

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**  
**MESTRADO**

**ROBERTA DAVIS**

**ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DESFECHOS APÓS  
DOIS ANOS DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO**

Porto Alegre

2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**  
**MESTRADO**

**ROBERTA DAVIS**

**ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DESFECHOS APÓS**  
**DOIS ANOS DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós- Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizeth Heldt

Porto Alegre

2013

## CIP - Catalogação na Publicação

Davis, Roberta

Adolescentes com transtornos de ansiedade:  
desfechos após dois anos de terapia cognitivo-  
comportamental em grupo / Roberta Davis. -- 2013.  
102 f.

Orientadora: Elizeth Heldt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria,  
Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Terapia cognitivo-comportamental. 2.  
Transtornos de ansiedade na infância e na  
adolescência. 3. Qualidade de vida. 4. Estudos de  
seguimento. I. Heldt, Elizeth, orient. II. Título.

*“E aqueles que foram vistos dançando foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música.”*

Friedrich Nietzsche

## AGRADECIMENTOS

À minha protetora, Nossa Senhora de Lourdes, minha fé e minha luz em todos os momentos.

À Prof<sup>a</sup> Elizeth Heldt, pelo carinho, pela disponibilidade e por ser minha maior referência profissional. Muito obrigada por me acolher, apoiar, instigar, ensinar e, acima de tudo, por ter confiado em mim.

Ao Adriano Schuster, pois sem o seu apoio, estímulo e confiança, certamente este sonho teria sido adiado.

Às pessoas mais importantes da minha vida: meus pais e meus irmãos. Pai, mãe, Rê e Guigo, nenhuma conquista é plena sem amor e dedicação. Obrigada por terem me ensinado isso! Tudo o que eu fizer de bom na vida certamente terá a participação direta ou indireta de quem é para mim exemplo de força, honestidade, bondade e luta. Amo vocês!

À minha avó Itália (em memória) por ter sido a mulher mais forte e alegre que já conheci e por ter cuidado tão bem de mim.

Ao meu cunhado, Oziel Alexandre, pela amizade e presença em momentos difíceis.

À Maria Augusta Mansur, por todos os ensinamentos durante a realização dos grupos e por ter auxiliado muito na construção deste trabalho.

À acadêmica de enfermagem Roberta Rigatti, por sua disponibilidade e por seu auxílio constantes.

À minha amiga e companheira nessa caminhada, Tatiana Detzel, por tê-la tornado muito mais leve e divertida. Não tenho palavras para agradecer todos os sorrisos em momentos de tensão.

Às minhas amigas, as irmãs que escolhi, pelo apoio incondicional há muitos anos. Caren, Fernanda e Paula, a vida ficaria muito difícil sem vocês.

À pequena Giovana, por me devolver a alegria em momentos de profunda tristeza.

À minha terapeuta, por ter me mostrado novos caminhos e por me guiar sempre que preciso.

Aos meus colegas da emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, por todos os momentos de alegria e pela parceria. Obrigada por fazerem do meu local de trabalho a minha segunda casa!

Aos professores e colegas do PPG em Psiquiatria, por compartilharem seus conhecimentos e suas experiências.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), por possibilitar a realização deste estudo, e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pela concretização de mais um sonho.

Aos pacientes, por quem sempre trabalhei e para quem hoje dedico esta pesquisa. Em especial, às crianças e aos adolescentes e seus responsáveis, por terem aceitado participar desta pesquisa, ganhando em troca a possibilidade de estar contribuindo para a melhora da qualidade de sua vida e da vida de outros. Muito obrigada!

## RESUMO

Os transtornos de ansiedade (TAs) estão entre os principais problemas que acometem crianças e adolescentes, podendo atingir uma prevalência de até 24,9% ao longo da vida. A eficácia do tratamento de TAs na infância e na adolescência tem sido demonstrada em estudos de curto prazo de terapia cognitivo-comportamental (TCC), mas ainda são poucos os estudos que avaliam a eficácia da terapia de longo prazo. Portanto, a presente pesquisa tem por objetivo realizar uma revisão sistemática de estudos de seguimento sobre TCC com crianças e adolescentes com TAs (artigo 1) e verificar a resposta a longo prazo da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) em relação à intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão e à qualidade de vida (artigo 2). Para a realização do primeiro artigo (revisão sistemática), foram consultadas as bases de dados Pubmed e Isi Web of Science. Foram considerados como critérios de inclusão: estudos de coorte após TCC para TAs na infância e na adolescência. Foram excluídos os estudos com período de seguimento inferior a um ano. Para a apresentação dos achados dos estudos, foram considerados os resultados significativos ( $p < 0,05$ ). Em relação ao método utilizado na elaboração do segundo artigo (seguimento não controlado), a pesquisa envolveu 20 adolescentes que realizaram 14 sessões de TCCG para TAs e foram reavaliados após 2 anos do término da intervenção. Para avaliar os desfechos, utilizaram-se os instrumentos antes da TCCG, no final (4 meses) e após 2 anos: Autorrelato para Transtornos Relacionados à Ansiedade na Infância (SCARED-C); Inventário de Depressão Infantil (CDI); Impressão Clínica Global (CGI); Escala de Funcionamento Global (CGAS) e Qualidade de Vida de Jovens (YQOL). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 110181). Os adolescentes e seus responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Como resultado da revisão sistemática, obteve-se um total de 10 artigos que preencheram os critérios de inclusão. O período de seguimento variou entre 12 meses a 13 anos e, em geral, os resultados indicaram a manutenção dos ganhos com a TCC de curto prazo. No entanto, os estudos apresentaram limitações, principalmente em relação ao método, como ausência de grupo controle e perdas de seguimento. No estudo de seguimento, um total de 19 (95%) adolescentes com média de idade de 12,3 (DP=1,0) anos foi avaliado. Houve redução significativa ( $p < 0,001$ ) da gravidade dos sintomas (CGI) e melhora do funcionamento global (CGAS) em comparação com a avaliação inicial. A qualidade de vida geral no seguimento melhorou significativamente ( $p = 0,041$ ) em comparação com a avaliação inicial e final da

TCCG. Os sintomas específicos de ansiedade e depressão não apresentaram mudanças significativas ( $p=0,071$  e  $p=0,206$ , respectivamente). Os resultados do trabalho sugerem a manutenção dos benefícios da TCC de longo prazo e encorajam a sua utilização entre adolescentes com TAs.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental. Transtornos de ansiedade na infância e na adolescência. Qualidade de vida. Estudos de seguimento.



## ABSTRACT

Anxiety disorders (ADs) are *among the most prevalent conditions affecting children and adolescents* with a lifetime prevalence of up to 24.9%. The efficacy of treatment for ADs in childhood and adolescence has been demonstrated in short-term studies of cognitive-behavioral therapy (CBT), but few studies have investigated the long-term effects of this treatment. Therefore, the present study aimed to systematically review follow-up studies of CBT in children and adolescents with ADs (article 1) and explore the long-term effects of group cognitive-behavioral therapy (GCBT) on quality of life and symptoms of anxiety and depression (article 2). The systematic review was based on a search of the PubMed and ISI Web of Science databases. Articles reporting cohort studies of CBT for ADs in childhood and adolescence were included in the review. Studies with follow-up periods of less than one year were excluded. Results were considered significant at  $p < 0.05$ . The second article consisted of an uncontrolled follow-up study involving 20 adolescents who underwent 14 sessions of GCBT for ADs and were assessed at three time points (before and after treatment, and two years after the end of treatment) with the following instruments: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, child (SCARED-C); Children's Depression Inventory (CDI); Clinical Global Impression (CGI); Children's Global Assessment Scale (CGAS) and Youth Quality of Life (YQOL). The study was approved by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Research Ethics Committee (protocol number 110181). Participants and guardians provided written informed consent prior to participation. Ten articles were included in the systematic review. Follow-up periods ranged from 12 months to 13 years, with most studies indicating that the effects of short-term CBT remained stable over time. However, the studies presented a series of methodological limitations, such as lack of control groups and follow-up losses. In the present follow-up study, a total of 19 (95%) adolescents with mean age 12.3 (SD=1.0) years were assessed. There were significant reductions ( $p < 0.001$ ) in symptom severity (CGI) and improvements in global functioning (CGAS) over the course of the study. General quality of life improved significantly at follow-up ( $p = 0.041$ ) as compared to assessments immediately before and after GCBT. There were no significant differences in anxiety and depression symptoms ( $p = 0.071$  and  $p = 0.206$ , respectively). Results of the present studies indicate that the benefits of CBT are maintained over time, and that this method is suitable for the treatment of ADs in adolescents.

Keywords: Cognitive behavioral therapy. Anxiety disorders in childhood and adolescence.  
Quality of life. Follow-up studies.

