

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**FLÁVIA SALVI**

**PREDITORES DE RESPOSTA À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
PARA TRANSTORNO DE PÂNICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

**PORTO ALEGRE**

**2014**

**FLÁVIA SALVI**

**PREDITORES DE RESPOSTA À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
PARA TRANSTORNO DE PÂNICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra Elizeth Heldt

**PORTO ALEGRE**

**2014**

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”*

Charles Chaplin

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Luiz e Valquiria, meus maiores incentivadores, por nunca medirem esforços para que eu atingisse meus objetivos. Obrigada por todo o amor e por estarem sempre ao meu lado. Obrigada por cada ligação e pelas palavras que sempre tiveram o poder de me acalmar. Espero um dia retribuir tudo o que fizeram e fazem por mim!

À minha irmã, Louise, pelas brincadeiras e palavras amigas quando precisei e pelo apoio que sempre recebi de ti.

Ao meu noivo, Bruno, pela paciência nestes anos de namoro à distância, por ter me ensinado a ser forte quando a vida trouxe obstáculos e pelo abraço apertado sempre que precisei. Obrigada por ouvir meu choro e dividir minhas alegrias.

Aos meus amigos, que de alguma forma estiveram presentes em todos os momentos e por muitas vezes me viram cansada e mesmo assim estiveram ao meu lado me desejando sorte e vibrando com as minhas conquistas. Às amigas e colegas de faculdade, Fernanda, Carolina, Aliandra, Nathália, Nicole, e Karema, obrigada por terem feito meus dias mais leves e tornado esses anos inesquecíveis!

À minha amiga Gilmara, fostes a minha família durante esses anos. Agradeço pelos teus conselhos, pela tua alegria e sinceridade. Dividimos muito mais que um apartamento, dividimos uma parte muito importante das nossas vidas e sou muito grata pela tua amizade. Aprendi muito contigo!

À minha família, avós, dinda, tios e primos, pela torcida e carinho para que esse dia finalmente chegasse. Obrigada!

Por fim, à minha orientadora, Elizeth Heldt, por estar sempre disponível para as minhas dúvidas e anseios durante o trabalho de conclusão e principalmente, por ter confiado na minha capacidade. És uma excelente profissional e com certeza estás servindo de exemplo para minha trajetória como enfermeira.

Divido essa conquista com todos vocês, tenham certeza que foram muito importantes! Amo vocês!

## RESUMO

O transtorno de pânico (TP) caracteriza-se pela presença de ataques de ansiedade repentinos, acompanhados de sintomas físicos e afetivos. É uma condição crônica e recorrente que prejudica a qualidade de vida e o funcionamento psicossocial dos portadores. Atualmente, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um método de tratamento com eficácia comprovada, principalmente para a melhora dos sintomas de ansiedade antecipatória e a agorafobia. No entanto, muitos pacientes não respondem adequadamente a TCC. O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre os preditores de resposta à TCC para TP. Foram consultadas as bases Pubmed, ISI Web of Science, Bireme, Scopus e SciELO, considerando os seguintes critérios de inclusão: período de 2004 a 2014; idiomas inglês, espanhol ou português; com delineamento de ensaio clínico e que abordassem os preditores de resposta à TCC para TP em pacientes maiores de 18 anos. Foram encontrados na primeira busca 126 resumos e, considerando o objetivo do estudo e os critérios de inclusão, foram selecionados 18 artigos para leitura na íntegra. Um total de sete artigos preencheu plenamente os critérios de inclusão para o aceite final, sendo quatro desses com delineamento de ensaio clínico randomizado. Os estudos encontraram que maior tempo de duração da doença, maior gravidade dos sintomas de TP e agorafobia relacionados com maiores níveis de prejuízo social e a presença de comorbidades (transtorno de personalidade de esquiva, transtorno de ansiedade de separação e outros transtornos que exacerbam os sintomas de TP) foram identificados como preditores de pior resposta a TCC. Em nenhum dos estudos incluídos o sexo e idade da amostra foram preditores de resposta. Um estudo identificou como preditor de melhor resposta à TCC os pacientes que classificaram a religião como fator muito importante. Os estudos incluídos apresentaram limitações, principalmente em relação à ausência de grupo controle em três estudos e o pequeno tamanho da amostra. Os resultados confirmaram a eficácia da TCC e apontam que ainda é controverso o impacto da presença de comorbidade com transtorno de humor e de personalidade na resposta a TCC para TP.

Palavras-chave: Transtorno de pânico. Terapia cognitivo-comportamental. Preditores de resposta. Revisão Sistemática.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama de Fluxo .....	18
------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos estudos .....	19
Tabela 2 - Dados demográficos e clínicos da amostra .....	20
Tabela 3 - Resultados dos estudos sobre preditores de resposta à TCC e instrumentos de avaliação utilizados .....	21

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	11
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	11
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	12
<b>4 MÉTODO</b> .....	15
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	15
<b>4.2 Amostra</b> .....	15
<b>4.3 Seleção dos estudos</b> .....	16
<b>4.4 Análise dos estudos</b> .....	16
<b>4.5 Aspectos éticos</b> .....	17
<b>5 RESULTADOS</b> .....	18
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	24
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	28
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	30
<b>APÊNDICE – Teste de Relevância</b> .....	34
<b>ANEXO - Aprovação pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem UFRGS....</b>	35



## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Pânico (TP) caracteriza-se pela presença de ataques repentinos, acompanhados de sintomas físicos e afetivos. É um transtorno de ansiedade crônico que afeta duas a três vezes mais as mulheres do que os homens e pode atingir até 3,5% da população durante a vida. Frequentemente o início do TP é relatado após um período de estresse (MANFRO et al, 2008).

Pela cronicidade, o TP afeta a qualidade de vida dos portadores, considerando que suas manifestações podem prejudicar diversos âmbitos da vida, desde o familiar ao ocupacional (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008). Além disso, o paciente portador de TP gera gastos ao sistema de saúde também pela busca mais frequente aos serviços médicos em decorrência dos sintomas físicos experimentados durante um ataque de pânico (MENEZES et al, 2007).

Existem diversos tratamentos para o TP, entre eles encontra-se o tratamento farmacológico. A terapia medicamentosa inclui fármacos como os inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS), antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores da monoamina oxidase (IMAO). Porém, embora tenha se mostrado eficaz, muitos pacientes sob terapia medicamentosa permanecem sintomáticos (MANFRO, et al, 2008).

Um tratamento que vem se consolidando como alternativa terapêutica é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), visto que a relação custo-benefício da TCC tem-se mostrado melhor em comparação à farmacoterapia, além de ser uma alternativa aos pacientes resistentes ao tratamento medicamentoso (MANJULA et al, 2009).

