapia de trauma focada para a depressão, terapia para abuso de substâncias psicoativas, TCC para bulimia nervosa e TCC para perturbação do stress pós-traumático - tendo identificado 36 estudos que correspondiam aos critérios de inclusão. Os resultados obtidos demonstraram que

a adesão do terapeuta (32 resultados) e da sua competência (17 resultados) não se correlacionaram com o resultado da terapia nos 36 estudos. Portanto, os autores encontraram uma heterogeneidade significativa nas estimativas de tamanho do efeito de resultado de adesão e de resultado de competência, e as análises do moderador revelaram que estimativas maiores do tamanho do efeito do resultado da competência foram associadas a estudos que visavam a depressão ou não controlavam a influência da aliança terapêutica. Ou seja, entre as várias modalidades de terapia, a adesão e a competência do terapeuta pouco, ou nada, influenciou a determinação da mudança dos sintomas.

A este respeito, também Snippe et al. (2019) defende que uma das razões pela qual a adesão pode não prever o resultado da terapia é que uma baixa adesão pode refletir a flexibilidade dos terapeutas em utilizarem outras técnicas para responderem de forma adequada às necessidades de cada paciente. Lange et al. (2018) defende que a adesão ao longo da terapia sugere que a mesma pode ser implementada de forma diferente, tendo em conta as diferentes linhas terapêuticas e os próprios terapeutas.

Por fim, outra investigação que estuda a adesão do terapeuta, a sua competência e a aliança terapêutica no tratamento da depressão, em particular, as recaídas na depressão, foi realizada por Weck et al. (2013). Neste estudo, participaram 80 clientes com perturbação depressiva major recorrente que foram sujeitos a 16 sessões de TCC ao longo de oito meses, com a finalidade de prevenir recaídas. A adesão e a competência do terapeuta, assim como a aliança terapêutica, foram investigadas como preditores para a redução da probabilidade de recaída na depressão, sendo que na avaliação da adesão e competência do terapeuta os autores recorreram à análise de vídeos dos participantes e para a avaliação da aliança terapêutica recorreram ao questionário. Os resultados indicaram que a adesão não se correlacionou com a diminuição da sintomatologia depressiva, um ano após o tratamento com TCC, em perturbação depressiva major recorrente.

Portanto, pode-se concluir que ainda está por esclarecer a relação entre a adesão terapêutica e os resultados em psicoterapia, dado que os resultados dos estudos são contraditórios ou inconclusivos, não estando ainda estabelecida uma relação clara. Além de que, a avaliação da adesão é um aspeto essencial para a investigação no âmbito do resultado/eficácia terapêutica, uma vez que só com a adesão aos protocolos garantida será possível extrair conclusões dos resultados de comparação da eficácia intra e entre diferentes formas de psicoterapia (Waltz et al., 1993).

2. Adesão terapêutica e eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental

A TCC é uma das formas de psicoterapia mais eficazes, sendo assumida, na atualidade, como um tratamento eficiente e que apresenta resultados duradouros para diversos problemas psicológicos, centrando-se na forma como as pessoas pensam e agem para ajudá-las a superar os seus problemas (Wilson & Branch, 2012).

A avaliação da adesão terapêutica na TCC é importante, pois vai permitir aferir o que compromete a adesão terapêutica, bem como irá salientar os fatores que contribuem para a mesma, tendo em vista o desenvolvimento de tratamentos pautados pela TCC com resultados positivos e, por isso, eficazes.

Desenvolvida nos anos 60 por Aaron Beck, e inicialmente intitulada de Terapia Cognitiva, a hoje conceituada TCC é um tipo de psicoterapia breve e estruturada que se foca no presente e que visa resolver os problemas do cliente sobretudo através da reestruturação de crenças disfuncionais inerentes ao seu comportamento e emoções (Melo & Lourenço, 2020).

O pressuposto central da TCC foca-se no modo como a pessoa interpreta a sua experiência de vida, determinando a forma como reage à mesma. Desta forma, os diferentes tipos de perturbação psicopatológica têm na sua base formas de pensamento distorcidas da

realidade, que impedem a pessoa de responder aos desafios de vida de modo mais ajustado (Beck, 2013). No geral, a TCC, com o objetivo de modificar as reações emocionais e o comportamento da pessoa, visa modificar as suas cognições, ou seja, o modo como a pessoa percebe as experiências de vida que estão na base da sua perturbação. Para o efeito, a TCC contempla o recurso a vários tipos de técnicas cognitivas (e.g., técnicas de reestruturação cognitiva como o debate socrático), mas também técnicas comportamentais (e.g., técnicas de exposição, gestão de contingência, relaxamento), emocionais (e.g., técnicas de discriminação e regulação emocional) e técnicas focadas no treino de competências e resolução de problemas de vida (e.g., treino da assertividade), com a finalidade de reestabelecer o funcionamento da pessoa (Leahy et al. 2012; Young et al., 2021). No entanto, é crucial tornar o processo da terapia compreensível para o cliente, sendo o objetivo da TCC aliviar o sofrimento o mais rápido possível, através da aprendizagem de ferramentas terapêuticas mais adequadas (Beck, 2013). Habitualmente, a TCC tem uma duração de 16 a 22 semanas, com sessões semanais de cerca de 60 minutos, podendo ser aplicada individualmente ou em grupo.

Segue-se uma breve revisão da literatura sobre estudos da adesão terapêutica e a eficácia em TCC no tratamento de várias perturbações mentais. Brauhard et al. (2014), avaliou a adesão em TCC para a perturbação da ingestão alimentar compulsiva, através da análise de gravações de áudio de sessões de 87 participantes, onde a adesão terapêutica foi avaliada através da escala Forma de Controlo de Adesão (ACF), especificamente desenvolvida por estes autores, para o estudo, com o objetivo de medir a adesão dos terapeutas em TCC. Os resultados demonstraram que a adesão do terapeuta avaliada por avaliadores treinados foi excelente, refletindo-se nos resultados da TCC para a perturbação da ingestão alimentar compulsiva. Além de que, nem as características do cliente nem do terapeuta previram a adesão do terapeuta. Todavia, a adesão do terapeuta previu a variabilidade na aliança terapêutica.

Numa linha semelhante, Pulse et al. (2019) explorou o tratamento psicológico para a

perturbação da ingestão alimentar compulsiva, especificamente a adesão terapêutica, a aliança terapêutica e as suas associações na TCC. Neste estudo, os resultados evidenciaram que a adesão e a aliança terapêutica foram excelentes. Por sua vez, a aliança foi negativamente associada ao número de episódios de ingestão alimentar compulsiva e positivamente correlacionada à adesão.

Ainda no âmbito das perturbações alimentares, Folke et al. (2017) efetuou um estudo para averiguar a adesão em TCC em 36 participantes de idade adulta, na fase inicial, intermédia e final, para bulimia nervosa. A adesão foi avaliada através da Escala de Adesão ao Protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental. Os resultados obtidos revelaram que a adesão diminuiu significativamente ao longo do tratamento. Identificaram-se níveis mais elevados de adesão do terapeuta nas fases iniciais e intermédias do tratamento, tendo sido associados à redução da frequência da compulsão alimentar. Por sua vez, os níveis mais elevados de adesão avaliados no final do tratamento não demonstraram o mesmo impacto. Assim, os autores concluíram que a adesão dos terapeutas ao protocolo de tratamento tende a diminuir ao longo do tempo e que os níveis mais elevados de adesão ao protocolo nas fases iniciais e intermédias da terapia são mais importantes para a obtenção de resultados positivos.

Também McIntosh et al. (2005) utilizou uma adaptação da Escala de Avaliação do Estudo Colaborativo em Psicoterapia (CSPRS) para investigar a adesão do terapeuta em três tipos de terapia (TCC, terapia interpessoal e terapia não-específica) para o tratamento da perturbação de anorexia nervosa. Esta adaptação da CSPRS foi usada para medir as gravações de áudio das sessões. Para as três terapias os terapeutas foram avaliados e apresentaram mais comportamentos apropriados na terapia para a qual os pacientes foram selecionados aleatoriamente do que nas outras duas terapias, indicando uma adesão bastante satisfatória à terapia. Mais recentemente, McIntosh et al. (2016) investigou a adesão na fase inicial, intermédia e final em TCC, terapia interpessoal e administração clínica de suporte especializada

para perturbação de anorexia nervosa. Os resultados indicaram que a adesão do terapeuta à TCC e a administração clínica de suporte especializado obtiveram os valores mais elevados de adesão na fase intermédia.