## LISTA DE FIGURAS ETABELAS

### Article 1

<b>Figure 1</b> - Flow chart of the study	44
<b>Table 1</b> - Characteristics of the studies and follow-up sample	45
<b>Table 2</b> - The results of the follow-up studies after CBT regarding symptoms and diagnosis	47

### Artigo 1

<b>Figura 1</b> – Fluxograma do estudo	54
<b>Tabela 1</b> – Características dos estudos e da amostra do seguimento	55
<b>Tabela 2</b> – Resultados dos estudos de seguimento após TCC em relação aos sintomas e diagnóstico	57

### Article 2

<b>Table 1</b> - Demographic characteristics and sample diagnoses	67
<b>Table 2</b> - Outcomes after two years of group cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders (n=19)	68

### Artigo 2

<b>Tabela 1</b> – Caracterização demográfica e de diagnósticos da amostra	80
<b>Tabela 2</b> – Desfechos após dois anos de terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade (n=19)	82

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADHD	Attention Deficit Disorder Hyperactivity
AG	Agorafobia
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CBT	Cognitive-Behavioral Therapy
CDI	Children's Depression Inventory
CGAS	Children's Global Assessment Scale
CGI	Clinical Global Impression
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM –IV–TR	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais-IV- Texto Revisado
EEM	Estimated Marginal Means
FE	Fobia Específica
GAD	Generalized Anxiety Disorder
GEE	Generalized Estimating Equations
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version
LaMICs	Low and Middle Income Countries
NNT	Número Necessário para Tratar
OCD	Obsessive-compulsive disorder
ODD	Oppositional Defiant Disorder
OMS	Organização Mundial da Saúde
PARS	Pediatric Anxiety Rating Scale
PD	Panic Disorder
PROTAIA	Programa de Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder

QV	Qualidade de Vida
RPD	Registro de Pensamento Disfuncional
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
SCARED-C	Screen for Child Anxiety Related Disorders - Child Version
SCARED-P	Screen for Child Anxiety Related Disorders - Parent Version
SD	Standard Deviations
SeAD	Separation Anxiety Disorder
SNAP-IV	Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire
SoAD	Social Anxiety Disorder
SUDS	Subjective Units of Distress Score
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAs	Transtornos de Ansiedade
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TASep	Transtorno de Ansiedade de Separação
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
THS	Treino de Habilidades Sociais
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TP	Transtorno de Pânico
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
YQOL-R	Youth Quality of Life Instrument-Research Version
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b>	14
<b>2 INTRODUÇÃO</b>	16
2.1 EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA, CURSO E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	17
2.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	18
<b>2.2.1 Transtorno de Ansiedade de Separação</b>	19
<b>2.2.2 Transtorno de Ansiedade Generalizada</b>	20
<b>2.2.3 Fobias Específicas</b>	20
<b>2.2.4 Transtorno de Fobia Social</b>	21
<b>2.2.5 Transtorno de Pânico</b>	22
2.3 TRATAMENTO	23
2.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	25
<b>2.4.1 Técnicas Cognitivas</b>	25
<b>2.4.2 Técnicas Comportamentais</b>	28
2.5 PROTOCOLO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO	30
<b>REFERÊNCIAS</b>	34
<b>3 OBJETIVOS</b>	40
<b>4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	41
<b>5 ARTIGOS</b>	
5.1 ARTIGO 1 - VERSÃO EM INGLÊS	42
5.2 ARTIGO 1 - VERSÃO EM PORTUGUÊS	52
5.3 ARTIGO 2 - VERSÃO EM INGLÊS	62
5.4 ARTIGO 2 - VERSÃO EM PORTUGUÊS	75
<b>6 CONCLUSÕES</b>	89
<b>APÊNDICE A</b> – Protocolo de Coleta	90
<b>APÊNDICE B</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
<b>ANEXO A</b> – Instrumentos de Avaliação	93
<b>ANEXO B</b> – Carta de Aprovação da Pesquisa	102

## 1 APRESENTAÇÃO

A ansiedade é um fator psicológico fundamental, inerente à natureza humana e, em níveis intensos, pode constituir um sintoma psiquiátrico (NEVO; MANASSIS, 2009). Tanto a ansiedade quanto o medo são considerados patológicos quando não estão proporcionais em relação ao estímulo, ou são qualitativamente diversos do que se observa em determinada faixa etária, e também quando causam prejuízos emocionais, sócio-ocupacionais e à qualidade de vida (MORIKAWA; MORAIS, 2007).

É relativamente recente o reconhecimento da ansiedade e do medo presentes na infância como possíveis sintomas de transtornos psíquicos. Até a década de 1980, acreditava-se que esses quadros seriam transitórios e benignos. A identificação e o tratamento precoces dos transtornos de ansiedade (TAs) podem evitar repercussões na vida da criança, tais como faltas frequentes à escola e conseqüente evasão escolar (CASTILLO; ASBHAR; MANFRO, 2000). Também pode minimizar a utilização demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade e, possivelmente, a ocorrência de transtornos mentais na vida adulta, como depressão e uso e abuso de substâncias (GOODWIN; FERGUSON; HORWOOD, 2004; BRÜCKL et al., 2007).

Os TAs estão entre os principais problemas que acometem crianças e adolescentes, podendo atingir até 24,9% ao longo da vida (KESSLER et al., 2012). Apesar da alta prevalência, ainda são subdiagnosticados e subtratados (WALKUP et al., 2008; VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNADEZ, 2009; REINECKE; DATILLIO; FREEMAN, 2009).

A eficácia do tratamento de TAs na infância e adolescência tem sido demonstrada em estudos de curto prazo de terapia cognitivo-comportamental (TCC) individual ou em grupo, (IN-ALBON; SCHNEIDER, 2007; SILVERMAN; PINA; VISWESVARAN, 2008), com ou sem a participação dos pais (NAUTA et al., 2003; BERNSTEIN et al., 2005; WOOD et al., 2006). No entanto, há poucos os estudos que avaliam a eficácia da TCC para TAs na infância e adolescência em longo prazo. Assim, faz-se necessário avaliar se os benefícios da TCC permanecem ao longo do tempo.

Em nosso meio, foi desenvolvido um estudo sobre a eficácia da TCC em grupo (TCCG) para pré-adolescentes com TAs (MANSUR, 2011). Nessa pesquisa, foram realizadas 14 sessões de TCCG com um protocolo baseado no programa “*Coping Cat*” (KENDALL; HEDTKE, 2006a; 2006b). Os participantes foram oriundos de um estudo realizado na comunidade (SALUM et al., 2011); os resultados demonstraram redução significativa da

ansiedade e da avaliação global após o término do tratamento, com tamanho de efeito de moderado a grande (de SOUZA et al., 2013).

Portanto, a presente dissertação pretende realizar uma revisão sistemática de estudos de seguimento com TAs na infância e adolescência tratados com TCC (Artigo 1) e identificar desfechos após dois anos de TCCG para pré-adolescentes com TAs que participaram da pesquisa realizada em nosso meio (Artigo 2).



## 2 INTRODUÇÃO

A ansiedade é definida como um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático que tem relação com o medo (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). Caracteriza-se pela presença de tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo externo ou interno, de algo desconhecido ou estranho (PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007).

Considera-se a ansiedade e o medo como uma reação normal se for de curta duração, autolimitada e relacionada a algum estímulo (BARBOSA et al., 2008). Por outro lado, considera-se como patológico ou como TAs quando esse estado emocional é desproporcional em relação ao estímulo, ou qualitativamente diferente do que se espera para determinada faixa etária ou, ainda, quando interfere no desempenho e na qualidade de vida do indivíduo (MORIKAWA; MORAIS, 2007).

Durante um longo período, as categorias nosológicas relacionadas à ansiedade ficaram restritas à idade adulta. Somente em 1975, a Classificação Internacional de Doenças-9 (CID-9) incluiu a descrição de uma categoria mais ampla, denominada de Distúrbios das Emoções, com início específico na infância, que incluía dois TAs: ansiedade excessiva e sensibilidade, timidez e retração social. Em 1980, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-III (DMS-III) apresentou uma nova seção destinada aos transtornos mentais diagnosticáveis pela primeira vez na infância. Nessa seção, apresentou três psicopatologias relacionadas à ansiedade: transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade excessiva e transtorno evitativo (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996).

Atualmente, o DSM-IV, versão revisada (DSM-IV-TR), classifica como TAs as seguintes condições: transtorno de pânico (TP) com ou sem agorafobia, fobias específicas (FEs) e fobia social (FS), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de ansiedade de separação (TASep), transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de estresse agudo e transtorno de ansiedade devido a uma condição médica. Tanto a criança quanto o adolescente podem receber qualquer um desses diagnósticos (SPENCE et al., 2001).

O TASep é o único definido como sendo exclusivo da infância e adolescência (APA, 2000). Porém, estudos indicaram que tal condição pode perdurar até a vida adulta e manifestar-se como dificuldade para sair de casa a trabalho ou a passeio, dormir sozinho ou longe de casa e apresentar reações dramáticas a perdas ou à antecipação delas. Esses

indivíduos tendem a desenvolver relacionamentos caracterizados pela dependência (CASSANO et al., 1997; SHEAR et al., 2006).