A TCC está baseada em evidências realistas do grau de perigo dos sintomas sentidos pelos pacientes, através da desconstrução da ideia de que esses representariam um risco real para a saúde ou ainda, que significariam a existência de alguma doença grave. Ainda, o tratamento com TCC consiste em psicoeducação sobre o TP, com o intuito de corrigir interpretações errôneas sobre os sintomas; treinamento de técnicas para diminuir a ansiedade; reestruturação cognitiva, cujo objetivo é corrigir distorções no pensamento; exposição interoceptiva, no intuito de expor o paciente aos sintomas físicos do ataque de pânico para que aprenda a lidar

com os mesmos e exposição *in vivo*, a qual estimula o paciente a enfrentar as principais situações que teme (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Embora sua efetividade seja comprovada, o acesso dos pacientes à TCC ainda é limitado em comparação à farmacoterapia. Por isso, além de se mostrar tão efetiva quanto à terapia individual, a TCC em grupo (TCCG) é uma alternativa para aumentar o acesso dos portadores de TP ao tratamento psicológico (BERGSTRÖM et al, 2010).

A TCCG surge da adaptação das técnicas previamente utilizadas no formato individual e leva em consideração as interações provenientes das experiências humanas que promovem mudança terapêutica. Para que sejam percebidos os benefícios da TCCG, é necessário que ocorra planejamento em relação à estrutura do grupo e das sessões, além da formulação de objetivos claros e apropriados à situação clínica e que sejam viáveis de serem cumpridos dentro do tempo previsto (HELDT et al, 2008a).

Ainda, buscando a praticidade e melhor acesso ao tratamento psicológico, surge a TCC via internet, cuja metodologia se dá através de módulos, idênticos às etapas da TCC ao vivo. Através da plataforma *online*, o paciente pode entrar em contato com o terapeuta, que tem acesso às tarefas de casa e controla a frequência e aptidão para seguir o tratamento. Essa modalidade é comprovadamente eficaz e torna-se tendência considerando a vantagem da agenda adequar-se à rotina de vida dos pacientes (EL ALAOUI et al, 2013).

Atualmente, a prática da assistência em saúde mental possibilita a inserção de outras categorias profissionais, como a enfermagem, visto que existe a necessidade da interdisciplinaridade e o vínculo terapêutico para promover a reabilitação psicossocial (SILVA et al, 2013). O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) realiza a TCCG, numa proposta conduzida por enfermeiros com experiência prévia em TCC. A frequência dos encontros é semanal, realizada em 12 sessões ao longo de quatro meses (HELDT et al, 2008b).

Apesar de a TCC ser comprovadamente uma das melhores alternativas de tratamento em longo-prazo para o TP, existem fatores inerentes ao paciente que podem afetar os resultados da terapia. Um exemplo disso é a presença concomitante de agorafobia que, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-IV-Versão Revisada (DSM-IV-TR), define o comportamento de esquiva e ansiedade de estar em locais de onde pode ser difícil fugir no caso de o

paciente ter um ataque de pânico inesperado ou predisposto pela situação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Em estudo recente, foram analisadas as características dos pacientes, como idade, sexo, gravidade dos sintomas e presença e intensidade de agorafobia, que poderiam interferir na recaída dos ataques de pânico em curto período após a conclusão da TCC. Concluiu-se que pacientes com sintomas mais graves e portadores de TP com agorafobia apresentavam um período menor de tempo sem ataques de pânico em comparação aos pacientes com sintomas menos graves e sem agorafobia (WHITE et al, 2013).

Os preditores de resposta ao tratamento são os fatores inerentes ao paciente e/ou ao meio em que ele se insere e que são capazes de alterar o resultado esperado da terapia. Segundo Boswell et al (2013), conhecer as características do paciente, pode subsidiar a necessidade de treinamento do terapeuta e/ou mudanças na forma de intervenção no tratamento deste paciente.

Entretanto, as características preditoras dos portadores de TP que potencialmente afetam o resultado efetivo da TCC, seja ela em grupo ou individual, ainda vêm sendo estudadas. Portanto, definir os preditores de resposta à TCC para pacientes com TP por meio de uma revisão sistemática pode colaborar para melhorar a precisão na indicação dessa modalidade de tratamento.

A motivação para estudar o tema surgiu, primeiramente, durante a participação como observadora nas sessões de TCCG para TP no HCPA e, posteriormente, como bolsista de iniciação científica vinculada ao projeto de mestrado “Avaliação de fatores terapêuticos na resposta e na adesão à terapia cognitivo comportamental em grupo para pacientes com transtornos de ansiedade”. Esse projeto está em andamento e pretende avaliar os fatores terapêuticos que são específicos do formato em grupo da TCC.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Este trabalho tem como objetivo geral realizar uma revisão sistemática sobre os preditores de resposta à terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico.

### **2.2 Objetivo Específicos**

- Descrever a intervenção realizada (número e duração das sessões, formato individual ou em grupo);
- Indicar a efetividade da TCC em cada estudo incluído na revisão sistemática;
- Descrever os preditores sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação) e clínicos (tempo de doença, comorbidades e tratamentos prévios) de resposta à TCC para TP.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

O TP é caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade acompanhados de sintomas físicos (ataques de pânico) e do desenvolvimento da preocupação persistente sobre sua recorrência e possíveis implicações. O diagnóstico do TP leva em consideração a presença de ataques de pânico espontâneos com a presença de quatro ou mais dos seguintes sintomas: falta de ar ou sensação de asfixia, tontura ou sensação de desmaio, palpitações, dor no peito, tremores, sudorese, náusea ou desconforto abdominal, despersonalização, parestesias, calafrios, dor no peito, medo de morrer e medo de enlouquecer ou perder o controle (LEVITAN et al, 2013).

O TP é um transtorno crônico, associado à grande morbidade, altos custos médicos e sociais e prejuízo da qualidade de vida dos pacientes. Em estudo realizado entre 2001 e 2003 com pacientes refratários à medicação e submetidos ao protocolo de 12 sessões de TCCG para TP no HCPA, concluiu-se que os sintomas de ansiedade antecipatória e evitação causam maior prejuízo na qualidade de vida em comparação com a ocorrência dos ataques de pânico (HELDT et al, 2006).

Outro estudo, realizado no Rio de Janeiro em 2008, mostra que os pacientes com TP têm pior saúde psicológica do que pacientes com doenças crônicas como diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica. Ainda, que os níveis de saúde física e psicológica dos pacientes com TP são comparáveis aos de pacientes deprimidos (MELO-NETO et al, 2008).

No que concerne à neurobiologia do TP, diversas regiões do cérebro são afetadas, incluindo o sistema límbico, frontal, e regiões subcorticais do cérebro, bem como o tronco cerebral. Entre esses, a amígdala desempenha um papel importante no desenvolvimento dos sintomas do TP, visto que sua hiperativação pode ativar de forma anormal zonas cerebrais eferentes, que interpretam os estímulos internos como potenciais ameaças, levando aos sintomas do TP (KONISHI et al, 2014; PETROWSKI et al, 2014).