Ainda nesta matéria, Andony et al. (2015), no seu estudo, adaptou a CSPRS (Hill et al., 1992) para avaliar a adesão em TCC e desenvolveu, especificamente para o seu estudo, a Escala para Avaliação da Psicoterapia em Anorexia Nervosa (SWAN-PRS) (Andony et al., 2015), a Escala Maudsley para Tratamento de Adultos com Anorexia Nervosa (MANTRA) (Schmidt et al., 2014) e a escala de administração clínica de suporte especializado para perturbação de anorexia nervosa (SSCM) (McIntosh et al., 2005). Verificou-se 90% de adesão na escala de CSPRS, 81.2% de adesão na escala MANTRA e 85.7% na escala SSCM.

Já no contexto das perturbações de abuso de substâncias e problemas de comportamento, destaca-se o estudo de Campos-Malady et al. (2017), no qual investigou a adesão em TCC para perturbação de uso de substâncias psicoativas em adolescentes. Os resultados deste estudo demonstraram que a adesão não se correlacionou com o resultado do uso de substâncias na amostra. No entanto, a adesão correlacionou-se com a diminuição do uso de substâncias em jovens que efetuaram a terapia durante 12 meses.

Huppert et al. (2006) desenvolveu um estudo para avaliar a motivação de 205 clientes e a adesão dos terapeutas na perturbação de pânico, em TCC. Os resultados indicaram que a motivação e a adesão estão interligadas, tendo impacto na gravidade do pânico. Contudo, nesta pesquisa os clientes menos motivados, apesar da maior adesão dos terapeutas, obtiveram resultados menos eficazes. Já nos pacientes mais motivados, a adesão do terapeuta não foi significativamente associada aos resultados.

A perturbação do pânico e a adesão do terapeuta foram também alvo de estudo por Zickgraf et al. (2016) em 38 participantes que receberam TCC. A adesão foi avaliada na sexta sessão de cada um dos participantes através de uma escala desenvolvida especificamente para

o estudo. Os investigadores compreenderam que quanto maior a resistência do cliente, menor a adesão do terapeuta. Além de que, quanto mais resistência o cliente demonstrava, mais o terapeuta procurava intervenções em outras abordagens terapêuticas.

No que diz respeito ao tratamento da perturbação obsessivo-compulsiva, foram desenvolvidas técnicas cognitivo-comportamentais específicas (e.g., exposição como prevenção de resposta). Estas permitiram uma alteração da visão do paradigma farmacológico, visto que estas intervenções revelaram uma maior eficácia, alcançando taxas de resposta mais elevadas e consequente redução de recaída (Öst et al., 2015).

Perante o exposto, concorda-se com Barber et al. (2006) quando o mesmo define que a relação entre a adesão e a eficácia não é linear. Webb et al. (2010) vai ao encontro desta ideia, defendendo que a variabilidade na adesão pode estar significativamente relacionada à variabilidade no resultado em algumas abordagens terapêuticas, mas em outras não. No mesmo sentido, regista-se igualmente uma variabilidade significativa das medidas de avaliação da adesão terapêutica, nomeadamente, à TCC, correspondendo a sua maioria a escalas qualitativas de análise temática elaborada no âmbito dos próprios estudos, como já foram mencionados anteriormente (Andony et al., 2015; McIntosh et al., 2005; Schmidt et al., 2014).

A título conclusivo, se o terapeuta estiver de forma genuína e empática durante a terapia, procurando o interesse por parte do cliente, as interações estabelecidas têm um potencial restaurador. A forma de comunicar e as palavras suportam e promovem a transformação em psicoterapia (Neto & Batista, 2021).

3. Adesão terapêutica e eficácia da TCC para a depressão

A depressão é possivelmente um dos quadros clínicos mais estudados quanto à sua eficácia, em específico, os que envolvem uma abordagem cognitivo-comportamental (Neto & Batista, 2021). A TCC é uma das abordagens terapêuticas empiricamente validadas e uma das

mais investigadas cientificamente. A sua eficácia tem sido comprovada, divulgando protocolos de tratamento orientados para perturbações específicas como depressão, ansiedade, pânico, entre outras perturbações mentais (Wampold et. al, 2017).

Para o tratamento da depressão, Beck desenvolveu um protocolo de psicoterapia estruturada, de curta duração, direcionada para o presente, bem como para a solução de problemas atuais e a alteração de pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 2013; Leahy et al., 2012).

Especificamente os tratamentos para a depressão, com recurso à TCC, englobam estratégias e técnicas terapêuticas que incluem: ensinar o cliente a compreender os seus pensamentos e a identificar nos mesmos as distorções cognitivas produzidas pela ativação do seu sistema de crenças pessoais e, ainda, reconhecer como as reações emocionais provocadas por esses pensamentos afetam e influenciam os sentimentos acerca de si, do outro e do mundo. A terapia desenvolve-se de forma a produzir melhores estratégias de gestão desses pensamentos e reações emocionais e comportamentais, através de um planeamento terapêutico estruturado, por norma em 12 a 16 sessões terapêuticas, sendo que é crucial a participação ativa do cliente no desenvolvimento desse planeamento e agenda (Miller, 2012).

São ainda escassos os estudos que procuram avaliar a relação entre a adesão do terapeuta à TCC para a depressão e o resultado terapêutico, sendo necessário estudar o papel da adesão terapêutica, quer do ponto de vista clínico, isto é, fidelidade aos tratamentos versus eficácia, quer do ponto de vista da garantia das condições necessárias à investigação no âmbito da eficácia/resultado da psicoterapia, e respetivos mecanismos inerentes ao processo de mudança.

Apesar de ainda escassos, alguns estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de perceber a relação entre a adesão terapêutica e a eficácia da TCC para a depressão. Hill et al. (1992), por exemplo, desenvolveram a CSPRS (Escala de Avaliação do Estudo Colaborativo em Psicoterapia) para medir a adesão do terapeuta à TCC e à terapia interpessoal no tratamento

de depressão. A adesão terapêutica em cada uma das modalidades de terapia influenciou os resultados, sendo que as técnicas essenciais de cada modalidade foram utilizadas. Constatou-se que, por comparação, os terapeutas de cada modalidade exibiram um número superior de técnicas específicas da respetiva terapia, bem como uma reduzida sobreposição de técnicas das restantes terapias, evidenciando uma elevada adesão dos terapeutas para com os respetivos protocolos. Ainda, a sobreposição de técnicas foi superior entre a TCC e a terapia interpessoal.

Neste âmbito, pesquisas anteriores sobre a adesão terapêutica em amostras clínicas, seguidas em TCC, têm mostrado a centralidade da mesma nesta abordagem. É o exemplo do estudo de Weck et. al (2014), em que o autor avaliou numa amostra de 61 clientes com diferentes diagnósticos, sendo um deles a depressão, explorando se a aliança terapêutica, a adesão terapêutica e a implementação das técnicas cognitivas-comportamentais estavam relacionadas com o resultado de sucesso ou insucesso terapêutico. O autor constatou que avaliações mais baixas da aliança terapêutica estavam associadas a resultados de insucesso terapêutico. Em contrapartida, a aliança foi positivamente associada ao longo do tempo com uma melhor adesão à TCC, bem como com a implementação eficaz das técnicas. Numa linha de pensamento semelhante, Cameron et al. (2018) encontrou igualmente um efeito preditivo moderado da aliança terapêutica com os resultados terapêuticos da TCC no tratamento da depressão.

O estudo realizado por Webb et al. (2012) analisou se a adesão do terapeuta a técnicas da terapia cognitiva promove mudanças na sintomatologia depressiva numa amostra de 105 participantes em idade adulta (média de 40 anos). Os resultados mostraram que as técnicas cognitivas exibiram uma associação mais forte e positiva com as competências cognitivas dos participantes e, conseqüentemente, a melhoria dos sintomas depressivos. Em suma, este estudo vem suportar a ideia de que a adesão do terapeuta às diferentes técnicas cognitivas específicas pode contribuir fortemente para a aquisição e utilização de habilidades cognitivas pelo paciente.

Snippe et al. (2019) destaca que a adesão do terapeuta e as suas habilidades interpessoais influenciaram o envolvimento ativo dos clientes na terapia, contudo neste estudo não houve a redução da sintomatologia depressiva dos mesmos. Já Flückiger et al. (2018) menciona que existe uma associação positiva entre a adesão terapêutica e a melhoria dos sintomas na depressão, em diferentes perspectivas avaliadas (e.g., perspectiva do terapeuta, do cliente e do observador), em diferentes momentos do processo terapêutico, mas sobretudo, com o resultado terapêutico final. Don et al. (2021) também deu o seu contributo ao documentar que no tratamento da depressão com a TCC, a adesão terapêutica pode ser mais uma consequência do que propriamente uma causa na mudança de sintomas depressivos. E por sua vez, a aplicação de técnicas específicas da TCC (adesão ao protocolo) está relacionada com a mudança de sintomas depressivos, ou seja, à sua redução.