## 2.1 EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA, CURSO E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Os TAs estão entre os transtornos psiquiátricos mais comuns entre crianças e adolescentes, podendo atingir até 24,9% ao longo da vida (KESSLER et al., 2012). Em nosso meio, um estudo realizado em Taubaté-SP constatou uma prevalência de 12,7% para transtornos psiquiátricos em uma amostra de 1251 escolares. Portanto, cerca de uma em cada oito crianças em idade escolar apresentou ao menos um transtorno psiquiátrico envolvendo sofrimento psíquico ou prejuízo social que justificasse tratamento (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Os TAs na infância e adolescência mais frequentes são o TASep (com prevalência em torno de 4%;), o TAG (de 2,6 a 4,7%) e as FEs (de 2,4 a 3,3 %). A prevalência de FS fica em torno de 1% e de TP, 0,6%. Mais de 50% das crianças com transtornos ansiosos experimentarão episódios depressivos. A distribuição entre os sexos é, de modo geral, equivalente, exceto para as FEs, o TEPT e o TP, que apresentam predominância entre o sexo feminino (ASBAHR, 2004).

Com exceção do TEPT, que deriva essencialmente da vivência de um trauma, o principal fator de risco para os TAs de início na infância é ter pais com algum TA ou depressão, o que indica uma significativa contribuição genética (ASBAHR, 2004). É de senso comum, no entanto, que os TAs têm em sua etiologia a combinação de variáveis biológicas e ambientais. Além da genética, outros fatores de risco têm sido identificados, incluindo estilos de apego inseguro, temperamento da criança, determinadas características dos estilos parentais, como superproteção e comportamentos de evitação (STALLARD, 2010; PETERSEN, 2011).

A característica temperamental de inibição no bebê está associada a irritabilidade e medos difusos entre 18 e 30 meses, mostrando-se correlacionada aos TAs. Superproteção e controle demasiado por parte dos pais resultam em baixa autoeficácia para as crianças, fator diretamente relacionado aos TAs. O modelo etiológico dos TAs pode ser resumido pela interação dos seguintes fatores: 1) influências genéticas e ambientais; 2) circuitos neurais envolvidos nas emoções; 3) processos psicológicos; 4) tendências comportamentais, incluindo

temperamento (MORRIS; MARCH, 2004; KRAIN et al., 2007; REINECKE; DATTILIO; FREEMAN, 2009).

A etiologia comportamental é baseada no paradigma da evitação aprendida. Dois fatores combinados explicam esse fenômeno: condicionamento clássico e operante. A relação do estímulo causador de medo com algum lugar ou alguma situação pode resultar em medos fóbicos específicos. Por outro lado, as evitações frequentes desse lugar pela redução de desconforto caracterizam a aprendizagem operante. Outra possibilidade de comportamento aprendido é o reforçamento de condutas de evitação da criança por parte dos cuidadores. A etiologia cognitiva baseia-se no papel de percepções não realísticas e interpretações ameaçadoras e distorcidas dos fatos. A pessoa ansiosa, hipervigilante, percebe mais sinais de perigo e interpreta erroneamente o aumento de ameaças iminentes, reforçando a ansiedade e o medo (SALKOVSKIS, 2005; SHAPIRO; FRIEDBERG; BARDENSTEIN, 2006).

A tendência dos TAs na infância e adolescência é ter curso crônico, conforme estudos retrospectivos e prospectivos, sem possibilidade de remissão espontânea ao longo do tempo (BEESDO et al., 2007; BITTNER et al., 2007; MOFFITT et al., 2007). Quando presentes na infância ou na adolescência, sem que os indivíduos afetados recebam o tratamento adequado, há grandes chances de agravamento da condição mórbida ao longo da vida, causando prejuízos no funcionamento escolar, social e pessoal de seus portadores (SYLVESTER, 2000; WALKUP et al., 2008).

A ansiedade patológica induz ao desenvolvimento de estratégias compensatórias para evitar o contato com a causa medo, ou seja, esquiva fóbica, o que fortalece a ideia de perigo da situação evitada. Além do conseqüente prejuízo funcional imediato, possíveis implicações de médio e longo prazo são a diminuição da autoestima e o desinteresse pela vida (APA, 2000).

## 2.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Neste estudo, será dado enfoque às seguintes condições: TASep, TP, FS, FEs e TAG. Tal medida baseia-se no fato de que esses transtornos compartilham o mesmo constructo subjacente da ansiedade (PINE et al., 1998) e exibem altas taxas de comorbidade, com evidências que respondem de modo similar ao tratamento, independentemente de qual seja o transtorno principal (RUPP, 2001).

### 2.2.1 Transtorno de Ansiedade de Separação

O transtorno de ansiedade de separação (TASep) caracteriza-se pela ansiedade excessiva em função do afastamento de casa ou de figuras de vinculação (pais ou substitutos). Em crianças muito pequenas, essa reação exagerada mediante o afastamento dos cuidadores pode fazer parte do funcionamento normal. A ansiedade de separação configura-se como um transtorno quando se torna inadequada para o grau de desenvolvimento ou quando interfere no cotidiano e no desempenho do indivíduo (SUVEG; ASCHENBRAND; KENDALL, 2005; CAÍRES; SHINOHARA, 2010).

Crianças ou adolescentes, quando estão sozinhas, temem que algo possa acontecer a si mesmos ou a seus cuidadores. Os medos mais frequentes incluem acidentes, sequestros, assaltos ou doenças que os afastem definitivamente dessas figuras de apego. As crianças que vivenciam esse quadro não conseguem dormir sozinhas e resistem ao sono, que vivenciam como separação ou perda de controle. Com frequência, referem pesadelos que versam sobre seus temores de separação. Com a intensificação dos sintomas, não conseguem afastar-se dos pais, inclusive dentro de casa. A recusa escolar também é comum entre esses pacientes. A criança deseja frequentar a escola, demonstra boa adaptação prévia, mas apresenta intenso sofrimento quando precisa afastar-se de casa.

Quando a criança percebe que seus pais se ausentarão ou quando o afastamento realmente ocorre, manifestam-se os sintomas físicos, tais como dor abdominal, dor de cabeça, náuseas e vômitos. Crianças maiores podem manifestar sintomas cardiovasculares, como palpitações, tontura e sensação de desmaio. Esses sintomas prejudicam a autonomia, pois restringem as relações e os interesses, ocasionando um grande estresse pessoal e familiar. As crianças sentem-se humilhadas e temerosas, o que resulta em baixa autoestima e pode evoluir para transtorno do humor (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000).

Embora o TASep possa ocorrer em qualquer idade antes dos 18 anos, observa-se maior prevalência desse transtorno na faixa etária que vai dos 7 aos 9 anos (LAST et al., 1996). Preocupações excessivas e pensamentos catastróficos em relação aos pais são mais frequentes em crianças com idade entre 5 e 8 anos. Protestos ou acessos de raiva, falta de concentração e apatia são mais comuns em crianças maiores, ou seja, entre 9 e 12 anos. Queixas somáticas e evitação escolar são comuns em adolescentes. Parece não existir distinção na expressão desses sintomas entre meninos e meninas (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009).

### **2.2.2 Transtorno de Ansiedade Generalizada**

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) caracteriza-se por uma excessiva preocupação (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses acerca de diversos eventos ou atividades do cotidiano (CAÍRES; SHINOHARA, 2010).

Em crianças e adolescentes com TAG, a ansiedade e a preocupação geralmente envolvem a qualidade de seu desempenho na escola ou em eventos esportivos, mesmo quando não estão sendo avaliados. Pode haver preocupação excessiva com a pontualidade. Trata-se de crianças excessivamente perfeccionistas e inseguras, que tendem a refazer suas tarefas em razão de elevada autoexigência com um desempenho menos que perfeito (APA, 2000).

Como critérios diagnósticos, o TAG ainda deve apresentar pelo menos três de seis sintomas físicos, tais como inquietação, fadigabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular ou perturbações do sono. Cabe salientar que o quadro não deve ser decorrente de ingestão ou abuso de substâncias, de uma condição médica geral ou de situações observadas exclusivamente durante o curso de transtorno de humor, transtorno psicótico ou transtorno global do desenvolvimento. O diagnóstico em crianças e adolescentes difere dos adultos no que diz respeito aos sintomas físicos. É necessária a presença de apenas um sintoma somático para que o diagnóstico seja confirmado nesse grupo (APA, 2000).

Crianças e adolescentes com TAG são definidas como “miniadultos” em função da preocupação em excesso com compromissos, da rígida aderência a regras ou de suas perguntas referentes aos perigos inerentes às mais diversas situações. As preocupações características do TAG dificultam o diagnóstico precoce do transtorno, porque os pais tendem a valorizar esse tipo de preocupação, confundindo a presença dos sintomas com elevado senso de responsabilidade (KENDALL; KRAIN; TREADWELL, 1999).

### **2.2.3 Fobias Específicas**

A fobia específica (FE) refere-se a qualquer medo acentuado e persistente de objetos ou situações claramente discerníveis e circunscritos. A exposição ao estímulo fóbico provoca uma resposta imediata de ansiedade (DSM-IV-TR). As crianças com tal condição tendem a correr para perto dos pais ou de alguém que as faça sentirem-se protegidas mediante o estímulo fóbico (CASTILLO; ASBHAR; MANFRO, 2000; ASBHAR, 2004).

Um diagnóstico de FE não é indicado, a menos que os temores acarretem prejuízo clinicamente significativo e ocasione intenso desconforto. Para crianças menores de 18 anos, a duração deve ser de pelo menos seis meses. Em crianças ou adolescentes, não precisa haver o reconhecimento do medo excessivo ou irracional. Cinco tipos de fobias são descritos (APA, 2000), a saber: 1) animais (cobras, aranhas, baratas, ratos, abelhas, etc.); 2) ambiente natural (tempestade, altura, água, etc.); 3) médicos (sangue, agulha, machucados, etc.); 4) situacionais (túneis, pontes, elevadores, escadas, aviões, etc.); 5) outros tipos.