Segundo Manfro et al (2008), a hipótese aceita é a de que a repetição de ataques de pânico torne os indivíduos mais sensíveis aos estímulos internos e externos e que, assim, ele se torne hipervigilante sobre qualquer sensação física. Somado a isso, existe a ansiedade antecipatória, que é o medo de sofrer outro

ataque e as interpretações catastróficas dos sintomas. A TCC é utilizada como tratamento de escolha, pois é capaz de eliminar a hipervigilância, corrigir crenças distorcidas e tratar a agorafobia. Além disso, a TCC é uma forma de ensinar técnicas de enfrentamento que reforçam a capacidade do paciente em gerenciar períodos de estresse elevado e, desse modo, reduzir a probabilidade de futuros episódios de pânico (DURHAM et al, 2005).

A reestruturação cognitiva para o TP pretende demonstrar que pensamentos catastróficos sobre sensações corporais são capazes de provocar ataques de pânico. A partir da interpretação errônea de um estímulo interno ou externo, há ativação simpática que produz respostas fisiológicas, as quais exacerbam a ansiedade e mantêm os sintomas físicos, criando um ciclo de desencadeamento dos ataques de pânico. Dessa forma, a reestruturação cognitiva visa interromper este ciclo. Primeiramente, por meio da identificação de pensamentos automáticos e verificação da sua veracidade e, depois, pela modificação dos pensamentos disfuncionais (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008).

A intervenção comportamental tem por objetivo o enfrentamento das sensações corporais ou dos lugares evitados devido ao medo de um novo ataque de pânico. Segundo Freedman e Adessky (2009), esse tratamento inclui dois tipos de exposição: interoceptiva e *in vivo*. A exposição interoceptiva requer a exposição do indivíduo às sensações corporais temidas através de técnicas que induzem sensação de falta de ar, taquicardia, tontura e despersonalização. Na exposição *in vivo* o paciente enfrenta as situações previamente evitadas. Para isso, elaborase uma lista hierárquica de situações por nível de dificuldade e, gradualmente, é realizada a exposição. Em ambos os tipos de exposição o paciente é orientado a permanecer na situação até que os níveis de ansiedade diminuam (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008).

A TCC para TP, seja em grupo ou individual, é geralmente um tratamento breve, entre 10 e 20 sessões, que são estruturadas de forma em que as primeiras sessões são dedicadas à psicoeducação e treinamento de técnicas para amenizar a ansiedade, como o relaxamento muscular progressivo e a respiração diafragmática. Conforme as sessões avançam, o enfoque é mudado para o tratamento cognitivo e intervenções comportamentais de exposição interoceptiva e *in vivo*. Ao final da terapia, é realizado um *feedback* com os pacientes sobre seus ganhos e a importância de seus esforços para evitar recaídas (HELDT et al, 2006; MANFRO et

al, 2008). Estudos apontam a eficácia da TCC para TP e o progresso na melhora durante anos após o término do tratamento. Além disso, observa-se controle em longo prazo dos ataques de pânico, atingindo a média de 85% de pacientes livres dos mesmos (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008).

Embora existam altos índices de pacientes livres de recaída após o tratamento com TCC, o sucesso da mesma leva em consideração algumas características do paciente e situações que predispõem maior vulnerabilidade psicológica para recaídas (MANFRO et al, 2008).

Em estudo recente foi encontrado que a efetividade da TCC para TP tem se mostrado dependente de fatores como: o tempo de doença, a gravidade dos sintomas clínicos, a presença de evitação agorafóbica, status socioeconômico e presença de outros transtornos psiquiátricos. Nesse mesmo estudo, os autores concluíram que a presença concomitante de TP e fobia social ou transtorno do estresse pós-traumático está associada a menor melhora clínica, visto que os sintomas específicos destes transtornos exacerbariam os sintomas de pânico. Outro preditor que provocou uma resposta pior à TCC foi o grau de incapacidade e prejuízo na vida funcional causado pelo TP (CHAVIRA et al, 2009).

Logo, definir os fatores que interferem de fato na efetividade da TCC para TP é relevante, considerando que as vantagens dessa modalidade de terapia são importantes, não apenas pela sua boa relação custo-benefício, mas também pelos resultados positivos obtidos a longo-prazo: menor índice de recaídas (BORAH et al 2013) e melhora na qualidade de vida dos indivíduos (HELDT et al, 2006).

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, cujo tipo de estudo busca sintetizar informações de um determinado período por meio de uma abordagem sistemática. Pressupõe-se que, diferentes pesquisadores, seguindo os mesmos passos, sejam capazes de chegar às mesmas conclusões, o que contribui para a tomada de decisão baseada em evidência (PEREIRA; BACHION, 2006).

De acordo com Sampaio e Mancini (2007) esse tipo de estudo realiza um resumo das evidências e é uma “estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada” (p. 84).

A enfermagem pode utilizar este método de estudo com o objetivo de determinar intervenções que garantam a qualidade da assistência através das evidências encontradas na prática clínica.

O presente estudo utilizou as bases de dados *ISI Web of Science*, *Pubmed*, *Scielo*, *Bireme* e *Scopus*. Foram utilizados como descritores os termos: *panic disorder*, *cognitive behavioral therapy* AND *predictor*.

### 4.2 Amostra

Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos em inglês, português e espanhol, publicados a partir de 2004 (data em que intensificam-se os estudos acerca do assunto) que abordaram os preditores de resposta à TCC para TP, cujos estudos tenham sido realizados com adultos maiores de 18 anos. Foram incluídos os estudos originais, com delineamento de ensaio clínico randomizado, ensaio clínico com ou sem grupo controle.

Os critérios de exclusão foram: estudos com outros delineamentos de pesquisa que não os já citados anteriormente e estudos com dados secundários.



### **4.3 Seleção dos estudos**

Todos os títulos e resumos encontrados nas buscas em bases de dados foram lidos. Nos casos em que o título não relatava o assunto pesquisado ou que o corpo do resumo deixava margem de dúvida sobre a resposta da questão norteadora, o estudo era descartado.

De acordo com Pereira e Bachion (2006), a pesquisa em bases de dados, a aplicação do teste de relevância, que é um instrumento elaborado de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, e a seleção dos artigos devem ser realizadas por dois pesquisadores, de forma independente. Em caso de desacordo, um terceiro pesquisador deve ser consultado. Dessa forma, busca-se evitar os erros de conclusão.

Conforme o indicado, a seleção dos resumos e artigos do presente estudo foi realizada por duas pesquisadoras independentes e a orientadora foi consultada em relação a dois artigos para a decisão final de inclusão.

### **4.4 Análise dos estudos**

Durante a seleção dos estudos (resumo e artigo completo) foi utilizado um questionário (Apêndice) com perguntas que geraram resposta afirmativa ou negativa (teste de relevância): data da publicação após 2004, estudo com dados primários, ensaio clínico com TCC para TP, adultos acima de 18 anos, apresentou resultados com preditores de resposta. Em caso de alguma resposta negativa, o estudo foi excluído.