Recentemente, Alexandersson et al. (2022) realizou um estudo com o objetivo de analisar o efeito da adesão a fatores técnicos específicos e a fatores de condições facilitadoras (e.g., envolvimento, compreensão e apoio dos terapeutas) em TCC e Psicoterapia Interpessoal. Além disso, explorou se o efeito da adesão do terapeuta dependeria do nível da aliança de trabalho, analisando uma amostra de 74 pacientes diagnosticados com Perturbação Depressiva Major. Os resultados não demonstraram efeitos na adesão a fatores técnicos específicos nos resultados terapêuticos, em ambas as terapias. Já os fatores de condições facilitadoras foram associados a melhores resultados em TCC, mas não na psicoterapia interpessoal, mesmo após ajuste na qualidade da aliança de trabalho.

A revisão da literatura encetada sobre o papel importante da adesão na eficácia em psicoterapia no geral, e na TCC para a depressão em particular. Regista-se, em primeiro lugar, uma elevada dispersão do tipo de medidas utilizadas, sendo que a maioria incide sobre instrumentos e metodologias de cariz qualitativo, dificultando a avaliação da adesão

terapêutica. Em segundo lugar, e diretamente relacionado como primeiro, a escassez de estudos não permite ainda conclusões e um conhecimento consolidados sobre o papel da adesão terapêutica no resultado terapêutico, bem como na influência dos mecanismos (e.g., cognitivos, comportamentais, emocionais) inerentes ao processo de mudança (i.e., o que acontece ao longo do processo de terapia que promove ou constrange os mecanismos facilitadores ou constrangedores da mudança), contribuindo ainda para a identificação de fatores associados à variação na adesão terapêutica. Na TCC para a depressão, em concreto, os mesmos argumentos se aplicam e justificam o investimento em novos estudos que gradualmente permitam responder às inúmeras questões de investigação relacionadas com o papel da adesão terapêutica.

Além disso, a salvaguarda da adesão terapêutica às diferentes modalidades de psicoterapia é um critério essencial para que seja possível a comparação da respetiva eficácia e, deste modo, um dos critérios definidores da abordagem científica à psicoterapia orientada para o desenvolvimento de protocolos de psicoterapia teoricamente sustentados e empiricamente apoiados e para diferentes formas de psicopatologia (Waltz et al., 1993).

Não obstante, e no que à depressão diz respeito, autores mais recentes (e.g., Cuijpers, 2017), têm igualmente vindo a alertar para uma lacuna na literatura sobre a forma como um terapeuta deve moldar os protocolos de terapia para as necessidades sociais e fatores psicológicos de cada cliente, pelo que são também necessários estudos que estudem os mecanismos transdiagnósticos e transteóricos envolvidos na causa e manutenção da depressão.

O estudo que aqui se apresenta pretende contribuir para a compreensão da relação entre a adesão terapêutica e a eficácia da TCC para a depressão, procurando responder a uma principal questão de investigação: A integridade do protocolo de TCC para a depressão foi respeitada para uma amostra específica de clientes com depressão, garantindo a fidelidade do ensaio clínico à qual pertence? E duas questões de investigação acessórias de teor exploratório: Há diferenças na AT ao protocolo de TCC entre casos de sucesso e insucesso, nesta amostra? e

Há relação entre os níveis de AT globais e o resultado da TCC, nesta amostra?

Capítulo II: Estudo empírico “Adesão terapêutica a um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental para a Depressão”

Tendo em conta a revisão de literatura realizada e as questões de investigação formuladas, o presente estudo tem como objetivo geral aferir o grau de adesão terapêutica a um protocolo de TCC para a depressão e contribuir da relação entre a adesão terapêutica e a eficácia da TCC para a depressão, amostra específica de clientes diagnosticados com depressão, participantes de um ensaio clínico. Especificamente, o estudo visou: (i) Aferir e caracterizar o grau de adesão terapêutica ao protocolo de TCC utilizado na intervenção com esta amostra de clientes diagnosticados com depressão; (ii) explorar a existência de diferenças na adesão terapêutica/tipos de técnicas utilizadas ao protocolo de TCC entre casos de sucesso e insucesso; e (iii) explorar a existência de correlações entre os níveis de adesão terapêutica/tipos de técnicas utilizadas e o resultado da TCC (i.e., sintomas depressivos e gerais).

De um modo geral, e com base na revisão da literatura apresentada, espera-se nesta amostra específica de clientes registar um nível elevado global de adesão terapêutica ao protocolo implementado. Em relação à associação entre adesão terapêutica (i.e., tipos de técnicas implementadas) e resultado terapêutico, estando garantida uma elevada adesão terapêutica global, não se esperam diferenças/associações significativas entre adesão terapêutica e resultado terapêutico.

1. Método

A metodologia adotada é de cariz descritiva e exploratória, com recurso a métodos quantitativos e qualitativos. Segue-se a apresentação dos participantes do estudo, das medidas

e instrumentos utilizados para a recolha de dados e os procedimentos realizados na recolha e codificação dos dados.

1.1. Participantes

Deste estudo fazem parte 26 clientes e quatro psicoterapeutas cognitivo-comportamentais que participaram no projeto “Descentração e Mudança em Psicoterapia”, coordenado pelo Prof. Doutor João Salgado, da Universidade da Maia (ISMAI). Este projeto foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI PCL/103432/2008), contemplando um ensaio clínico que procurou comparar a eficácia da TCC com a da Terapia Focada nas Emoções, para a perturbação ligeira a moderada. Os participantes beneficiaram de um protocolo de psicoterapia gratuita de 16 sessões, com frequência semanal, tendo por base um protocolo de TCC empiricamente apoiado (Beck, 2013; Leahy et al., 2012), com supervisão clínica semanal. A distribuição dos clientes pelos terapeutas foi elaborada de forma aleatória. O projeto foi submetido e aprovado em sede de Comissão de Ética.

1.1.1. Clientes

Os clientes deste estudo foram 26 pessoas, quatro homens (15,4%) e 22 mulheres (84,6%), diagnosticados com Perturbação Depressiva Major, ligeira a moderada, com idades compreendidas entre os 19 e os 56 anos (Média = 34,35; DP = 9,15).

O processo de recrutamento e seleção dos participantes integrou duas sessões de 45 minutos (sessões 0), com a implementação de uma entrevista clínica estruturada para diagnóstico de perturbações do eixo I (SCID-I) e um questionário para perturbações do eixo II do DSM-IV (SCID-II) (First et al., 1996), de acordo com os critérios DSM 5 (2013); o Beck Depression Inventory II (BDI-II; Coelho, Martins & Barros, 2002), para avaliar a

sintomatologia depressiva; e o Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2; Machado & Fassnacht, 2015), para avaliar a sintomatologia geral. No total, foram recrutados e iniciaram o protocolo 33 casos, obtendo-se seis dropouts

A monitorização dos participantes selecionados ao longo das 16 sessões do protocolo de TCC foi feita através da implementação vários instrumentos, nomeadamente, o BDI-II (Coelho, et al., 2002), o OQ-45.2 (Machado & Fassnacht, 2015), e a Escala de Watson et al. (2003), utilizada como medida de adesão terapêutica, nas sessões 4, 8, 12 e 16.

Todos os clientes cumpriram os critérios de inclusão deste projeto, sendo estes: diagnóstico de Perturbação Depressiva Major ligeira ou moderada; ausência de toma de medicação; e Avaliação Global do Funcionamento superior a 50. A participação foi voluntária e formalizada mediante a assinatura de um Consentimento Informado.

A categorização do resultado terapêutico - casos de sucesso e de insucesso - efetuou-se tendo em conta a sintomatologia apresentada nas sessões 0 e na última intervenção terapêutica (sessão 16), tendo por base os níveis de sintomatologia depressiva (BDI-II) (Coelho et al., 2002). Foram considerados casos de sucesso terapêutico os que no final do processo de psicoterapia apresentaram um valor inferior a 13 pontos no BDI-II (i.e., pontuações inferiores ou iguais a 13 indicam sintomatologia mínima) (Beck et al., 2013); e um grau de mudança (i.e., tamanho do efeito) de acordo com o Índice de Mudança Fiável (Morgan-Lopez et al., 2022) superior a 50. A amostra final de participantes foi constituída por 26 casos (20 de sucesso terapêutico e 6 de insucesso terapêutico).

1.1.2. Terapeutas

A implementação do protocolo de TCC para a depressão foi assegurada por cinco psicólogas clínicas: três mestres em Psicologia Clínica e da Saúde e duas Doutoradas em Psicologia Clínica, estas últimas com mais de 10 anos de experiência clínica em TCC.

No total, a experiência clínica em TCC dos terapeutas variou entre os 5 e os 14 anos. Os terapeutas com menos experiência beneficiaram de treino prévio no protocolo de TCC para a depressão adotado, bem como de supervisão clínica semanal pelas duas terapeutas com mais experiência, que asseguraram intervenção entre ambas para os casos por si acompanhados.