A ansiedade nas FEs pode ser expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento aderente. As crianças não reconhecem que os temores são excessivos ou irracionais e raramente relatam sofrimento por terem fobias. O medo de animais e de outros objetos do ambiente natural é particularmente comum e, de modo geral, é transitório na infância (APA, 2000).

#### **2.2.4 Transtorno de Fobia Social**

A fobia social (FS), também conhecida como transtorno de ansiedade social, caracteriza-se por medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo é exposto a estranhos ou possível avaliação por outras pessoas (APA, 2000). Ele teme agir de modo humilhante ou embaraçoso, razão pela qual as situações fóbicas são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade e sofrimento (APA, 2000).

Diferentemente dos adultos, as crianças com FS talvez não tenham a autonomia para evitar as situações temidas e sejam incapazes de identificar a natureza precisa de sua ansiedade. Ainda que o reconhecimento da natureza excessiva ou não razoável da ansiedade social seja requerido para o diagnóstico em adultos, isso não é necessário para as crianças (GAUER et al., 2006). Elas relatam desconforto em inúmeras situações, como falar em sala de aula, comer próximo a outras crianças, ir a festas, escrever na frente de outros colegas, usar banheiros públicos, dirigir a palavra a figuras de autoridade (como professores e treinadores), além de participar de conversas ou brincadeiras com outras crianças. Nessas situações, costumam ocorrer sintomas físicos, como palpitações, tremores, calafrios, calor súbito, sudorese e náusea (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000).

Em termos comportamentais, são comuns crises de choro, ataques de raiva, imobilidade, comportamento aderente ou permanência junto a uma pessoa da família, sendo possível que a inibição das interações chegue ao ponto do mutismo. Crianças pequenas podem

mostrar-se excessivamente tímidas em contextos sociais estranhos, retraindo-se do contato, recusando-se a participar de brincadeiras de grupo, permanecendo tipicamente na periferia das atividades sociais e tentando permanecer próximas a adultos conhecidos. Para esse diagnóstico em crianças, deve haver evidências de que são capazes de relacionar-se socialmente com pessoas da família e de que a ansiedade social ocorre em contextos envolvendo seus pares, não apenas em interações com adultos (APA, 2000).

### **2.2.5 Transtorno de Pânico**

O transtorno de pânico (TP) caracteriza-se pela presença de ataques de pânico recorrentes que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos, os quais iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos. Esses ataques acarretam preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade de ocorrência de novos ataques de ansiedade (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009). Os sinais dominantes são muito intensos, com rápidos sintomas fisiológicos de ansiedade, acompanhados de um temor secundário de morrer, perder o controle ou ficar louco. Isso pode resultar em esquiva fóbica e medo constante de sofrer novos ataques (KING et al., 2007; STALLARD, 2010).

O TP é cerca de duas vezes mais comum entre mulheres e costuma ter início no final da adolescência ou no início da vida adulta, por volta de 20 e 30 anos; raramente há casos de surgimento na infância (KESSLER et al., 2006). Na maioria dos casos, as crianças menores de 9 anos não têm capacidade cognitiva de perceber perigo nos sintomas físicos. Essa capacidade estaria relacionada ao favorecimento da catastrofização dos sintomas de pânico, o que provavelmente explique a baixa prevalência nessa população (KISSACK; LEÓN, 2005).

É comum as crianças enfatizarem mais os sintomas somáticos ou expressarem o pânico como ansiedade de separação aguda (SYLVESTER, 2000). Em crianças mais jovens, há evidência de reações fisiológicas como hiperventilação, embora muitas delas não apresentem sintomas cognitivos (como medo de morrer ou de perder o controle), aspecto essencial para o diagnóstico em adultos (ASBAHR; ITO, 1998). Não obstante, estudos demonstram que muitos adultos com TP apresentaram seus primeiros sintomas ainda na infância ou na adolescência (TEIXEIRA, 2006).

## 2.3 TRATAMENTO

O papel da farmacoterapia no tratamento dos TAs em adultos está bem-estabelecido. Diversas classes de medicações antidepressivas, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) e outras classes de antidepressivos, assim como benzodiazepínicos e determinados anticonvulsivantes, têm-se mostrado eficazes (MULLER et al., 2005). No entanto, comparando-se os estudos de tratamento com psicofármacos em adultos, ainda há poucos ensaios clínicos que avaliem o uso de medicações no tratamento dos transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes.

Também há poucos estudos que avaliem o papel das psicoterapias para ansiedade na infância e adolescência (MAIA; ROHDE, 2007). As abordagens psicoterápicas utilizadas no tratamento dos TAs nessa faixa etária incluem a psicanálise, a psicoterapia de orientação analítica, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia familiar e a psicoterapia de apoio, entre outras modalidades.

Nesse sentido, a TCC destaca-se em quantidade de estudos controlados que comprovam sua efetividade para pacientes com TAs. Kendall (1994) realizou o primeiro ensaio clínico controlado com TCC em crianças e adolescentes com TAs. A TCC (programa Coping Cat) consistia em ensinar o paciente a reconhecer seus sintomas de ansiedade, modificar as suas cognições negativas em situações ansiogênicas, desenvolver um plano para lidar com a ansiedade, estimular a exposição gradual às situações temidas e recompensá-lo pelo esforço. Após as 16 semanas de tratamento, além da melhora observada nas avaliações autoaplicativas e parentais, 66% dos pacientes randomizados para TCC não mais preenchiam critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade quando comparados a apenas 5% do grupo da lista de espera.

O programa Coping Cat (KENDALL; HEDTKE, 2006a; 2006b) tem por objetivo ensinar a criança e o adolescente a reconhecerem sinais de ansiedade, identificar os processos cognitivos envolvidos nesse estado e utilizá-los como ferramentas para enfrentar ou superar a ansiedade. Sua estrutura é dividida em duas etapas: estratégias facilitadoras e exposição às situações temidas. O Coping Cat tem em sua estrutura as seguintes técnicas para manejo da ansiedade: reconhecimento e identificação dos sentimentos, bem como desenvolvimento de habilidades para modificá-los; reconhecimento das reações corporais como um indicador da presença de ansiedade; treinamento de relaxamento; autoinstrução para enfrentar situações geradoras de ansiedade através da reestruturação cognitiva; uso da modelagem para utilização de estratégias de *coping* mais eficazes; controle de contingências pelo uso de recompensas,



com autoavaliação e autorrecompensas pelos sucessos, mesmo que parciais; exposição na imaginação e *in vivo* (PETERSEN et al., 2011).

Estudos de metanálise indicam que a TCC é uma terapia baseada em evidências: 68,9% das crianças que completam a TCC não mais preenchem os critérios diagnósticos para os seus principais transtornos pré-tratamento *versus* 12,9% das crianças na lista de espera (IN-ALBON; SCHNEIDER, 2007; SILVERMAN; PINA; VISWESVARAN, 2008). Em um ensaio clínico randomizado, os resultados demonstraram os benefícios da TCC para crianças com TAs, tanto em grupo quanto individual; porém, crianças com altos escores de ansiedade social responderam preferencialmente a terapias individuais (MANASSIS et al., 2002).

Em outro estudo, foi associada ao programa Coping Cat uma abordagem familiar com 79 crianças e adolescentes com idade entre 7 e 14 anos. Os pacientes foram randomizados para TCC, TCC + abordagem familiar e lista de espera. Após 12 semanas de tratamento, ambos os tratamentos foram superiores à lista de espera, porém o tratamento que continha abordagem familiar foi significativamente superior ao tratamento apenas com a TCC. Observou-se que 84% dos pacientes que participaram da TCC + abordagem familiar não preenchiam mais critérios diagnósticos quando comparados a 57% do grupo que participou da TCC e 26% do grupo da lista de espera (BARRET; DADDS; RAPPE, 1996).

Em outro estudo, 60 crianças e adolescentes foram randomizados para três tipos de intervenção: TCC, TCC com a família e lista de espera. Ao término do tratamento, 64,8% das crianças que receberam alguma das intervenções terapêuticas não preenchiam mais critérios diagnósticos para TAs *versus* 25,2% da lista de espera. Após 12 meses do término da terapia, 64,5% das crianças do grupo TCC não preenchiam mais critérios para TAs *versus* 84,8% da TCC com a família. Esses resultados corroboram a efetividade da TCC em longo prazo, bem como a importância do envolvimento e do entendimento familiar (BARRET, 1998).

Apesar disso, estudos de seguimento para avaliação de resposta a TCC ao longo do tempo são escassos. As pesquisas que acompanharam os pacientes têm observado manutenção dos ganhos em avaliações seis e 12 meses após o tratamento (BARRET, 2001). Em outro estudo com acompanhamento maior, com um período entre 2 a 5 anos (média 3,5 anos) após TCC, os resultados positivos mantiveram-se no seguimento para os pacientes reavaliados nas medidas de autorrelato, nas medidas parentais e nos critérios diagnósticos (KENDALL; SOUTHAM-GEROW, 1996). Da mesma forma, em um estudo que avaliou a manutenção de resultados de 16 semanas de TCC para crianças com TAs (TAsep, FS e TAG) após uma média de 7,4 anos, constatou-se a manutenção dos ganhos e a presença de um baixo índice de depressão ou uso de substâncias (KENDALL, 2004).