Após o aceite do artigo na revisão sistemática, foi realizada a avaliação crítica dos estudos e elaborada a síntese dos dados por meio de quadros e tabelas com as informações sobre: as características do estudo (delineamento, local de realização), da intervenção (individual ou em grupo, número de sessões); da amostra, (sexo, idade, comorbidades) e dos resultados encontrados.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

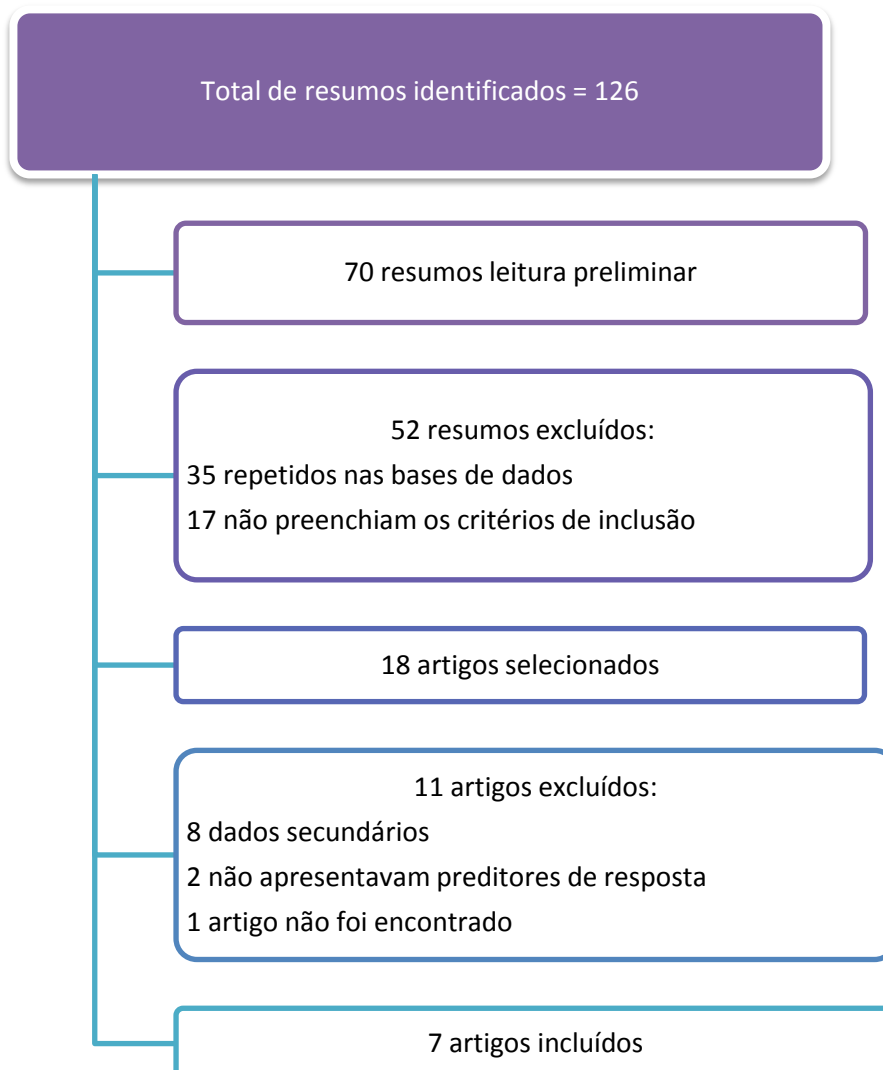
Os aspectos éticos foram preservados, na medida em que os nomes dos autores consultados foram referenciados no texto, juntamente com o ano de publicação da obra, como previsto na Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013, que dispõe sobre os direitos autorais (BRASIL, 2013).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo).

## 5 RESULTADOS

Conforme a metodologia anteriormente descrita, foram encontrados na primeira busca 126 resumos, sendo 17 da base de dados PubMed, 30 da Bireme, 44 da ISI-Web of Science, 34 da Scopus e 01 da SciELO. Considerando o objetivo do estudo e os critérios de inclusão, através de uma leitura preliminar dos títulos e resumos, foram selecionados 70 estudos (12 da base PubMed, 18 da Bireme, 19 da Web of Knowledge, 20 da Scopus e 01 da SciELO). Destes, 35 estudos repetiam-se nas bases de dados e, após leitura rigorosa dos 35 resumos restantes, foram selecionados 18 artigos para leitura na íntegra. Um total de sete artigos preencheu plenamente os critérios de inclusão para o aceite final e o fluxo de seleção está apresentado na Figura 1.

Figura 1. Diagrama de fluxo.



Todos os artigos selecionados são em inglês e três deles têm delineamento de ensaio clínico randomizado (van APELDOORN et al, 2010; HENDRIKS et al, 2010; BERGER et al, 2004), enquanto quatro são ensaios clínicos sem grupo controle (NAKANO et al, 2008; KAMPMAN et al, 2007; AARONSON et al, 2008; BOWEN, BAETZ, D'ARCY, 2006). As características dos estudos selecionados, bem como os dados da terapia utilizada, estão apresentados na Tabela 1. Quatro estudos realizaram intervenção sob o formato de TCC individual, enquanto que três realizaram TCCG.

Em todos os estudos foi comprovada a eficácia da terapia, independente da modalidade, utilizando como base os instrumentos de avaliação aplicados ao início e ao fim do ciclo da TCC. Nos estudos da amostra encontrou-se que uma média de 70% dos pacientes preencheram critérios para remissão dos ataques de pânico ao final da TCC.

Tabela 1- Características dos estudos

Autor/Ano	Local/ Delineamento	Amostra (n)	Formato da TCC	Total de sessões
1 van Apeldoorn et al (2010)	Holanda/ ECR	Total = 150 TCC = 53 TCC+ISRS = 49 ISRS = 48	Individual	21
2 Hendriks et al (2010)	Holanda/ ECR	Total = 49 TCC = 20 Paroxetina = 17 Controle = 12	Individual	20
3 Nakano et al (2008)	Japão/ EC sem grupo controle	70	Individual	10
4 Kampman et al (2007)	Holanda/ EC sem grupo controle	161	Individual	15
5 Aaronson et al (2008)	EUA/ EC sem grupo controle	256	Grupo	11
6 Bowen; Baetz; D'Arcy (2006)	Canadá/ EC sem grupo controle	56	Grupo	06
7 Berger et al (2004)	Áustria/ ECR	Total = 73 TCC = 35 Paroxetina = 38	Grupo	20

Legenda: EUA= Estados Unidos da América; ECR = Ensaio Clínico Randomizado; EC = Ensaio Clínico; ISRS= Inibidor seletivo da recaptção da serotonina; TCC= Terapia cognitivo-comportamental.

Os pacientes foram diagnosticados com TP preenchendo os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002). Conforme se pode observar na Tabela 2, houve o predomínio do

sexo feminino em todos os estudos selecionados. Dentre os transtornos psiquiátricos concomitantes com TP mais comuns na amostra encontram-se a agorafobia, a depressão maior e outros transtornos de ansiedade.