1.1.3. Terapia

O protocolo de TCC para a depressão implementado no presente estudo constitui-se numa adaptação dos protocolos de TCC para a depressão de Beck (2013) e de Leahy et al (2000). Foi composto por 16 sessões, semanais, com duração de aproximadamente de 60 minutos. A 1ª e 2ª sessão contemplou a listagem dos problemas do cliente, bem como a devolução da formulação clínica inicial do caso. O protocolo estabeleceu: (i) entre a 3ª e 4ª sessão, a definição dos objetivos terapêuticos e do racional da TCC ajustado ao caso; (ii) entre a 4ª e a 12ª sessão as intervenções comportamentais (e.g., ativação comportamental); (iii) entre a 6ª e 15ª sessão as intervenções cognitivas (e.g., reestruturação cognitiva) e focadas na resolução de problemas e treino de competências (e.g., resolução de problemas pessoais e interpessoais); e (iv) entre a 14ª e a 16ª sessão (final) a prevenção da recaída. Contudo, a implementação das diferentes técnicas previstas pelo protocolo previu o ajustamento e adaptação às necessidades de cada cliente, sendo antecipada a respetiva flexibilidade (Leahy et al., 2012).

1.2. Instrumentos

Para este estudo recorreu-se a duas medidas de resultado terapêutico, o BDI-II (Coelho et al., 2002) para avaliar a sintomatologia depressiva, e o OQ 45-2 (Machado & Fassnacht,

2015), para avaliar a sintomatologia geral, na última sessão. Para avaliar a adesão terapêutica ao protocolo de TCC recorreu-se aos Critérios de Adesão para a Terapia Cognitivo-Comportamental de Watson et al. (2003), uma medida qualitativa.

1.2.1. Medidas de resultado

1.2.2.1. Beck Depression Inventory - 2nd Edition (BDI-II)

O BDI-II (Beck, 2013), com validação portuguesa de Coelho et al. (2002) é um questionário de autorrelato, com 21 itens na totalidade, que avalia a intensidade da sintomatologia depressiva em pessoas com idade igual ou superior a 13 anos. Os itens deste questionário alicerçam-se nos critérios de diagnóstico do DSM-IV, incluindo: tristeza e choro, fracasso, perda de prazer, sentimentos de culpa e punição, autodepreciação, autocriticismo e pensamentos de inutilidade, pensamentos suicidas, agitação, perda de interesse, indecisão, perda de energia e cansaço, alterações no padrão de sono, irritabilidade, alterações no apetite, dificuldade de concentração e alterações no interesse sexual. Cada item é pontuado numa escala de Likert entre 0 e 3 pontos, sendo a pontuação máxima de 63. Através do valor final, é possível aferir-se a intensidade dos sintomas depressivos da pessoa, sendo que os mesmos poderão traduzir-se em sem depressão (0 a 13), depressão ligeira (14 a 19), depressão moderada (20 a 28) e depressão severa (29 a 63). Na validação para a população portuguesa revelou uma consistência interna excelente (α de Cronbach = .89).

1.2.2.2. Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

O Outcome Questionnaire 45 (Lambert et al., 2004), com versão portuguesa desenvolvida por Machado e Fassnacht (2015), é um instrumento de autorrelato, que avalia

sintomas psicopatológicos gerais no adulto. É constituído por 45 itens, avaliados numa escala de Likert que varia entre 0 e 5 pontos, podendo obter-se a pontuação máxima de 180 pontos. Para além de um valor total, avalia três dimensões/subescalas: Desconforto Subjetivo (SD), composta por 25 itens; Relações Interpessoais (IR), composta por 11 itens e Desempenho do Papel Social (SR), composta por 9 itens. Este questionário afere, também, através da escala Relações Interpessoais (RI) o bem-estar geral do indivíduo para com o seu parceiro, família e amigos, em distintas áreas de vida (escola, trabalho, lazer). Pontuações gerais mais altas indicam alto sofrimento e mau funcionamento do sujeito, e vice-versa. No estudo de Machado e Fassnacht (2015), as estimativas de consistência interna mostraram índices adequados para as duas subescalas Desconforto Subjetivo (SD) e Relações Interpessoais (IR), bem como para a pontuação total referente a todas as três amostras presentes no estudo (α de Cronbach = .70 - .92). No entanto, a consistência interna da subescala Papel Social (SR) não se demonstrou como sendo adequada (α de Cronbach = .56 - .61). Relativamente à consistência para o valor total, a versão portuguesa deste instrumento apresenta valores aceitáveis (alfa cronbach 0.69) e boa fiabilidade (0.896).

1.2.2. Medidas de processo

1.2.2.1. Critérios de Adesão para a Terapia Cognitivo-Comportamental

A medida utilizada para aferir a adesão terapêutica consiste numa escala que avalia Critérios de Adesão para a Terapia Cognitivo-Comportamental (CA-TCC) de Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, and e Steckley (2003), para a codificação da adesão terapêutica à TCC para a depressão. A escala foi desenvolvida no âmbito de um ensaio clínico de comparação da eficácia da TCC com a Terapia Focada nas Emoções (TFE), tendo para o efeito sido construída uma segunda escala adaptada para a TFE. Os CA-TCC foram adaptados da escala Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (Hill et al., 1992).

Os CA-TCC de Watson et al. (2003) englobam 40 técnicas, divididas por cinco

categorias, numerados de 1-5, avaliadas a partir da análise do conteúdo de sessões de TCC. A tabela 1 apresenta as 40 técnicas divididas pelas cinco categorias: Comportamentos do terapeuta únicos e essenciais na TCC; Comportamentos essenciais, mas não únicos da TCC; Comportamentos aceitáveis, mas não necessários na TCC; Comportamentos proscritos (não são permitidos na TCC) e Outros.

A categoria 1 - Comportamentos do terapeuta únicos e essenciais na TCC - é composta por vinte técnicas. Correspondem a procedimentos adotados pelo terapeuta específicos da TCC, que não são usados noutras abordagens terapêuticas. A categoria 2 - Comportamentos essenciais, mas não únicos da TCC - é composta por dez técnicas, e comparando a TCC com outras abordagens, são esperadas na TCC; contudo, também podem estar presentes noutras abordagens. A categoria 3 - Comportamentos aceitáveis, mas não necessários na TCC - é composta por cinco técnicas e correspondem a comportamentos do terapeuta que devem surgir numa dosagem ou intensidade reduzidas, potencializando o impacto de técnicas necessárias e únicas de outras abordagens, ou transversais às várias abordagens (e.g., explorar a história do cliente início das sessões). A categoria 4 - Comportamentos proscritos (não são permitidos na TCC) - é composta por cinco técnicas, e corresponde a comportamentos do terapeuta que não devem ocorrer na TCC, porque podem violar a coerência dos protocolos. A categoria 5 - Outros - Integra as declarações do terapeuta que foram inaudíveis ou monossilábicas (e.g., Hmmm, sim, certo), sem correspondência a qualquer das categorias anteriores.

O cálculo do nível de adesão terapêutica, de acordo com Watson et al (2003), inclui o cumprimento de três critérios concomitantes para estar assegurada uma boa adesão: (i) a presença de todas as 20 técnicas da categoria 1 - Únicas e essenciais na TCC; (ii) a percentagem total das categorias “Essenciais” (Categoria 1 + Categoria 2) corresponder à maioria a percentagem total de técnicas implementadas; e (iii) não se registar qualquer técnicas da categoria 4 - técnicas proscritas na TCC.

Tabela 1

Lista de técnicas - Critérios de adesão para a TCC (CA-TCC; Watson et al., 2003)

Categoria	Técnicas
e essencial na TCC	A) Registo de pensamentos/Utilização de agendas de atividades B) Questões relacionadas com o trabalho de casa C) Pensamentos D) Desafiar pensamentos automáticos E) Crenças centrais F) Pressupostos subjacentes/Crenças intermédias G) Erros cognitivos/distorções H) Tomada de outra perspetiva I) Respostas alternativas J) Role-Play K) Reenquadramento L) Testar crenças prospectivamente M) Análise de evidências N) Exploração do significado pessoal O) Classificação de sentimentos P) Classificação de pensamentos Q) Persuasão didática R) Relação de pensamentos e sentimentos S) Trabalho de casa T) Afirmações metacognitivas
2 – Essenciais, mas não únicos da TCC	A) Racional do tratamento B) Objetivos de tratamento C) Resposta empática de base D) Finalização E) Autoafirmações negativas F) Explicação do modelo terapêutico G) Identificação de sentimentos H) Relação entre sentimentos e comportamentos I) Solicitação de maior elaboração J) Avaliação do risco de suicídio
3 – Aceitáveis, mas não necessários na TCC	A) Autorrevelações B) Exploração da infância C) Observações avaliativas D) Pedido de informações E) Pedido de feedback
4 – Proscritos (não permitido na TCC)	A) Interpretações B) Conexões C) Identificação de marcadores e/ou desenvolvimento de tarefas da terapia experiencial D) Evocação/exploração de diferentes partes do self E) Identificação de necessidades relacionadas com emoções
5 - Outros	São codificadas aqui as declarações do terapeuta que foram inaudíveis ou monossilábicas (i.e. Hmmm, sim, certo).