## 2.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os protocolos de TCC costumam ter de 10 a 20 semanas (JAMES; SOLER; WEATHERALL, 2009). O objetivo da TCC em crianças e adolescentes é reduzir os componentes cognitivos, comportamentais e somáticos da ansiedade, auxiliando-os a reconhecer sentimentos de ansiedade e reações fisiológicas a ela, esclarecer pensamentos ou cognições em situações que provoquem ansiedade, desenvolver habilidades para lidar com tal condição e avaliar os resultados obtidos. As técnicas a serem utilizadas, dependendo do protocolo de tratamento, podem ser cognitivas e comportamentais (KENDALL, 1994; 1997).

A classificação de intervenções em técnicas cognitivas e comportamentais é meramente didática (KNAPP; BECK, 2008). Sabe-se que tanto as estratégias cognitivas provocam alterações comportamentais quanto as estratégias comportamentais são passíveis de ocasionar modificação cognitiva (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008).

### 2.4.1 Técnicas Cognitivas

As técnicas cognitivas têm sido aprimoradas ao longo dos anos, tendo em vista instrumentalizar os terapeutas para o trabalho de identificação, análise e reestruturação do sistema de crenças do paciente (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008).

A *psicoeducação* abrange a etapa de aquisição de conhecimentos, por meio de informações apresentadas pelo terapeuta, utilizando-se material didático que ajuda o paciente a compreender o seu transtorno e a lidar com ele (KING et al., 2007). No caso de crianças e adolescentes, recursos como livros, figuras, histórias em quadrinhos, metáforas e desenhos são bastante úteis (PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007). A psicoeducação promove esclarecimentos a respeito do transtorno em questão e auxilia na redução das distorções de informações, melhorando inclusive a motivação para a terapia (FRIEDBERG; McCLURE; GARCIA, 2011).

O *automonitoramento* é a estratégia terapêutica destinada a aumentar a consciência do paciente sobre o que ele está fazendo, pensando e sentindo. Sabe-se que muitas vezes, para os adultos, é difícil diferenciar um pensamento automático de uma emoção; para crianças e adolescentes, essa tarefa é ainda mais desafiadora (CAMINHA; CAMINHA, 2007). Para facilitar a compreensão dessa estratégia, podem ser utilizados recursos lúdicos, como personagens conhecidos de histórias infanto-juvenis, pessoas com balões ou nuvens de

pensamento ou ilustrações de revistas com expressões que indicam algum pensamento a ser descoberto. Cartas com fisionomias infanto-juvenis expressando sentimentos são bastante úteis na identificação de sentimentos (PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007).

O *registro de pensamentos disfuncionais* (RPD) é utilizado para rastrear os pensamentos que foram ativados por uma situação, gerando a emoção e o comportamento subsequentes. O RPD também visa a capacitar os pacientes a descobrir, esclarecer e alterar os significados atribuídos a esses eventos, compondo uma resposta alternativa ou racional (KNAPP, BECK, 2008).

O *questionamento socrático* consiste em fazer perguntas para ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses pensamentos à luz das evidências reais e construir alternativas menos tendenciosas ou padronizadas (MULULO et al., 2009). O paciente passa a considerar seus pensamentos como hipóteses, e não como fatos. Então, terapeuta e paciente fazem um exame das evidências que apoiam o seu pensamento e das evidências que são contrárias a fim de descobrir meios alternativos de interpretar as situações (HELDT et al., 2008).

O *reconhecimento e o manejo das emoções e das reações corporais* auxiliam o paciente a identificar suas emoções e os sinais corporais a elas associados. Ao sintonizar-se com diferentes emoções, ele começa a distinguir seus estados de humor. Um instrumento útil é o mapa de rosto de sentimento, o qual oferece figuras que representam várias expressões faciais e inclui rótulos nomeando o sentimento apropriado de cada figura. Após aprender a identificar e rotular seus sentimentos, tanto as crianças quanto os adolescentes estão aptos para classificar a sua intensidade (FRIEDBERG; McCLURE, 2004). A utilização de listas de reações corporais oferece uma via mais sistemática de verificar a presença de sinais importantes e a reconhecer as reações específicas de ansiedade. Essa etapa é essencial, pois o paciente só pode fazer uso das técnicas para manejo da ansiedade se for capaz de identificar os sinais de ansiedade de seu corpo (STALLARD, 2010).

A *reestruturação cognitiva* procura desafiar diretamente as crenças irracionais ou disfuncionais, modificando-as ou substituindo-as por outras mais adaptativas. O paciente é orientado a identificar e controlar seus pensamentos irracionais; fazer um exame das evidências favoráveis e contrárias a esses pensamentos distorcidos e avaliá-los com base nas evidências; fazer o teste da realidade e, por fim, corrigir os conteúdos distorcidos, substituindo as interpretações tendenciosas por interpretações calcadas na realidade, passando a processar o real de uma nova maneira (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007; ITO et al., 2008). O terapeuta deve ajudar a criança e o adolescente na elaboração de explicações

alternativas para uma situação vista como negativa, auxiliando-os a formular estratégias de confronto durante a situação que provoca ansiedade para criar um senso de controle e de domínio, por fim levando à redução da ansiedade (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007). Outra estratégia bastante útil é pedir que escolham pessoas (imaginárias ou reais) pelas quais sintam admiração para que sirvam como modelos no momento de lidar com situações difíceis utilizando pensamentos de enfrentamento (KENDALL, 2011).

A *resolução de problemas* objetiva desenvolver a capacidade de encarar as situações consideradas “catástrofes” como problemas a serem resolvidos e desenvolver a confiança nas próprias habilidades para enfrentá-los (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007). No primeiro estágio, o foco do terapeuta é ajudar o paciente a inibir o impulso inicial de fugir da situação geradora de ansiedade. No segundo estágio, deve ser definido e formulado operacionalmente um problema exequível com objetivos. No terceiro estágio, ocorre a resolução desse problema, que envolve a criação de soluções alternativas. No quarto estágio, denominado tomada de decisão, paciente e terapeuta avaliam cada alternativa, escolhendo a solução mais apropriada, e depois partem para ação. O estágio final consiste em verificar o mérito da solução escolhida (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007).

A *autoinstrução* é uma técnica que visa à substituição de pensamentos maladaptativos por pensamentos adaptativos a partir de uma fala interior do paciente (PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007). Em geral, frases usadas pelo próprio paciente ou cartões que contenham instruções colaboram para novas atitudes diante da situação geradora de ansiedade. A partir da identificação de uma situação ansiogênica, o paciente elabora, com a ajuda do terapeuta, uma fala interna positiva que substituirá os pensamentos disfuncionais que geralmente apresenta em tal situação (STALLARD, 2010).

A *distração* é uma técnica de distanciamento ou deslocamento de atenção que tem por finalidade a normalização das emoções (SHINOHARA, 2005). Quando, por exemplo, uma criança fica ansiosa, ela se focaliza internamente e permanece fixada em seus sinais corporais de ansiedade (STALLARD, 2010). A técnica de distração visa a tirar o foco das sensações corporais e dos pensamentos distorcidos, fazendo com que o paciente visualize as coisas ao seu redor (STALLARD, 2010). Os recursos mais utilizados para praticar a distração, são assistir à televisão, ler um livro ou uma revista, praticar alguma atividade lúdica ou ligar para um amigo (SILVEIRA; EILERT; CAMINHA, 2007).

O *ensaio cognitivo* é uma técnica desenvolvida para auxiliar os pacientes a experimentarem as situações temidas imaginando que elas estão ocorrendo naquele exato momento (KNAPP; BECK, 2008). Essa técnica consiste em praticar uma nova maneira de

pensar por meio da geração de imagens mentais ou *role-play* (dramatização). Isso pode ser feito em sessões durante o tratamento com a ajuda do terapeuta ou, após ganhar experiência no uso de métodos de ensaio, o paciente pode ter como tarefa praticar sozinho em casa (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Através de imagens mentais, ele ensaia a solução do problema e o treinamento da assertividade conforme necessário para superar situações ansiogênicas (KNAPP; BECK, 2008).

A *autoavaliação e a autorrecompensa* visam a encorajar o paciente a sentir orgulho de suas realizações, sendo recomendável pedir-lhe que descreva alguma situação na qual sentiu orgulho de si próprio. No tratamento, o paciente é ensinado a se autoavaliar e a se autorrecompensar, mesmo que tenha obtido sucesso parcial na tarefa. Por exemplo, a criança deve ser encorajada a se recompensar com autoafirmações positivas, como “eu fiz um bom trabalho” ou “eu tentei” (KENDALL, 2011).