Três estudos especificaram o nível de escolaridade da amostra, cuja maioria apresentava uma média de 12 anos ou mais de educação (van APELDOORN et al, 2010; HENDRIKS et al, 2010; BOWEN; BAETZ; D'ARCY, 2006). Apenas dois estudos apresentaram dados sobre o estado civil da amostra, nos estudos de van Apeldoorn et al (2010) e de AARONSON et al (2008), respectivamente 54,9% e 58% estavam casados.

Tabela 2 – Dados demográficos e clínicos da amostra

Autor/Ano	Idade <sup>a</sup>	Sexo		Duração da doença <sup>b</sup>	Comorbidades (%)
		M	F		
1 van Apeldoorn et al (2010)	37,5	68	82	102	Agorafobia: 52% Outros TA/ humor: 50% Transtornos de personalidade: 20%
2 Hendriks et al (2010)	68,9	16	33	165,6	Agorafobia: 100% Outros TA: 14,3% Transtornos de humor: 12,2% Transtornos somatoformes: 6,1% Distúrbios somáticos: 67,3%
3 Nakano et al (2008)	34,9	24	46	68	Agorafobia: 94,2% Depressão maior: 10% FS: 6% Fobia específica: 3% TEPT: 8,5%
4 Kampman et al (2007)	35,9	56	105	91,6	Agorafobia: 91% Depressão maior: 11% TAG: 6% FS: 7% Fobia específica: 18% Hipocondria: 7%
5 Aaronson et al (2008)	38,8	91	165	139,2	Agorafobia: 94,9% Depressão maior: 48,41% TAG: 65,55% Fobia específica: 30,25%
6 Bowen; Baetz; D'Arcy (2006)	33,9	19	37	NE	Agorafobia: 73,4% Depressão maior: 55,6% Sintomas hipomaniacos: 32,1%
7 Berger et al (2004)	33,9	25	48	57,6	Agorafobia: 80,8% Depressão maior: 19% TAG: 9,5% FS: 27,3% Transtornos de personalidade: 31,5%

<sup>a</sup> Média de idade média em anos; <sup>b</sup> Duração média da doença em meses.

Legenda: NE= não especificado; TA= transtornos de ansiedade; FS= Fobia social; TEPT= Transtorno do estresse pós-traumático; TAG= Transtorno de ansiedade generalizada.

A Tabela 3 apresenta os resultados encontrados em cada estudo, relacionando os preditores de resposta à TCC (individual ou em grupo) com os instrumentos de avaliação utilizados. Também demonstra a significância estatística dos achados ( $p < 0,05$ ).

Tabela 3 - Resultados dos estudos sobre preditores de resposta à TCC e instrumentos de avaliação utilizados.

Autor/Ano	Preditores	Instrumentos de Avaliação	Valor p
1 van Apeldoorn et al (2010)	Gravidade de agorafobia	PAI	<0.001
	Duração da doença	HARS/HDRS/PAI	NS
	Outros TA ou transtornos de humor	HARS/HDRS	<0.001
	Transtornos de personalidade	HARS/HDRS/PAI	NS
2 Hendriks et al (2010)	Idade	ACQ/MI-A	NS
	Maior idade no início dos sintomas	ACQ	<0.05
	Duração da doença	ACQ/MI-A	0.01
3 Nakano et al (2008)	Gravidade dos sintomas de TP	PDSS	0.003
	Gravidade de agorafobia	MI-A/FQ	0.002
	Duração da doença	PDSS	< 0.001
	Prejuízo social	WHLS	0.001
	Outros TA	PDSS	NS
	Transtornos de personalidade	NEO-FFI	NS
4 Kampman et al (2007)	Gravidade dos sintomas de TP	ACQ/MI-A/BSQ	<0.001
	Outros TA	ACQ/MI-A/BSQ	NS
	Transtornos de personalidade	ACQ/MI-A/BSQ	NS
	Motivação para o tratamento	ACQ/MI-A/BSQ	NS
5 Aaronson et al (2008)	Gravidade dos sintomas de TP	PDSS	< 0.001
	Presença de TAS	ASA-CL	< 0.001
	Outros TA	PDSS/HARS	NS
	Duração da doença	PDSS/HARS	NS
6 Bowen; Baetz; D'Arcy (2006)	Sexo	BSI.GSI	NS
	Idade	BSI.GSI	NS
	Sintomas hipomaníacos	BSI.GSI	NS
	Níveis de estresse percebido	BSI.GSI/PSS	<0.005
	Auto-estima	BSI.GSI	NS
	Importância da religião – muito importante	BSI.GSI	<0.005
7 Berger et al (2004)	Sexo	CGI	NS
	Idade	CGI	NS
	Duração da doença	CGI	NS
	Gravidade de agorafobia	CGI	NS
	Outros TA	CGI	NS
	Transtorno de personalidade esquiva	CGI	0.004
	Presença de FS	CGI	0.01

Legenda: NS= Não-significativo; TP= Transtorno do Pânico; TA= Transtorno de Ansiedade; TAS= Transtorno de Ansiedade de Separação; FS= Fobia Social; PAI = Panic Appraisal Inventory; HARS= Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS= Hamilton Depression Rating Scale; ACQ= Agoraphobic Cognitions Questionnaire; MI-A= Mobility Inventory Avoidance; PDSS= Panic Disorder Severity Scale; ADS= Anxiety Discomfort Scale; BSQ= Body Sensations Questionnaire; ASA-CL= Adult Separation Anxiety Checklist; BSI.GSI = General Severity Index of the Brief Symptom Inventory; PSS= Perceived Stress Scale; CGI= Clinical Global Impression;

Os instrumentos de avaliação utilizados variaram entre os estudos, bem como os preditores que foram identificados. Dois artigos encontraram maior tempo de duração da doença como um preditor negativo de resposta à TCC (HENDRIKS et al, 2010; NAKANO et al, 2008).

Dois estudos mostraram que os pacientes que apresentaram maior gravidade dos sintomas de agorafobia, relacionados com um maior prejuízo social causado por ela, obtiveram pior resposta à terapia (van APELDOORN et al, 2010; NAKANO et al, 2008). Bem como, três estudos encontraram associação significativa entre maior gravidade dos sintomas de TP e pior resposta à TCC (NAKANO et al, 2008; KAMPMAN et al, 2007; AARONSON et al, 2008).

Em nenhum dos estudos o sexo e idade da amostra foram preditores de resposta à TCC. Em apenas um estudo os pacientes que apresentavam comorbidade com outros transtornos de ansiedade ou de humor demonstraram menores níveis de melhora clínica (van APELDOORN et al, 2010). No estudo de Berger et al (2004) a presença concomitante de transtorno de personalidade esquiva foi um preditor de pior resposta à TCC, enquanto que nos outros estudos que avaliaram a presença de transtornos de personalidade em geral, não foi encontrada associação entre pior resposta destes pacientes em comparação com os que não tinham nenhum transtorno deste tipo. Ainda, o estudo de Berger et al (2004) evidenciou a presença de fobia social como fator determinante de demora ou pior resposta à TCC.