1.3. Procedimentos

1.3.1. Procedimentos de recolha de dados – Resultado

A recolha dos dados concomitantes ao resultado terapêutico decorreu a partir da administração do BDI-II (Coelho et al., 2002) e do OQ-45.2 (Machado & Fassnacht, 2015), na sessão 0, para efeitos de seleção dos participantes, e de 4 em 4 sessões - 1, 4, 8, 12 e 16 - para efeitos de monitorização da sintomatologia ao longo do protocolo de TCC. A administração decorreu nas instalações do Centro de Apoio e Serviço Psicológico - CASP e/ou na Unidade de Desenvolvimento e Investigação em Psicologia – UNIDEP – da Universidade da Maia, onde decorreram as sessões. O resultado dos dois instrumentos foi omitido ao terapeuta até ao final do processo terapêutico, tendo a cotação sido salvaguardada por investigadores do projeto. Neste estudo, para aferir o resultado terapêutico para o objetivo específico 2 (comparação da adesão terapêutica entre casos de sucesso e insucesso) foram utilizados os dados de evolução da sessão 0 e sessão 16, e o RCI, tal como referido na descrição do processo de amostragem, tendo em conta apenas os dados do BDI-II (sintomatologia depressiva). Para aferir o resultado terapêutico para o objetivo 3 (correlação entre adesão terapêutica e resultado terapêutico, através da sintomatologia depressiva e geral), recorreu-se aos valores do BDI-II e do OQ-10, a versão reduzida do OQ-45 (10 itens; Ref.).

1.3.2. Procedimentos de codificação de dados - Processo

Para efeitos de análise da adesão terapêutica, foram utilizadas as transcrições das 16 sessões de cada participante (N = 26). Foram selecionados, aleatoriamente, 20 minutos de três sessões para cada um dos participantes, correspondendo uma sessão à fase inicial, uma à fase

intermédia e uma à fase final da terapia, para posterior codificação a partir dos CA-TCC (Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, and e Steckley, 2003),

O processo de codificação foi assegurado por três codificadores (juízes), mestres em Psicologia Clínica e da Saúde, com treino e experiência prévia em TCC e treino prévio na codificação de sessões de psicoterapia a partir dos CA-TCC (Watson et al., 2013), sem participação no projeto original, e uma auditora, psicoterapeuta especialista, com mais de 20 anos de experiência em TCC. O material selecionado foi integralmente codificado pelos três codificadores independentemente e alvo de consenso posterior entre os três, sendo sujeito a auditoria em caso de ausência de consenso em relação aos critérios de codificação versus material codificado. Ao longo do processo de codificação, foi construída uma base de dados (ficheiro Excel) para o cálculo da fidelidade dos dados obtidos através do k de Cohen (Warrens, 2015)

O resultado do processo de codificação, revelou um bom nível de fidelidade (Kappa de Kohen = .845), sendo o valor mínimo 0.60 e o valor máximo 0.92. Este valor é indicativo de um acordo sólido entre os codificadores (Warrens, 2015).

1.3.3. Procedimentos de Análise Estatística

Para a análise de dados recorreu-se ao Microsoft Excel e ao software SPSS, versão 28. Por forma a responder às questões de investigação elaboradas, foram realizadas as seguintes análises: dois testes-t para amostras independentes, utilizando o sucesso/insucesso como variável de agrupamento/independente e as variáveis relacionadas com a adesão aplicáveis (i.e., técnicas das categorias “Essenciais”, técnicas da categoria “Aceitáveis”), como variáveis dependentes; quatro testes de correlação de Spearman, utilizando as técnicas das categorias “Únicas e essenciais na TCC”, “Essenciais mas não únicas da TCC” e da categoria “Aceitáveis”, utilizando a sintomatologia depressiva e a sintomatologia geral como variáveis.

Também foram realizadas análises descritivas de cada uma das variáveis em estudo relacionadas com a adesão (i.e., técnicas da categoria “Únicas e essenciais na TCC” [C1], técnicas da categoria “Essenciais mas não únicas da TCC” [C2], técnicas da categoria “Aceitáveis” [C3], técnicas da categoria “Proscritas” [C4], técnicas da categoria “Outras” [C5]), bem como da sintomatologia geral e depressiva, através do cálculo de valores mínimos, máximos, médias e desvios-padrão. Foi utilizado o indicador de tamanho de efeito d de Cohen na aplicação dos testes- t para amostras independentes. O nível de significância utilizado para todas as análises estatísticas foi de $p < .05$.

2. Resultados

Segue-se a descrição dos resultados, seguindo a ordem dos objetivos específicos do estudo.

2.1. Adesão ao protocolo de TCC

De acordo com Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, and e Steckley (2003), três critérios são usados para aferir a qualidade da adesão ao protocolo de TCC para a depressão: (i) na amostra total, estão presentes todas as técnicas da Categoria 1 - Técnicas únicas e essenciais na TCC; (ii) o somatório da Categoria 1 (Técnicas únicas e essenciais na TCC) e Categoria 2 (Técnicas essenciais, mas não únicas da TCC) corresponde à maioria da percentagem de técnicas da amostra total; e (iii) a ausência de técnicas da Categoria 4 -Proscritas para a TCC.

Critério 1

A análise dos dados permite verificar que o primeiro critério foi cumprido, na medida em que estão presentes todas as técnicas da Categoria 1 - Técnicas únicas e essenciais na TCC - aferido pela análise da “presença” versus “ausência” de cada uma destas técnicas na amostra total de técnicas codificadas.

Critério 2

A Tabela 2 apresenta os resultados do cálculo das percentagens de cada categoria de técnicas utilizada para avaliar o nível de adesão ao protocolo de TCC, para a totalidade da amostra de participantes.

Tabela 2

Percentagem e frequência de cada categoria de técnicas (N=26)

Técnicas	Frequência (%)
Únicas e essenciais na TCC (C1)	1416 (38.83)
Essenciais, mas não únicas da TCC (C2)	1832 (50.23)
Aceitáveis na TCC (C3)	385 (10.56)
Proscritas na TCC (C4)	0
Outras (C5)	0

Nota. A adesão terapêutica foi medida através das categorias das técnicas utilizadas utilizando a escala que avalia Critérios de Adesão para a Terapia Cognitivo-Comportamental (CA-TCC) de Watson et al. (2003), sendo que valores elevados de C1 e C2 apontam para níveis elevados de adesão terapêutica.

Os resultados demonstram que o critério 2 foi cumprido, correspondendo o valor da percentagem total de categorias essenciais da TCC [C1 – Técnicas Únicas e Essenciais na TCC (38,83%) + C2 – Técnicas Essenciais mas não Unicas na TCC (50,23%)] a 89,1% do total de técnicas utilizadas, apontando para um nível muito bom de adesão terapêutica.

Critério 3

Tal como apresentado na Tabela 2, também o critério 3 foi cumprido para a amostra total de técnicas implementadas, não se verificando a presença de técnicas C4 - Proscritas para a TCC (0%).

2.2. Comparação da adesão terapêutica/tipos de técnicas: Sucesso versus insucesso

Para efeito da exploração de diferenças entre os casos de sucesso e de insucesso na adesão terapêutica/ técnicas “Essenciais” (C1+C2) e “Aceitáveis” (C3) para a TCC, procedeu-se à análise da normalidade da distribuição dos dados dos dois grupos. Foi observado um desvio ligeiro de curtose no grupo de sucesso (Curtose_Essenciais = 3.46, Curtose_Aceitáveis = 2.48), mas não no grupo de insucesso (Curtose_Essenciais = -1.36, Curtose_Aceitáveis = -1.35). Não foram observados desvios relevantes de simetria, nem no grupo de sucesso (Simetria_Essenciais = 1.50, Simetria_Aceitáveis = -1.26), nem no grupo de insucesso (Simetria_Essenciais = 0.523, Simetria_Aceitáveis = -0.524). A Tabela 3 apresenta os resultados da comparação das diferenças entre casos de sucesso e de insucesso na adesão terapêutica/tipos de técnicas, na amostra em estudo.

Tabela 3

Comparação da AT/tipo técnicas entre casos de Sucesso e Insucesso (t test)

	Sucesso (N = 20)		Insucesso (N = 6)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Essenciais	67.23	10.69	69.78	1.87	.29	.771	.14
Aceitáveis	31.54	10.82	30.22	1.87	-.57	.571	-.27

Nota. A adesão terapêutica foi medida através das categorias das técnicas utilizadas utilizando a escala que avalia Critérios de Adesão para a Terapia Cognitivo-Comportamental (CA-TCC) de Watson et al. (2003), sendo que valores elevados de C1 e C2 apontam para níveis elevados de adesão terapêutica. A variável “Essenciais” corresponde à soma das categorias C1 (“Únicas e essenciais na TCC”) e C2 (“Essenciais mas não únicas da TCC”). A variável “Aceitáveis” corresponde à categoria C3. Os grupos de sucesso e insucesso correspondem, respectivamente, ao grupo de pacientes que apresentou sucesso e insucesso terapêutico.