#### **2.4.2 Técnicas Comportamentais**

Explica-se o componente comportamental dos TAs pela possibilidade de que o medo e/ou a ansiedade sejam respostas aprendidas (condicionamento clássico) e, por conseguinte, possam ser desaprendidas. Em crianças e adolescentes, a evitação é o componente central da ansiedade (KENDALL; SUEVEG, 2006). A maior parte das técnicas comportamentais usadas na TCC destina-se a romper padrões de evitação ou desesperança, a enfrentar gradativamente situações temidas, a desenvolver habilidades de enfrentamento e a reduzir emoções dolorosas ou excitação autonômica (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

*Os experimentos comportamentais* objetivam tornar um conjunto de pensamentos como hipóteses que precisam ser submetidas ao teste de realidade (KNAPP; BECK, 2008). No caso de crianças e adolescentes, eles são encorajados a fazer uma tentativa de manobra e relatar o resultado, qualquer que seja. Aprender fazendo, através de experimentos comportamentais, é uma medida poderosa para ajudar o paciente a testar objetivamente a validade de suas crenças. Talvez seja preciso combinar com ele e seu cuidador quando e onde ocorrerá o experimento e qual o apoio necessário (STALLARD, 2010).

O *treino de habilidades sociais* tem por meta essencial fornecer um repertório amplo e variado de comportamentos sociais mais adaptados, diminuindo a passividade e a sensação de impotência ou raiva, considerando-se as características do paciente e o grupo social em que ele está inserido (ITO et al., 2008). Concentra-se basicamente na aprendizagem de habilidades sociais necessárias para um bom relacionamento interpessoal por meio de modelação pelo

terapeuta, ensaio comportamental, *feedback* de correção, reforço social e treinamento realizado fora da sessão com as tarefas de casa (MULULO et al., 2009).

A *exposição* abrange procedimentos terapêuticos que expõe o paciente aos estímulos ansiogênicos (internos ou externos), de modo a provocar habituação e extinção dos sintomas de ansiedade. Há diferentes modalidades de exposição, tais como imaginária e ao vivo (exposição real), intensa (*flooding*) e gradual, assistida pelo terapeuta e autoexposição, curta e prolongada, individual e em grupo (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008). Essa técnica tem sido indicada como de primeira escolha no tratamento dos TAs (PETERSEN et al., 2011). A exposição repetida ao objeto e à situação temida produz a extinção ou a habituação aos sintomas, ou seja, quanto mais o indivíduo se expõe ao estímulo temido, menor é a magnitude da resposta evocada (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007).

As técnicas de *relaxamento muscular progressivo* são úteis na diminuição da ansiedade basal e também favorecem a percepção do autocontrole da ansiedade. A mais utilizada é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson (1938), que orienta o paciente a observar cada grupo muscular de maneira a identificar a tensão e propiciar o relaxamento do mesmo (ITO et al., 2008). Trata-se de um exercício que envolve a prática de tensão e relaxamento progressivo dos principais grupos musculares (HELDT et al., 2008). O paciente aprende a influenciar ativamente seu estado corporal para melhor manejar o estresse (PETERSEN et al., 2011).

A *respiração diafragmática*, também chamada de respiração abdominal, é uma técnica que utiliza os músculos abdominais para o controle respiratório. Trata-se de uma potente técnica para controle de ansiedade que pode ser ensinada no ambiente clínico por profissionais treinados (HELDT et al., 2008). Tem por finalidade obter uma mudança na frequência respiratória para normalização dos níveis de gases no organismo (SHINOHARA, 2005). Por meio de exercícios respiratórios, equilibra-se a quantidade necessária de oxigênio e gás carbônico, restituindo-se seu compasso (KING et al., 2007). A respiração diafragmática ajuda o paciente a retomar o controle do seu corpo por meio da concentração no controle da sua respiração (STALLARD, 2010).

A *programação das tarefas de casa* ocorre durante todo o tratamento, bem como a averiguação do que foi feito. Essas medidas devem ser praticadas diariamente, usando-se como modelo o que foi aprendido nas sessões. A necessidade de cumprimento das tarefas deve estar bem-establishada, sendo fundamental esclarecer a sua relação com o progresso da terapia (ITO et al., 2008).

A *modelagem* diz respeito à aprendizagem vicária, a qual consiste na aprendizagem do paciente a partir da observação de pessoas que lhe são significativas. Assim, é importante que o terapeuta possa atuar como modelo para os seus pacientes, interagindo com o objeto fóbico, numa demonstração de que este não lhe traz riscos. No caso de crianças e adolescentes, essa postura de aproximação do objeto fóbico deve ser adotada também pelos pais ou responsáveis. As variações da técnica incluem a modelagem filmada, na qual o paciente assiste a um vídeo do modelo, e a modelagem ao vivo, em que o modelo está presente (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007). Na modelagem participativa, o modelo (terapeuta) interage com o paciente. Um *feedback* corretivo regular, além do reforço pelo esforço e sucesso parcial, ajuda a igualar o desempenho ao modelo (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007).

O *manejo de contingências* representa o relacionamento entre comportamentos e consequências, ou seja, o tipo de recompensas que se pode alcançar a partir de certas respostas comportamentais. Parte-se do princípio do reforço, que pressupõe reforçar positivamente os comportamentos-alvo. O terapeuta deve enfatizar a importância de se autorrecompensar pelo esforço e pelo sucesso parcial de cada desafio ou tarefa proposta aos pacientes (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007). As recompensas devem ser proporcionais à idade e ao nível sociocultural. Recomenda-se o uso de pontuação para que as crianças possam administrar o recebimento dos pontos e acumulá-los para depois trocar por recompensas. Além de reforçadora, a técnica incentiva a criança, principalmente as mais impulsivas, a guardar, juntar e acumular os pontos em vez de trocá-los imediatamente, o que também tem efeito terapêutico (CAMINHA; CAMINHA, 2007).

## 2.5 PROTOCOLO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO

Considerando que a presente pesquisa trata do seguimento de pacientes que participaram de um estudo prévio (MANSUR, 2011), cabe descrever o protocolo de TCCG que foi utilizado. As sessões basearam-se no programa reconhecido para o tratamento de crianças de adolescentes com Tas, o *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment (Coping Cat)* e o *The coping cat workbook*, ambos de Phillip Kendall e Kristina Hedtke (2006).

O protocolo foi composto de 14 sessões semanais, em formato de grupo, com duração de 90 minutos cada. A estrutura de todas as sessões obedeceu às seguintes fases:

- fase inicial – ligação com a sessão anterior por meio da revisão dos temas combinados para serem realizados em casa durante a semana e definição da agenda da sessão (objetivo e procedimentos da sessão);
- fase intermediária – desenvolvimento do procedimento com o uso de técnicas cognitivas e/ou comportamentais;
- fase final – combinação de novas tarefas e síntese das principais pontos examinados, acompanhada por uma avaliação da sessão pelos membros do grupo.

As tarefas de casa que eram realizadas valiam pontos e, a cada 10 pontos alcançados, os pacientes eram recompensados com um presente. No início de cada sessão, também se verificava o humor dos participantes. A seguir, será descrito brevemente como as sessões foram conduzidas.

As duas primeiras sessões foram destinadas principalmente à apresentação dos membros do grupo e ao estabelecimento do “contrato terapêutico” ou das “regras de grupo”. Os pacientes foram informados sobre o que é TCC e sobre a importância de sua participação ativa no tratamento. Cada participante recebeu um manual contendo todas as sessões estruturadas. Nessa ocasião, realizou-se uma breve psicoeducação sobre ansiedade normal e patológica. Também se iniciou a identificação de expressões corporais que refletem uma emoção ou um sentimento. As tarefas definidas como “tema de casa” serviram para descrever uma situação ansiogênica e as sensações por ela provocadas, acompanhadas pela atividade de recortar e colar imagens de revistas com diferentes expressões e relacioná-las com algum sentimento.

A terceira sessão objetivou elucidar as reações corporais proporcionais e desproporcionais a determinado estímulo, exemplificando-se com situações do cotidiano. O primeiro passo do “Plano do Medo” foi dado: “Você está ansioso?”. Como tema de casa, estabeleceu-se descrever situações de ansiedade e medo, identificar emoções e reações corporais.

A quarta sessão foi destinada ao treinamento de técnicas a serem utilizadas com o intuito de reduzir a ansiedade: respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo. Como tema de casa, combinou-se o treinamento diário das técnicas ensinadas e descrever mais situações ansiogênicas, emoções e reações corporais.

A quinta sessão iniciou-se com a identificação de pensamentos automáticos. Foram realizados exercícios para demonstrar que, em uma mesma situação, podem ocorrer diferentes pensamentos, já que a interpretação é individual. Para isso, foi dado o segundo passo do Plano



do Medo: “Esperando que algo ruim aconteça?”. O tema de casa consistiu em descrever uma situação de ansiedade e medo, assim como os pensamentos que vieram à mente no momento.

A sexta sessão revisou o que foi aprendido sobre pensamento automático e demonstrou o ciclo situação-pensamento-emoção. Nessa fase, os pacientes aprenderam que a situação é a mesma; o que pode ser alterado é o pensamento e, por conseguinte, a emoção. Foi dado o terceiro passo do Plano do Medo: “Atitudes que podem ajudar”. Como tema de casa, os pacientes foram solicitados a descrever situações de ansiedade, os pensamentos automáticos que surgiram e as novas alternativas de pensar na mesma situação.