Um estudo avaliou a importância do papel da religião na vida dos pacientes como preditor de resposta à TCC e demonstrou que os pacientes que classificaram a religião como fator muito importante tiveram melhor resposta à terapia em comparação com os que julgavam a religião pouco importante. Este fato foi associado com melhor controle e redução dos níveis de estresse (BOWEN; BAETZ, D'ARCY, 2006).

Quanto às limitações dos estudos, dois artigos referiram a ausência de grupo controle como uma limitação para a obtenção de resultados mais fidedignos, porém ambos afirmam que seus achados foram muito semelhantes aos de outros estudos clínicos com grupo controle (NAKANO et al, 2008; AARONSON et al, 2008). Outros estudos citaram o pequeno número de participantes (BOWEN; BAETZ; D'ARCY, 2006; van APELDOORN et al, 2010) e a heterogeneidade da amostra pode ter limitado os achados do estudo (BOWEN; BAETZ; D'ARCY, 2006).

O estudo de Hendriks et al (2010), que estudou os preditores de resposta e efetividade da TCC em idosos, refere que os instrumentos de avaliação utilizados foram validados apenas para amostras mais jovens (18 a 65 anos) e pode ter limitado o resultado. Berger et al (2004) excluiu da amostra pacientes que estavam realizando tratamento crônico para sintomas refratários de TP, o que pode ter alterado os resultados. Já Kampman et al (2007) cita como limitação a utilização de um instrumento de auto avaliação (PDQ-R) para verificar a presença de transtornos de personalidade na amostra e, além disso, foram excluídos os pacientes gravemente depressivos com ideação suicida, o que pode ter mascarado estes resultados.



## 6 DISCUSSÃO

Os estudos incluídos nesta revisão sistemática evidenciaram a efetividade da TCC como alternativa terapêutica para pacientes com TP. Este achado está de acordo com a orientação da *American Psychiatric Association* (APA), que indica a TCC como psicoterapia de primeira escolha para o TP e cuja eficácia, baseada em evidências clínicas, está bem documentada (APA, 2009). Mesmo em ambientes não especializados, como na atenção básica, a eficácia da TCC para pacientes com TP foi evidenciada pela melhora significativa dos ataques de pânico, da ansiedade antecipatória e da esquiva fóbica após seis sessões de TCCG (ROY-BYRNE et al, 2005).

Da mesma forma, em nosso meio, um estudo que avaliou os desfechos da TCCG, considerando a presença de ataques de pânico, ansiedade generalizada e antecipatória e agorafobia, no seguimento de um ano após o término de 12 sessões, encontrou que dois-terços da amostra preencheram critérios para remissão do TP (HELDT et al, 2006). Estes resultados podem ser explicados pela metodologia da TCC, uma vez que seus objetivos visam modificar as cognições distorcidas e fornecer ferramentas para enfrentar os medos, criando condições para que a capacidade de lidar com os sintomas do TP permaneça ao longo do tempo (KING et al, 2011).

Entretanto, nem todos os pacientes respondem à TCC e a maioria dos estudos incluídos confirmou que a maior gravidade dos sintomas de TP e de agorafobia, relacionados com maior prejuízo no âmbito social foram preditores negativos de resposta à TCC. Colaborando com este achado, um estudo evidenciou que o maior prejuízo social causado pela gravidade dos sintomas agorafóbicos foi preditor significativo de piores resultados à TCC, tanto na avaliação no final do tratamento, quanto após o seguimento de um ano (RAMNERO; ÖST, 2004). Ainda, em pesquisa recente realizada em Estocolmo com 104 participantes, encontrou-se que os pacientes com sintomas mais graves de TP e maiores níveis de prejuízo funcional nos âmbitos social e doméstico, responderam menos favoravelmente ao tratamento com TCC ao vivo e via internet (EL ALAOUI et al, 2013).

A análise dos estudos incluídos neste trabalho permite inferir que, apesar de ser comum a presença de depressão maior na amostra, em apenas um estudo foi

evidenciada a comorbidade com transtornos de humor como preditor de menor melhora clínica (van APELDOORN et al, 2010), estando em concordância com dados encontrados na literatura. Por exemplo, o estudo de Allen et al (2010) encontrou que a presença da depressão está associada aos sintomas mais graves de TP. Contudo, o diagnóstico isoladamente não foi associado com pior resposta a TCC e, ainda, os pacientes apresentaram redução significativa dos sintomas ansiosos e depressivos ao fim das sessões. Outro estudo, que também analisou variáveis clínicas, entre elas a presença de depressão maior, não encontrou significância estatística que suportasse a hipótese de que esta afeta negativamente os resultados da TCC (CHAVIRA et al, 2009).

O curso de TP em comorbidade com a fobia social (FS) foi considerado por um estudo como preditor de pior resposta à TCC (BERGER et al, 2004). De fato, a FS é um transtorno de ansiedade cujo curso é crônico e implica em menor qualidade de vida nos portadores. Segundo Chavira et al (2009), é provável que seus sintomas (evasão social, medo e desconforto desencadeados pela exposição à avaliação social, etc.) exacerbem os sintomas de TP e, talvez por isso, os pacientes precisem de um tempo prolongado de tratamento para que obtenham melhores resultados.

A comorbidade com transtorno de ansiedade de separação (TAS) é apontada por um estudo como preditor negativo, visto que adultos com TAS têm 3,74 vezes mais chances de não responder ao tratamento com TCC para TP (AARONSON et al, 2008). Segundo Milrod et al (2014), a pior resposta a tratamentos psicológicos possivelmente tenha relação com a dificuldade desses pacientes em formar e manter novos vínculos, incluindo os terapêuticos.

Estudos apontam que a presença de TAS na infância apresenta forte associação com o surgimento de TP na vida adulta (GONÇALVES; HELDT, 2009) e, conforme Miniati et al (2012), sua presença também diminui significativamente a probabilidade de remissão dos sintomas de TP após o tratamento medicamentoso. Todavia, existe a necessidade de melhor investigação sobre seu diagnóstico em adultos, bem como o papel que ele exerce na TCC para TP.

Ainda assim, conforme dados da APA (2009), a comorbidade com outros transtornos de ansiedade não contraindica o tratamento com TCC para TP. Inclusive, a TCC pode ter um efeito positivo sobre outros sintomas ansiosos, mesmo que eles não sejam alvos diretos do tratamento.

Estudos prévios mostram que aproximadamente 30% dos pacientes com TP apresentam algum transtorno de personalidade e, de acordo com a APA (2009), os transtornos de personalidade do cluster C (ansiosos) são os mais comuns em pacientes com TP, destacando-se o transtorno de personalidade esquiva, obsessivo-compulsiva e dependente. Também existem evidências de que há relação significativa entre a presença destes transtornos de personalidade e a gravidade dos sintomas de TP nas avaliações pré-tratamento (TELCH; KAMPHUIS; SCHMIDT, 2011). Entretanto, não fica clara esta associação na presente revisão sistemática, fato que merece ser melhor investigado em estudos clínicos futuros. Principalmente porque dados sugerem que é a gravidade dos sintomas de TP, e não a presença do transtorno de personalidade propriamente dito, que prediz pior resposta ao tratamento com TCC (TELCH; KAMPHUIS; SCHMIDT, 2011).