Os resultados indicam não existir diferenças entre casos de sucesso ($M = 67.23$, $DP = 10.69$) e insucesso ($M = 69.78$, $DP = 1.87$) no que respeita à percentagem de técnicas Essenciais ($t = .29$, $p = .771$), nem para a percentagem de técnicas Aceitáveis ($t = -.57$, $p = .571$), entre casos de sucesso ($M = 31.54$, $DP = 10.82$) e insucesso ($M = 30.22$, $DP = 1.87$).

2.3. Associação entre tipo de técnicas e sintomas psicopatológicos

Para efeito da exploração de correlações entre a adesão terapêutica/ técnicas “Essenciais” (C1+C2) e “Aceitáveis” (C3) para a TCC e o grau de sintomatologia depressiva e geral na última sessão, procedeu-se à análise da normalidade da distribuição dos dados na amostra total de casos. Foi observado um desvio de curtose ($Curtose_Essenciais = 4.33$, $Curtose_Aceitáveis = 3.58$), mas não de simetria ($Simetria_Essenciais = 1.43$, $Simetria_Aceitáveis = -1.28$). A Tabela 4 apresenta os resultados das correlações entre adesão

terapêutica/tipos de técnicas e sintomatologia depressiva e geral (sessão 16).

Tabela 4

Correlações de Pearson entre a AT/Tipo de técnicas e sintomas depressivos e gerais (N = 26)

AT/Técnicas	Essenciais	Aceitáveis
Sintomas		
Sintomas depressivos	$r = .71^{***}$ $p < .001$	$r = -.67^{***}$ $p < .001$
Sintomas gerais	$r = .67^{***}$ $p < .001$	$r = -.60^{**}$ $p = .001$

Nota. Os sintomas depressivos foram medidos utilizando a escala X e os sintomas gerais foram medidos utilizando a escala de Watson et al (2003). A adesão terapêutica foi medida através das categorias das técnicas utilizadas utilizando a escala que avalia Critérios de Adesão para a Terapia Cognitivo-Comportamental (CA-TCC) de Watson et al. (2003), sendo que valores elevados de C1 e C2 apontam para níveis elevados de adesão terapêutica. A variável “Essenciais” corresponde à soma das categorias C1 (“Únicas e essenciais na TCC”) e C2 (“Essenciais mas não únicas da TCC”). A variável “Aceitáveis” corresponde à categoria C3.

$^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

Os resultados demonstram correlações positivas moderadas, estatisticamente significativas ($p < .001$) entre os sintomas depressivos ($r = .71$, $p < .001$) e os sintomas gerais ($r = .67$, $p < .001$) e as técnicas Essenciais para a TCC. Demonstram, também, correlações negativas moderadas, estatisticamente significativas ($p = .001$ ou $p < .001$), entre os sintomas depressivos ($r = -.67$, $p < .001$) e sintomas gerais ($r = -.60$, $p = .001$) e as técnicas Aceitáveis para a TCC.

3. Discussão

A adesão terapêutica em todas as modalidades de psicoterapia, mais particularmente na TCC, é essencial para garantir a integridade da administração dos protocolos de intervenção, bem como para aferir a eficácia da TCC, tendo em conta os mecanismos de mudança inerentes ao longo da terapia (Leahy et al., 2012). Assim, é essencial compreender o papel da adesão

terapêutica em psicoterapia, para assim salvaguardar-se práticas empiricamente apoiadas, bem como para compreender-se os efeitos potenciadores da TCC para a perturbação depressiva (Folke et al., 2017).

Este estudo teve como principal objetivo aferir e caracterizar o grau de adesão terapêutica a um protocolo de TCC com uma amostra de clientes diagnosticados com perturbação depressiva ligeira a morada, integrados num ensaio clínico. Possuiu, ainda, como objetivos secundários explorar a existência de diferenças na adesão terapêutica e tipos de técnicas ao protocolo de TCC utilizado neste estudo entre casos de sucesso e insucesso terapêutico, bem como averiguar a existência de associações entre os níveis de adesão terapêutica e tipos de técnicas no resultado da TCC, ou seja, na sintomatologia depressiva e geral, nos casos em estudo no final da terapia.

No que diz respeito ao principal objetivo específico do estudo, os resultados mostram que foram cumpridos todos os critérios da Escala de Watson et al. (2003): na globalidade da amostra, estão presentes todas as técnicas únicas e essenciais para a TCC; as técnicas essenciais para a TCC (e.g. o somatório das técnicas essenciais e únicas da TCC com as técnicas essenciais, mas não únicas da TCC) corresponde à maioria da percentagem de técnicas presentes na amostra total, ou seja, a 89.1%, sendo que esta percentagem é também superior à de técnicas Aceitáveis na TCC (10.56%); não se registaram, também, o uso de técnicas Proscritas para a TCC. Desta forma, constata-se que os terapeutas cumpriram com os requisitos de administração do protocolo utilizado, em terapia, nesta amostra, salvaguardando a integridade do mesmo (Watson et al., ...).

Assim, ao assegurar-se a integridade da implementação do protocolo de TCC, garante-se, de igual forma, a fidelidade deste ensaio clínico no que à amostra de participantes que beneficiaram de TCC para a perturbação depressiva diz respeito. Tal como constata-se na literatura, este estudo vai de encontro aos resultados do estudo de Watson et al. (1993). Conclui-

se, também, que a adesão a um protocolo de TCC influencia os resultados na perturbação depressiva (Feeley et al., 1999). Desta forma, para que haja adesão em TCC, mais particularmente na depressão, é necessário que exista flexibilidade, por parte dos terapeutas, para com o protocolo de TCC (Bruijnks et al., 2018).

A escala utilizada neste estudo revelou-se como sendo um instrumento estruturado para avaliar a adesão terapêutica. No entanto, há que salientar que, no estudo original de Watson et al. (1993), o protocolo de TCC utilizado foca-se, principalmente, nos mecanismos cognitivos de mudança; assim, o foco central da terapia utilizada neste estudo incide sobre as técnicas cognitivas (e.g., categoria 1 - Técnicas únicas e essenciais para a TCC, da CA_TCC). No protocolo de TCC utilizado no estudo de Watson et al. (1993), a TCC incide, sobretudo, em vários mecanismos de mudança emocionais e comportamentais, com o objetivo de promover a mudança cognitiva. Desta forma, a intervenção terapêutica utilizada neste estudo não se foca em técnicas cognitivas igualmente importantes e salientes, tais como a utilização de técnicas emocionais e comportamentais, orientadas para o treino de competências e resolução de problemas de vida pessoais e interpessoais (Leahy et al., 2012). Assim, a escala de CA-TCC de Watson et al. (1993) poderá não ser a mais fidedigna para avaliar a adesão terapêutica a um protocolo de TCC, ainda que com o mesmo pressuposto de base garantido por esta abordagem: a mudança sintomatológica e comportamental, como resultado da reestruturação de crenças disfuncionais e irrealistas, que impedem o paciente de adaptar-se às suas circunstâncias de vida, de onde a depressão pode ser uma consequência e fator de manutenção (Beck, 2021).

No que ao segundo objetivo deste estudo diz respeito, à exploração de diferenças entre os casos de sucesso e insucesso no que respeita ao nível de adesão terapêutica e tipo de técnicas, não se registam diferenças significativas. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Snippe et al. (2018), o qual verificou que a adesão do terapeuta em TCC não é uma variável preditora da redução da sintomatologia depressiva. Uma das hipóteses do resultado terapêutico não ser

explicado por diferenças na adesão terapêutica é o facto de os terapeutas demonstrarem o mesmo nível de adesão ao protocolo em causa, independentemente do resultado terapêutico. Deste modo, deduz-se que o resultado terapêutico (sucesso vs insucesso) dos casos terá sido influenciado por outras variáveis concomitantes ao cliente (e.g., grau de severidade dos sintomas, comorbilidade, adesão às sessões e tarefas de generalização) e/ou do processo (e.g., aliança terapêutica, responsividade terapêutica).