A sétima sessão foi caracterizada pelo início da construção da “Escada do Medo”: os pacientes foram orientados a identificar situações causadoras de pouco, médio e muito medo e/ou ansiedade. Nos degraus mais baixos, ficavam as situações menos temidas, teoricamente mais fáceis de serem enfrentadas; nos degraus mais altos, as mais difíceis de enfrentar. Como tema de casa, os pacientes deveriam escolher uma das situações consideradas mais “fáceis” e descrever o conjunto de pensamentos, sentimentos, reações corporais e atitudes por ela despertado, bem como novas alternativas de pensar e agir.

Nesse momento, os terapeutas realizaram uma reunião com os pais ou responsáveis, com o objetivo principal de promover psicoeducação sobre ansiedade e TAs, esclarecendo como a TCC pode auxiliar na melhora dos sintomas.

A oitava sessão foi marcada pelo desenvolvimento da última etapa do Plano do Medo: “Resultados e recompensas”. Para isso, formaram-se duplas para escolher uma situação de grau médio na escada do medo e desenvolver um plano de enfrentamento para essa situação. A seguir, a dupla expôs ao grupo o que foi elaborado. O tema de casa foi o mesmo da sessão anterior, porém com uma situação de dificuldade “média”, ainda sem exposição ao vivo.

A nona sessão seguiu os moldes da oitava, com duplas discutindo uma situação agora considerada “difícil”. Ficou combinado para a próxima sessão cada paciente traria uma foto, figura, ou imagem de algum personagem de sua preferência. O tema de casa seguia o anterior, porém com uma situação identificada como “difícil” de ser enfrentada, ainda sem exposição ao vivo.

A décima sessão preparou os participantes para a exposição em si. Eles foram então convidados a se imaginar enfrentando uma situação “fácil” e as formas alternativas de pensar quando a ansiedade aumenta. Solicitou-se que elaborassem uma história com o personagem escolhido para ajudá-los a enfrentar a situação mais difícil. Como tema de casa, propôs-se a tentativa de enfrentar ao vivo a situação “fácil” que já havia sido planejada na sétima sessão.

As próximas sessões (11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup>) serviram para aumentar o grau de dificuldade da situação a ser enfrentada. Na 14<sup>a</sup> sessão, os participantes leram para o grupo da história criada na 10<sup>a</sup> sessão, que continuou ajudando no enfrentamento do medo. No encerramento, todos participaram de uma festa em conjunto com pais e responsáveis.

Ainda foi realizada uma última reunião com os pais ou responsáveis para combinações sobre o próximo passo de acompanhamento, conforme cada caso, e sobre como a família poderia contribuir para a manutenção da melhora obtida.

O resultado dos 20 pacientes que completaram as 14 sessões de TCCG foi que, além da melhora da ansiedade e da avaliação clínica global, com um tamanho de efeito de moderado a grande (0,59-2,06), houve diminuição significativa de sintomas externalizantes. Em curto prazo, porém, não houve mudança significativa nos escores de qualidade de vida (de SOUZA et al., 2013).

O foco desta pesquisa foi o seguimento dos participantes que concluíram a TCCG. Os resultados estão apresentados no Artigo 2 da dissertação, e o protocolo de coleta (Apêndice A), juntamente com os instrumentos utilizados, está apresentado no Anexo A.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: revisão*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- ASBAHR, F.R.; ITO, L.M. Transtornos ansiosos na infância e adolescência. In: ITO, L.M. et al. *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ASBAHR, F.R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *J Pediatr*, v. 80, n. 2, p. 28-34, 2004.
- BARBOSA, J.G. et al. Grupo de sala de espera em ambulatório de ansiedade: um estudo exploratório. *Rev Bras Ter Cogn*, v. 4, n. 2, p. 56-72, 2008.
- BARRET, P.M. Cognitive behavioral treatment of anxiety disorders in children: long term (6-year) follow-up. *J Consult Clin Psychol*, v. 69, n. 1, p. 135-141, 2001.
- BARRET, P.M.; DADDS, M.R.; RAPPE, R.M. Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, v. 64, n. 2, p. 333-342, 1996.
- BARRET, P.M. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*, v. 27, n. 4, p. 459-468, 1998.
- BEESDO, K. et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry*, v. 64, n. 8, p. 903-912, 2007.
- BERNSTEIN, G.A.; BORCHARDT, C.M.; PEWIEN, A.R. Anxiety disorders in children and adolescents: review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 35, n. 9, p. 1110-1119, 1996.
- BERNSTEIN, A. et al. Anxiety sensitivity taxonicity and trauma: discriminant associations for post-traumatic stress and panic symptomatology among young adults. *Cogn Behav Ther*, v. 22, n. 4, p.138-149, 2005.
- BITTNER, A. et al. What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry*, v. 48, n. 12, p. 1174-1183, 2007.
- BRÜCKL, T.M. et al. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychother Psychosom*, v. 76, n. 1, p. 47-56, 2007.
- CAÍRES, M.C.; SHINOHARA, H. Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Rev Bras Ter Cogn*, v. 6, n. 1, p. 62-84, 2010.
- CAMINHA, R.M.; CAMINHA, M.G. *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca, 2007.

- CARVALHO, M.R.; NARDI, A.E.; RANGÉ, B. Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. *Rev Psiq Clín*, v. 35, n. 2, p. 66-73, 2008.
- CASSANO, G.B. et al. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry*, v. 154, n. 6, p. 27-38, 1997.
- CASTILLO, A.R.G.L.; ASBAHR, F.R.; MANFRO, G.G. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 22, supl. 2, p. 20-23, 2000.
- de SOUZA, M.A. et al. Cognitive-behavioral group therapy for youths with anxiety disorders in the community: effectiveness in low and middle income countries. *Behav Cogn Psychother*, v. 4, n. 3, p. 255-264, 2013.
- FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatry disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 43, n. 6, p. 727-734, 2004.
- FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J.M. *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FRIEDBERG, R.D.; McCLURE, J. M.; GARCIA, J.H. *Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- GAUER, G.J.C. et al. Fobia social na infância e adolescência: aspectos clínicos e de avaliação psicométrica. *Psico*, v. 37, n. 3, p. 263-269, 2006.
- GOODWIN, R.D; FERGUSSON, D.M.; HORWOOD, L.J. Panic attacks and the risk of depression among young adults in the community. *Psychother Psychosom*, v. 73, n. 3, p. 158-165, 2004.
- HELDT, E. et al. Utilização de técnicas de terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com sintomas residuais do transtorno de pânico: seguimento de dois anos. *Rev HCPA*, v. 28, n. 1, p. 10-15, 2008.
- IN-ALBON, T.; SCHINEIDER, S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychother Psychosom*, v.76, n. 1, p. 15-24, 2007.
- ITO, L.M. et al. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 30, supl. II, p. 96-101, 2008.
- JAMES, A.; SOLER, A.; WEATHERALL, R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 19, n. 4, 2009.
- KENDALL, P.C. Dicas das trincheiras sobre terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade. In: PETERSEN, C.S.; WAINER, R. et al. *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 256-263.
- KENDALL, P.C. et al. Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*, v. 72, n. 2, p. 276-287, 2004.

KENDALL, P.C.; HEDTKE, K. *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment. Coping Cat*. 3.ed. Ardmore. PA: Workbook Publishing, 2006a.

\_\_\_\_\_. *Coping Cat Workbook*. 2. ed. Ardmore. P.A.: Workbook Publishing, 2006 b.

KENDALL, P.C. ; KRAIN, A.; TREADWELL, K. Generalized anxiety disorders. In: AMMERMAN, R.T. *Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents*. 2..ed. Massachusetts: Allyn & Bacon, 1999. p. 155-71, 1999.

KENDALL, P.C.; SOUTHAM-GEROW, M.A. Long-term follow-up of a cognitive behavioral therapy for anxiety disordered youth. *J Consult Clin Psychol*, v. 64, n. 4, p. 724-730, 1996.

KENDALL, P.C.; SUVEG, C. Treating anxiety disorders in youth. In: KENDALL, P. C. (ed.). *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. 3.ed. New York: Guilford Press, 2006.

KENDALL, P.C. Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, v. 65, n. 3, p. 366-380, 1997.

KENDALL, P.C. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, v. 62, n. 1, p. 100-110, 1994.

KESSLER, R.C. et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*, v. 69, n. 4, p. 372-380, 2012.

KESSLER, R.C. et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, v. 63, n. 4, p. 415-424, 2006.

KING, A.L.S. et al. A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. *Rev Psiq Clín*, v. 34, n. 4, p. 191-195, 2007.

KISSACK, M.R.; LEÓN, N.C.M. Transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico em crianças e adolescentes. In: CABALLO, V.E.; SIMÓN, M.A. *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais*. São Paulo: Santos Editora, 2005. p. 93-120.

KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 30, supl. II, p. 54-64, 2008.

KRAIN, A. et al. Anxiety disorders. In: MARTIN, A.; VOLKMAR, F.R. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 4.ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2007. p. 538-548.

MAIA, C.R.M.; ROHDE, L.A. Psicofármacos no tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 29, n. 1, p. 72-79, 2007.