Dados similares haviam sido encontrados em uma revisão da literatura prévia, a qual infere que os pacientes com TP associado a transtornos de personalidade são mais propensos a desenvolver sintomas depressivos graves e, estes sim, poderiam prever pior resposta, tanto ao tratamento farmacológico, quanto à TCC (MENNIN; HEIMBERG 2000). Por outro lado, no ano de 2005, o estudo de Prasko et al mostrou que os escores da escala de gravidade do TP (PDSS) e da impressão clínica global (CGI) ao final da TCC foram menores em pacientes que não apresentavam comorbidade com transtorno de personalidade, demonstrando que há relação entre a presença dessa comorbidade com piores desfechos da TCC.

No entanto, dados sobre o impacto da presença de transtornos de personalidade no curso de TP, bem como na resposta ao tratamento com TCC, não estão bem definidos. Visto isso, a presente revisão sistemática sugere que mais estudos clínicos acerca do tema sejam realizados.

Quanto a dados sociodemográficos, nenhum dos estudos da amostra encontrou associação significativa entre sexo e os resultados da TCC, em concordância com dados encontrados na literatura. Por razões ainda desconhecidas, o TP é mais frequente em mulheres, contudo, não existem evidências significativas das implicações da diferença de gênero no curso do TP ou na resposta ao tratamento (APA, 2009). Conforme estudo que avaliou a repercussão dessas variáveis, não foram encontradas diferenças entre homens e mulheres quanto aos sintomas físicos e pensamentos catastróficos, bem como disparidade nos resultados da TCC (STARCEVIC et al, 2007).

Porém, em um dos estudos da amostra foi encontrada relação significativa entre maior idade no início dos sintomas de TP e pior resposta à TCC (HENDRIKS et al, 2010). Ao contrário disso, Dow et al (2007) refere que quanto mais cedo forem experimentados os sintomas de TP, mais fortes serão as crenças e medos disfuncionais no futuro, o que torna improvável a remissão dos ataques de pânico à longo prazo quando tratados com TCC. Discordando de ambos, Chavira et al (2009), não encontra associação entre idade de início dos sintomas de TP e resposta à TCC. Assim, evidencia-se a necessidade de novos estudos que incluam esta variável como preditor nos desfechos da TCC.

Um dos estudos incluído na amostra mostrou que pacientes que julgavam a religião como muito importante responderam melhor à TCC para TP, fato que pode ser explicado pela redução dos níveis de estresse (BOWEN; BAETZ; D'ARCY, 2006). Concordando com este achado, um estudo coloca que a religião é “poderoso mecanismo de enfrentamento” e pode prevenir, reduzir e auxiliar no controle de sintomas de transtornos de ansiedade e humor (KOENIG, 2009).

São escassos os estudos que analisaram o papel da religião na resposta ao tratamento com TCC para TP. No entanto, existem trabalhos que mostram associação entre religião e melhor resposta ao tratamento psicológico para depressão (ROBERTS, 1997). O autor encontrou que os indivíduos que eram praticantes e participavam de atividades grupais voltadas para a religião obtiveram maior redução dos sintomas depressivos, que não pôde ser relacionada apenas com apoio social.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. A revisão rigorosa encontrou poucos estudos. Entretanto, a busca foi realizada em cinco diferentes bases de dados, minimizando a possibilidade de perda de estudos que contemplassem os critérios de inclusão. Além disso, a falta de estudos que abordem comorbidades do TP com transtornos de humor e de personalidade podem ter dificultado as conclusões sobre preditores de resposta à TCC para TP.

## 7 CONCLUSÕES

O TP, além de ser um transtorno prevalente, está associado a importantes prejuízos funcionais e seu tratamento ainda constitui um desafio para a prática clínica.

A TCC é a psicoterapia de primeira escolha para pacientes com TP e tem sua efetividade evidenciada por inúmeros autores. A realização dessa técnica exige profissionais capacitados e, de acordo com as políticas atuais de saúde mental, o enfermeiro, por atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, deve estar capacitado para a detecção dos transtornos de ansiedade, bem como para o cuidado integral através da abordagem cognitivo-comportamental.

Contudo, nem sempre os pacientes respondem adequadamente à TCC. Variáveis clínicas como a gravidade dos sintomas de TP e agorafobia relacionados com maior prejuízo social e a presença de certas comorbidades que poderiam exacerbar os sintomas de TP, tais como: transtorno de ansiedade de separação, outros transtornos de ansiedade e transtorno de personalidade esquiva, parecem repercutir na resposta à TCC. Por outro lado, características sociodemográficas, como sexo e idade, não exercem influência nos resultados do tratamento.

Ainda assim, há controvérsia sobre o impacto de comorbidades como transtornos de humor e de personalidade na resposta à TCC para TP. Apesar disso, não foram encontradas evidências de situações que poderiam contraindicar este tipo de terapia, mas sim sugerir sua combinação com fármacos ou outras formas de tratamento que podem mostrar-se eficazes.

Por isso, as pesquisas precisam avançar no intuito de identificar estes fatores de suscetibilidade para pior resposta ao tratamento com TCC, visto que conhecê-los pode auxiliar o terapeuta na indicação correta da terapia ou de outros tipos de tratamento e então, garantir uma melhor qualidade de vida para estes pacientes.

O presente trabalho também evidencia a necessidade de estudos desse tipo em nosso meio, já que, considerando os critérios de exclusão, não foram encontrados estudos realizados no Brasil que respondessem a questão norteadora sobre preditores de resposta à TCC para TP. Apesar disso, existem estudos brasileiros evidenciando a eficácia deste tratamento, fato que pressupõe que uma

parcela importante dos pacientes está sendo tratada com TCC, mesmo quando sua indicação deveria mostrar-se dependente de certas variáveis.

## REFERÊNCIAS

AARONSON, C.J.; et al. Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 69, n. 3, p. 418-24, 2008.

ALLEN, L.B.; et al. Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome. **Journal of Psychopathology Behavioral Assessment**, [S.l.], v.32, n. 2, p. 185–92, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 433.

\_\_\_\_\_. **Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder**. 2 ed. Washington: American Psychiatry Association (APA), 2009. 90 p.

BERGER, P.; et al. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. **Journal of Affective Disorders**, Londres, v. 80, n. 1, p. 75-8, 2004.

BERGSTRÖM J.; et al. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. **BMC Psychiatry** (online), v. 10, p. 54, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/54>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

BORAH, K.; et al. Factors Associated with Treatment Outcomes in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Panic Disorder. **Yonsei Medicine Journal**, Seoul, v. 54, n. 6, p. 1454-62, 2013.

BOSWEL, J.F.; et al. Patient Characteristics and Variability in Adherence and Competence in Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S.l.], v. 81, n. 3, p. 1-22, 2013.

BOWEN, R.; BAETZ, M.; D'ARCY, C. Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. **Depression and Anxiety**, Nova York, v. 23, n. 5, p. 266-73, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013**. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/civil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm](http://www2.planalto.gov.br/civil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm)>. Acesso em 13 de abril de 2014.