De salientar, contudo, que esta amostra de participantes é reduzida, e possui uma discrepância significativa entre o número de casos de sucesso ($n = 20$) e de insucesso ($n = 6$). Isto influencia a deteção de diferenças entre os dois tipos de caso. Estes resultados vão ainda ao encontro dos resultados de outros estudos na área, nomeadamente, ao estudo de Hill et al. (1992), que demonstrou que a exibição dos terapeutas de TCC de um número superior de técnicas específicas desta modalidade de terapia e uma reduzida sobreposição de técnicas das restantes terapias, influencia os resultados (sucesso vs insucesso) na terapia. Os resultados obtidos neste estudo, em termos do impacto da adesão nos casos de sucesso e insucesso, vão também ao encontro aos resultados obtidos no estudo de Weck et al (2014), sendo que, efetivamente, avaliações mais baixas da adesão terapêutica associam-se a resultados de insucesso terapêutico, e vice-versa. Cameron et al. (2018) também refere que a adesão possui um efeito preditivo nos resultados terapêuticos da TCC, para o tratamento da perturbação depressiva. Em todo o caso, e como Barber et al. (2016) defende, a relação entre a adesão e a eficácia terapêutica não é linear, pelo que deverá ser mais explorada com maior afinco em estudos futuros. Através dos bons níveis de adesão terapêutica ao protocolo de TCC desta amostra de clientes com perturbação depressiva, bem como da inexistência de diferenças significativas entre os casos de sucesso e de insucesso, conclui-se que os terapeutas foram fiéis ao protocolo de intervenção, independentemente do resultado terapêutico.

Em relação ao terceiro objetivo deste estudo, averiguar a existência de associações entre

os níveis de adesão terapêutica e tipos de técnicas no resultado da TCC, na sintomatologia depressiva e geral, nos casos em estudo no final da terapia, os resultados das correlações obtidas neste estudo indicam que níveis superiores de sintomatologia final associam-se a um número mais elevado de técnicas Essenciais da TCC, bem como a um número menos elevado de técnicas Aceitáveis na TCC. O facto de os níveis de adesão às técnicas Essenciais da TCC associar-se positivamente à sintomatologia depressiva e geral não era expectável, na medida em que a literatura evidencia que a adesão a este tipo de técnicas associa-se a uma redução dessa mesma sintomatologia (Feeley et al., 1999; Webb et al., 2012).

Uma das possíveis explicações para a existência desta associação prende-se com o facto de haver necessidade, durante o processo terapêutico, de uma maior flexibilidade do terapeuta face à adesão do protocolo de TCC. Além disso, verificou-se que os níveis de adesão às técnicas aceitáveis na TCC relacionam-se com uma redução da sintomatologia depressiva e geral final. Este resultado explica-se por uma necessidade de flexibilidade, ao nível de adesão, a que alguns terapeutas terão recorrido para ir ao encontro das necessidades específicas presentes nos casos que acompanharam.

De qualquer forma, a adesão terapêutica nem sempre se associa a uma boa eficácia terapêutica, tal como verifica-se no estudo de Weck et al. (2013) em que se observou a relação entre a adesão e a sintomatologia depressiva, bem como no estudo de Alexandersson et al. (2022), na medida em que uma baixa adesão - também em casos de sucesso terapêutico - pode refletir o recurso do terapeuta a outras técnicas que não as essenciais da TCC (Snippe et al., 2019). Assim, a baixa adesão poderá ser explicada pelo efeito de variáveis não medidas (e.g., responsividade, aliança terapêutica, comorbilidades). É importante salientar, também, que o nível de adesão pode variar no decurso da terapia (Lange et al., 2019), sendo que a mesma pode ser prejudicada quando os pacientes não estão empenhados no tratamento (Snippe et al., 2018). Por outro lado, as correlações observadas neste estudo podem também revelar-se como um bom

indicador de adesão à TCC nesta amostra, sendo que a utilização de técnicas Essenciais da TCC correlaciona-se, positivamente, com a eficácia global da terapia.

Assim, uma das limitações deste estudo, impostas pelo tamanho reduzido da amostra, impede a atenuação das variações das características nas amostras clínicas em termos de grau e severidade da sintomatologia e de uma eventual comorbilidade. Será importante explorar, em estudos futuros, com a mesma amostra, a relação entre a severidade dos casos na sessão 0 (sessão de avaliação da sintomatologia depressiva), e o resultado da terapia na última sessão (sessão 16), bem como a relação entre a evolução dos sintomas e o recurso a técnicas Essenciais da TCC versus técnicas de outras abordagens. Desta forma, seria possível perceber com maior afinco, se níveis mais graves de sintomatologia no início da TCC associam-se a níveis mais elevados do recurso a técnicas Essenciais de TCC, validando-as do ponto de vista da eficácia.

O facto de os pacientes desta amostra possuírem perturbação depressiva ligeira a moderada, bem como a percentagem de sucesso da TCC nesta amostra ser muito elevada (em 26 casos, 76,9% são casos de sucesso e 23,1% casos de insucesso), tal como é referido anteriormente, poderá ter impacto para identificar associações mais claras entre o grau de severidade da sintomatologia e o resultado terapêutico. Salienta-se, uma vez mais, o carácter exploratório dos dados para aferir associações entre a adesão terapêutica e o resultado terapêutico nesta amostra.

4. Conclusão

Este estudo, integrado numa perspetiva exploratória, pretende contribuir para compreender a relação entre a adesão terapêutica e a eficácia da TCC para a depressão. Assim, o primeiro objetivo define-se por avaliar a integridade da implementação de um protocolo de

TCC numa amostra específica de clientes com perturbação depressiva, para garantir-se fidelidade do ensaio clínico à qual esta amostra pertence. Os resultados demonstram um nível elevado de adesão terapêutica, pelo que garante-se, desta forma, a integridade do protocolo.

Para além disto, este estudo visa explorar as associações entre adesão terapêutica ao protocolo e o resultado da TCC, nesta mesma amostra. Os resultados indicam a inexistência de diferenças na adesão terapêutica entre casos de sucesso e insucesso, bem como uma correlação positiva entre sintomas depressivos e gerais e técnicas Essenciais da TCC, e negativa entre sintomas depressivos e gerais e técnicas Aceitáveis na TCC, na totalidade da amostra. Conclui-se que a elevada adesão terapêutica global garantiu a integridade do protocolo de TCC utilizado, e níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e geral associam-se a um maior recurso a técnicas Essenciais que derivam da TCC. Este resultado valida a importante relação entre as técnicas do protocolo de TCC e o resultado terapêutico numa amostra global de casos clínicos com um resultado terapêutico de elevado sucesso.

As principais limitações do estudo reportam-se para as características desta amostra de casos em estudo (e.g., tamanho da amostra, disparidade entre casos de sucesso vs insucesso, grau de sucesso da amostra global), que consente apenas uma análise exploratória que não permite conclusões mais aprofundadas no que diz respeito à relação entre a adesão terapêutica e o resultado terapêutico. Outra das limitações deste estudo reporta-nos para a escala CA-TCC proposta por Watson et al. (1993), que não traduz a variabilidade de técnicas Essenciais à TCC.

Além disso, esta escala possui uma natureza mais cognitivista, não estando nela contempladas algumas das técnicas inscritas na TCC e cuja utilização é importante em casos de pacientes com perturbações depressivas. Poderão, eventualmente, ter sido utilizadas pelos terapeutas da amostra técnicas de natureza mais comportamental (e.g., treino de assertividade, treino de resolução de problemas), não tendo sido estas contempladas na escala utilizada para medir a adesão. Outra limitação do presente estudo prende-se com a escassez de investigações

que tenham utilizado esta escala, bem como a lacuna existente na literatura acerca da adesão à TCC para perturbações depressivas.

Estudos futuros deverão contribuir para compreender-se o papel da adesão terapêutica na eficácia da TCC, nomeadamente, para a perturbação depressiva, com uma amostra maior; isto permitirá aferir a relação entre adesão terapêutica e resultado terapêutico. A relação entre a adesão terapêutica e outras variáveis inerentes ao processo de tratamento (e.g., adesão do cliente, severidade da sintomatologia; relação terapêutica), poderá também ser importante para uma compreensão mais ampla dos processos e mecanismos subjacentes à eficácia da TCC, nomeadamente para a perturbação depressiva. Por fim, sugere-se, ainda, o investimento em estudos que visem a construção e validação de medidas de avaliação da adesão terapêutica, que reúnam o consenso da comunidade científica.