CARVALHO, M.R.; NARDI, A.E.; RANGÉ, B. Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 66-73, 2008.

CHAVIRA, D.A.; et al. Predictors of clinical improvement in a randomized effectiveness trial for primary care patients with panic disorder. **Journal of Nervous and Mental Disorders**, Baltimore, v.197, n. 10, p. 715–21, 2009.

DOW, M.G.; et al. Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: I. Predictors of outcome. **Psychological Medicine**, Cambridge, v.37, n. 10, p. 1493-502, 2007.

DURHAM, R.C.; et al. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy (CBT) clinical trials in central Scotland. **Health Technology Assessment**, Londres, v. 9, n. 42, p. 1-174, 2005.

EL ALAOUI, S.; et al. Predictors and Moderators of Internet- and Group-Based Cognitive Behaviour Therapy for Panic Disorder. **Plos One** (online), v. 8, n. 11, 2013. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0079024>> Acesso em: 03 ago 2014.

FREEDMAN, S.; ADESSKY, R. Cognitive Behavior Therapy for Panic Disorder. **The Israel Journal of Psychiatry Related Sciences**, Jerusalem, v. 46, n. 4, p. 251–56, 2009.

GONÇALVES, D.H.; HELDT E. Transtorno de ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 533-41, 2009.

HELDT E.; et al. Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive behavior group therapy effects in patients refractory to medication treatment. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Bologna, v. 75, n.1, p. 183-6, 2006.

HELDT E.; et al. Utilização de técnicas da terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com sintomas residuais do transtorno de pânico: seguimento de 2 anos. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 10-5, 2008a.

HELDT, E.; et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: CORDIOLI, A.V.; et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008b, p. 317-40.

HENDRIKS, G-J.; et al. A randomized controlled study of paroxetine and cognitive-behavioural therapy for late-life panic disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S.l.], v. 122, n.1, p. 11-9, 2010.

KAMPMAN, M.; et al. Outcome Prediction of Cognitive Behaviour Therapy for Panic Disorder: Initial Symptom Severity is Predictive for Treatment Outcome, Comorbid Anxiety or Depressive Disorder, Cluster C Personality Disorders and Initial Motivation Are Not. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, Cambridge, v. 36, n. 1, p. 99-112, 2007.

KOENIG, H.G. Religion, Spirituality and Anxiety Disorders. In: HUGUELET, P.; KOENIG, H.G. **Religion and Spirituality in Psychiatry**, Nova York: Cambridge University Press, 2009, p. 128-44.

KING, A.L.S.; et al. Terapia cognitivo-comportamental: A preparação do paciente com transtorno de pânico para as exposições agorafóbicas interoceptivas e in vivo. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 29, n. 3, p. 439-49, 2011.



KONISHI, J.; et al. Multiple white matter volume reductions in patients with panic disorder: relationships between orbitofrontal gyrus volume and symptom severity and social dysfunction. **Plos One** (online), v. 9, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0092862>>. Acesso em: 14 abr.2014.

LEVITAN, M.N.; et al. Brazilian Medical Association guidelines for the diagnosis and differential diagnosis of panic disorder. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 406-15, 2013.

MANFRO, G.G.; et al. Terapia Cognitivo- Comportamental no Transtorno do Pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 81-7, 2008.

MANJULA, M.; et al. Cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. **Indian Journal of Psychiatry**, Bangalore, v. 51, n. 2, p.108-16, 2009.

MELO-NETO, V.L.; et al. Quality of life assessment by WHOQOL-BREF in panic disorder patients during treatment. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 49-54, 2008.

MENEZES, G.B.; et al. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 55-60, 2007.

MENNIN, D.S.; HEIMBERG, R.G. The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. **Clinical Psychology Review**, Oxford, v. 20, n. 3, p. 339-57, 2000.

MILROD, B.; et al. Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 171, n. 1, p. 34-43, 2014.

MINIATI, M.; et al. Predictors of response among patients with panic disorder treated with medications in a naturalistic follow-up: the role of adult separation anxiety. **Journal of Affective Disorders**, Londres, v. 136, n. 3, p. 675-9, 2012.

NAKANO, Y.; et al. Cognitive-behavior therapy for Japanese patients with panic disorder: Acute phase and one-year follow-up results. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Tóquio, v. 62, n. 1, p. 313-21, 2008.

PEREIRA A.L.; BACHION M.M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-8, 2006.

PETROWSKI, K.; et al. The neural representation of emotionally neutral faces and places in patients with panic disorder with agoraphobia. **Journal of Affective Disorders**, Londres, v. 152, p. 454-61, 2014.

PRASKO, J.; et al. Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder: comparison study. **Neuro Endocrinology Letters**, Luxemburgo, v. 26, n. 6, p. 667-74, 2005.

RAMNERÖ, J.; ÖST, L.G. Prediction of outcome in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. **Cognitive Behaviour Therapy**, Estocolmo, v. 33, n. 4, p. 176-80, 2004.

ROBERTS, D. Transcending barriers between religion and psychiatry. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 171, p. 188-9, 1997.

ROY-BYRNE, P.P.; et al. A Randomized Effectiveness Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Medication for Primary Care Panic Disorder. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 62, n. 3, p. 290-8, 2005.

SALUM, G.A.; BLAYA, C.; MANFRO, G.G. Transtorno do pânico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-9, 2007.

SILVA, N.S.; et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1142-51, 2013.

STARCEVIC, V.; et al. Are there gender differences in catastrophic appraisals in panic disorder with agoraphobia? **Depression and Anxiety**, Nova York, v. 24, n. 8, p. 545-52, 2007.

TELCH, M.J.; KAMPHUIS, J.H.; SCHMIDT, N.B. The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. **Journal of Psychiatric Research**, [S.l.], v. 45, n. 4, p. 469-74, 2011.

van APELDOORN, F.J.; et al. A randomized trial of cognitive-behavioral therapy or selective serotonin reuptake inhibitor or both combined for panic disorder with or without agoraphobia: treatment results through 1-year follow-up. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 71, n. 5, p. 574-86, 2010.

WHITE, K.S.; et al. Does Maintenance CBT contribute to long-term treatment response of panic disorder with or without agoraphobia? A randomized controlled clinical trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S.l.], v. 81, n. 1, p. 47-57, 2013.

**APÊNDICE – Teste de Relevância**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Língua: inglês, português ou espanhol		
Data da publicação após 2004		
Ensaio clínico com ou sem grupo controle		
Estudo realizado com dados primários		
Pacientes adultos maiores de 18 anos		
Apresenta nos resultados preditores de resposta		

**ANEXO****Aprovação pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem da UFRGS**

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Flávia Salvi

**Dados Gerais:**

<b>Projeto Nº:</b>	27541	<b>Título:</b>	PREDITORES DE RESPOSTA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNO DO PANICO: UMA REVISAO SISTEMATICA
--------------------	-------	----------------	--

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

O projeto foi aprovado em seus aspectos metodológicos.