Referências

- Alexandersson, K., Wågberg, M., Ekeblad, A., Holmqvist, R., & Falkenström, F. (2022). Session-to-session effects of therapist adherence and facilitative conditions on symptom change in CBT and IPT for depression. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2025626>
- Altenstein-Yamanaka, D., Zimmermann, J., Krieger, T., Dörig, N., & Holtforth, G. M. (2017). Self-reported interpersonal problems and impact messages as perceived by significant others are differentially associated with the process and outcome of depression therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 410-423. <http://doi.org/10.1037/cou000022>
- Alves, S., Fonte, C., & Martins, L. (2020). Abandono do tratamento em psicoterapia: Fatores sociodemográficos, institucionais e clínicos. *Contextos Clínicos*, 13(1), 36-59. <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.131.03>
- Amole, M. C., Cyranowski, J. M., Conklin, L. R., Karkowitz, J. C., Martin, S. E., & Swartz, H.A. (2016). Therapist use of specific and nonspecific strategies across two affect-focused psychotherapies for depression: Role of adherence monitoring. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(3), 381-394. <https://doi.org/10.1037/int0000039>

- Andony, L. J., Tay, E., Allen, K. L., Wade, T. D., Hay, P., Touyz, S., McIntosh, V. V. W., Treasure, J., Schmidt, U. H., Fairburn, C. G., Erceg-Hun, D. M., Fursland, A., Crosby, R. D., & Byrne, S. M. (2015). Therapist adherence in the strong without anorexia nervosa (SWAN) study: A randomized controlled trial of three treatments for adults with anorexia nervosa: Therapist adherence. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1170-1175. <https://doi.org/10.1002/eat.22455>
- Barber, J., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M., Weiss, R., & Gibbons, M. B.C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and the alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(1), 229-240. <https://doi.org/10.1080/10503300500288951>
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II* Manual (1^a ed.). New York: The Psychological Corporation.
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* (3^a ed). Artmed.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In: M.J. Lambert (Ed). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.219-257). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Brauhardt, A., de Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S., Svaldi, J., Friederich, H., & Hilbert, (2014). Therapist adherence in individual cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: Assessment, course, and predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 61(1), 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.014>
- Cameron, S. K., Rodgers, J., & Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in Cognitive-behavior therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(2), 1-37. <https://doi.org/10.1002/cpp.2180>
- Campos-Melady, M., Smith, J. E., Meyers, R. J., Godley, S. H., & Godley, M. D. (2017). The effect of therapists' adherence and competence in delivering the adolescent community reinforcement approach on client outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(1), 117-129. <https://doi.org/10.1037/adb0000216>
- Chapman, J. E., & Schoenwald, S. K. (2011). Ethnic similarity, therapist adherence, and long-term multisystemic therapy outcomes. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 19(1), 3-16. <https://doi.org/10.1177/1063426610376773>
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17(4), 222-226. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(02\)00663-6](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00663-6)

Coelho, A., Vilarés, C., Silva, M., Rodrigues, C., Costa, M., Gordicho, S., & Caetano, P.

(2017). Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(4), 262-276. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i4.12226>

Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult

depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58(1), 7-19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>

Don, F. J., Driessen, E., Peen, J., Spijker, J., Robert, J. D., Blankers, M., & Dekker, J. J.

M. (2021). The Temporal Associations of Therapeutic Alliance and Manual Adherence With Depressive Symptom Change in Cognitive Behavioral Therapy for Adult Outpatient Major Depression. *Front. Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.602294>

Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence

and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 578.

Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., & Horvath, A.O. (2018). The alliance in

Adult Psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 12(1), 1-53. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical Interview for DSM-IV axis I disorders, clinician version (SCID-CV)* (1^a ed). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, (SCID-II)* (1^a ed). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Folke, S., Daniel, S., Gordon, M., Lunn, S., Taekker, L., & Poulsen, S. (2017). Therapist adherence is associated with outcome in cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychotherapy*, 54(2), 195-200. <https://doi.org/10.1037/pst0000107>
- Goldman, G. A., & Gregory, R. J. (2009). Preliminary relationships between adherence and outcome in dynamic deconstructive psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 480-485. <https://doi.org/10.1037/a0017947>
- Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 73-79. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.1.73>
- Hogue, A., Liddle, H. A., Rowe, C., Turner, R. M., Dakof, G. A., & LaPann, K. (1998). Treatment adherence and differentiation in individual versus family therapy for adolescent substance abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 45(1), 104–114. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.1.104>

- Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predicts outcome in cognitive behavioral therapy for panic disorder: Preliminary findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*(3), 198-204. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2005.10.001>
- Keinonen, K., & Lappalainen, R. (2020). Competence and adherence in an acceptance and values-based intervention: Effects on treatment outcome and early changes in depression. *Journal of Contextual Behavioral Science, 17*(1), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.007>
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hartfeld, D, Harmon, C., Hamilton, S. Reid, R. C., Shimokawa, K., Christopherson, C., & Burlingame, G. M. (2004). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2 Outcome Questionnaire*. American Professional Credentialing Services.
- Lange, A. M. C., van der Rijken, R. E. A., Busschbach, J. J. V., Delsing, M. J. M. H., & Scholte, R. H. J. (2017). It's not just the therapist: Therapist and country-wide experience predict therapist adherence and adolescent outcome. *Child Youth Care Forum, 46*(4), 455-471. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9388-4>
- Lange, A. M. C., van der Rijken, R. E. A., Delsing, M. J. M. H., Busschbach, J. J. V., & Scholte, R. H. J. (2018). Development of therapist adherence in relation to treatment outcomes of adolescents with behavioral problems. *Journal of Clinical Child and*

Adolescent Psychology, 48(1), 337-346.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1477049>

Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2^a ed.). The Guilford Press.

Lopez-Gomez, I., Chaves, C., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). Comparing the acceptability of a positive psychology intervention versus a cognitive behavioural therapy for clinical depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2129>

Machado, P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-off scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427-437.
<https://doi.org/10.1111/papt.12048>

Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2008). Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1), 37-48.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.020>

Marker, I, Salvaris, C.A., Thompson, E. M., Tolliday, T., & Norton, P. J. (2019). Client Motivation and Engagement in Transdiagnostic Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Predictors and Outcomes. *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 819-833. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10014-1>

McIntosh, V. V. W., Jordan, J., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Carter, F. A., Carter, J.D., Frampton, C. M. A., & Joyce, P. R. (2005). Measuring therapist adherence in psychotherapy for anorexia nervosa: Scale adaptation, psychometric properties, and distinguishing psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 15(3), 339-344. <https://doi.org/10.1080/10503300500091124>

McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, J. D., Luty, S. E., Carter, F. A., McKenzie, J.M., Frampton, C. M. A., & Joyce, P. R. (2016). Assessing the distinctiveness of psychotherapies and examining change over treatment for anorexia nervosa with cognitive-behaviour therapy, interpersonal therapy, and specialist supportive clinical management. *International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 958-962. <https://doi.org/10.1002/eat.22555>

Melo, A., & Lourenço, L. (2020). *Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de um caso de transtorno de ansiedade generalizada: Um relato de caso*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1408.pdf>

Neto, D. D., & Baptista, T. M. (2021). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Intervenções Clínicas* (1ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioural treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.

- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 384-389. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd28a>
- Perepletchikova, F., Treat, T. A., & Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829-841. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.829>
- Puls, H., Schmidt, R., & Hilbert, A. (2019). Therapist adherence and therapeutic alliance in individual cognitive-behavioural therapy for adolescent binge-eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 27(2), 182-194. <https://doi.org/10.1002/erv.2650>
- Rodriguez-Quintana, N., & Lewis, C. C. (2018). Observational coding training methods for CBT treatment fidelity: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 358-368. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9898-5>
- Schmidt, U., Wade, T. D., & Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, key features and preliminary evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 48-71. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.48>

Snippe E, Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Sanderman, R., Emmelkamp, P. M. G., &

Fleer, J. (2019). Explaining variability in therapist adherence and patient depressive symptom improvement: The role of therapist interpersonal skills and patient engagement. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 84-93. <https://doi.org/10.1002/cpp.2332>

Waltz. J., Addis, M. E., Koerner, K., Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a

psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61(4), 620-630. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.620>

Wampold, B. E., Flückiger, C., DelRe, A. C., Yulish, N.E., Frost, N. D., Pace, B. T.,

Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>

Warrens, M. J. (2015). Five ways to look at Cohen's kappa. *Journal of Psychology &*

Psychotherapy, 5(4), 1-4. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000197>

Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003).

Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 773-781. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.773>

- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Webb, C.A., DeRubeis, R.J., Dimidjian, S., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., & Shelton, R.C. (2012). Predictors of patient cognitive therapy skills and symptom change in two randomized clinical trials: The role of therapist adherence and the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 373-381. <https://doi.org/10.1037/a0027663>
- Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V., & Stangier, U. (2014). Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: Therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *British Journal of Clinical Psychology, 12*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/bjc.12063>
- Weck, F., Rudari, V., Hilling, C., Hautzinger, M., Heidenreich, T., Schermelleh-Engel, K., & Stangier, U. (2013). Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance. *Psychiatry Research, 210*(1), 140-145. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.036>
- Wilson, R., & Branch, R. (2012). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Leigos* (1ª ed). Alta Books.

Zickgraf, H. F., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., Gallop, R., Sharpless, B. A., Milrod,

B. L., & Barber, J. P. (2016). Interpersonal factors are associated with lower therapist adherence in cognitive-behavioural therapy for panic disorder: Interpersonal factors and adherence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 272-284.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1955>

Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311-325.