- MANASSIS, K. et al. Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 41, n. 12, p. 1423-30, 2002.
- MANSUR, M.A. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pré-adolescentes com transtornos de ansiedade: desenvolvimento das sessões e avaliação de resposta*. Porto Alegre, 2011. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MOFFITT, T.E. et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry*, v.64, n. 6, p. 651-660, 2007.
- MORIKAWA, M.; MORAIS, R.M. Transtorno de ansiedade generalizada. In: ASBHAR, F.R. et al. *Transtornos de ansiedade na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 42-57.
- MORRIS, T.; MARCH, J. *Anxiety disorder in children and adolescents*. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2004.
- MULLER, J.E. et al. Social anxiety disorder: current treatment recommendations. *CNS Drugs*, v. 19, n. 5, p. 377-91, 2005.
- MULULO, S.C.C. et al. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Rev Psiq Clín*, v. 36, n. 6, p. 221-228, 2009.
- NAUTA, M.H. et al. Cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 42, n. 11, p. 1270-1278, 2003.
- NEVO, G.A.; MANASSIS, K. Outcomes for treated anxious children: a critical review of Long-Term-Follow-Up studies. *Depress Anxiety*, v. 26, n. 7, p. 650-660, 2009.
- PELISOLI, C.; BELLÉ, A.H.; CAMINHA, R. Caracterização e tratamento da fobia específica em crianças. In: CAMINHA, R.; CAMINHA, M.G. *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca, 2007. p. 121-142.
- PETERSEN, C.S. Evidências de efetividade e procedimentos básicos para terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psicoter*, v. 13, n. 1, p. 39-50, 2011.
- PINE, D.S. et al. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, v. 55, n. 1, p. 56-64, 1998.
- REINECKE, M.A.; DATILLIO, F.M.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: relato de casos e prática clínica*. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2009.
- RESEARCH UNIT ON PEDIATRIC PSYCHOPHARMACOLOGY ANXIETY STUDY GROUP (RUPP). Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med*, v. 344, p. 1279-1285, 2001.

- SALKOVSKIS, P. *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- SALUM, G.A.; BLAYA, C.; MANFRO, G.G. Transtorno do pânico. *Rev. psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009.
- SALUM, G.A. et al. The multidimensional evaluation and treatment of anxiety in children and adolescents: rationale, design, methods and preliminary findings. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 33, n. 2, p. 181-195, 2011.
- SHAPIRO, J.; FRIEDBERG, R.; BARDENSTEIN, K. *Child and adolescent therapy: science and art*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2006.
- SHEAR, K. et al. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, v. 163, n. 6, p. 1074-1083, 2006.
- SHINOHARA, H. Transtorno de pânico: da teoria à prática. *Rev Bras Ter Cogn*, v. 1, n. 2, p. 147-54, 2005.
- SILVEIRA, J.A.M.; EILERT, V.P.; CAMINHA, R.M. Ansiedade de separação. In: CAMINHA, R.M.; CAMINHA, M.G. *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca, 2007. p. 175-188.
- SILVERMAN, W.K.; PINA, A.A.; VISWESVARAN, C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psycho*, v. 37, n. 1, p. 105-130, 2008.
- SPENCE, S.H. et al. The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behav Res Ther*, v. 39, n. 11, p. 1293-1316, 2001.
- STALLARD, P. *Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- SUVEG, C.; ASCHENBRAND, M.A.; KENDALL, P.C. Separation anxiety disorder, panic disorder and school refusal. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, v. 14, n. 4, p. 773-795, 2005.
- SYLVESTER, C. Separation anxiety disorder and other anxiety disorders. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Washington: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- TEIXEIRA, G.H. *Transtornos comportamentais na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.
- TIWARI, S.; ASBAHR, F.R.; KENDALL, P. Terapia cognitivo-comportamental. In: ASBAHR, F.R et al. *Transtornos de ansiedade na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 160-194.
- VIANNA, R.R.A.B.; CAMPOS, A.A.C.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Rev Bras Ter Cogn*, v. 5, n. 1, p. 46-69, 2009.

WALKUP, J. T. et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New Engl J Med*, v. 359, n. 26, p. 2753-2766, 2008.

WOOD, J.J. et al. Family cognitive-behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 45, n. 3, p. 314-321, 2006.

WRIGHT, J.H.; BASCO, M.R.; THASE, M.E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZAMIGNANI, D.R.; BANACO, R.A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Rev Bras de Ter Comp Cogn*, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar desfechos de longo prazo após dois anos de terapia cognitivo-comportamental em grupo para adolescentes com transtornos de ansiedade.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar revisão sistemática de estudos de seguimento para identificar desfechos de longo prazo após terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade.
- Verificar a resposta da terapia cognitivo-comportamental em grupo após dois anos de sua realização, em relação à intensidade dos sintomas de ansiedade e de depressão e à qualidade de vida.

#### **4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 110181; Anexo B).

Todos os participantes e responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

## 5 ARTIGOS

### 5. 1 ARTIGO 1 – VERSÃO EM INGLÊS

#### **Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: a systematic review of follow-up studies**

Roberta Davis<sup>1,2</sup>, Maria Augusta Mansur de Souza<sup>1</sup>,  
Roberta Rigatti<sup>3</sup> and Elizeth Heldt<sup>1,2,3</sup>

#### **Abstract**

*Introduction:* clinical trials have provided evidence of the short-term effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) for anxiety disorders (AD) in children and adolescents. However, very few follow-up studies over 12 months have been conducted to assess response to CBT. *Objective:* to conduct a systematic review about the long-term response to CBT for ADs in children and adolescents. *Method:* the Pubmed and Isi Web of Science databases were consulted. Search in the databases was performed in November 2012 and included cohort studies after CBT for ADs in children and adolescents with a follow-up period over 12 months. *Results:* a total of 10 papers met the inclusion criteria. The follow-up period ranged from 12 months to 13 years and the results generally showed maintenance of the short-term benefits with CBT. However, the studies presented limitations, especially regarding methods, such as lack of a control group and losses to follow-up. *Conclusion:* the long-term benefits of CBT were identified, however it would be interesting to conduct other studies with more frequent assessment periods, in order to minimize losses to follow-up, in addition to evaluating children and adolescents in the various stages of their development.

**Key words:** Cognitive-behavioral therapy. Anxiety disorders in children and adolescents. Follow-up studies.

<sup>1</sup> Postgraduate Program in Medical Sciences: Psychiatry/Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil.

<sup>2</sup> Anxiety Disorders Program of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil.

<sup>3</sup> Nursing School/UFRGS and Undergraduate Research Program CNPQ/UFRGS, Brazil.

## Introduction

Anxiety and fear are emotions inherent to human nature, which become pathological when they are disproportionate to the stimulus or qualitatively differ from that which is observed in a given age group,<sup>1</sup> characterizing anxiety disorders (ADs). These disorders are currently classified as: separation anxiety disorder (SepAD), panic disorder (PD), social anxiety disorder or social phobia (SAD), generalized anxiety disorder (GAD), specific phobia (SP), post-traumatic stress disorder (PTSD) and obsessive-compulsive disorder (OCD).<sup>2</sup> A recent study observed that ADs are among the major disorders affecting children and adolescents, and up to 24.9% of them could experience these disorders over the course of their life,<sup>3</sup> with symptoms impairing their academic and social performance.<sup>4</sup>

Retrospective<sup>5</sup> and prospective studies<sup>6-8</sup> show that ADs in childhood and adolescence are chronic conditions that do not spontaneously present remission over time. If these disorders are not treated in their early stages, they increase the risk of school dropout or predict significant setbacks in academic life<sup>4</sup>, as well as psychopathologies in adulthood, such as depression<sup>6-11</sup> and substance abuse.<sup>12</sup>

Despite its high prevalence and substantial associated morbidity, ADs in children and adolescents are still underdiagnosed and undertreated, even though there is evidence of effective treatment, such as pharmacotherapy<sup>13</sup> and cognitive-behavioral therapy (CBT).<sup>14,15</sup> In a meta-analysis involving 10 randomized controlled trials that compared CBT for ADs in childhood and adolescence with a waiting list, the remission rate in the CBT group was 56.5% *versus* 34.8% in the control group, suggesting a clinically significant benefit associated with the treatment.<sup>16</sup> In another meta-analysis, with 13 randomized clinical trials (498 patients and 311 controls), the response to CBT for any AD was 56%, compared to 28.2% in the control group (RR: 0.6; CI 95%: 0.53-0.69), with a number needed to treat (NNT) of 3 (CI 95%: 2.5-4.5).<sup>17</sup>

Follow-up studies evaluating long-term response to CBT are considerably more scarce when compared to studies evaluating short-term response. A recent review study about ADs showed that the short-term benefits of CBT are extended into late adolescence.<sup>1</sup> However, the authors suggest that more follow-up studies are needed in order to confirm the predictors of long-term results.

Considering these gaps, which are still observed in the literature, this study aims to carry out a systematic review of follow-up studies assessing CBT for ADs in children and adolescents.

## Method

This is a systematic review, with queries to the Pubmed and Isi Web of Science databases. As inclusion criteria, researchers looked for cohort studies after CBT for ADs in childhood and adolescence; there was no limitation of publication date. Studies with a follow-up period under one year were excluded. The following key words were used: “childhood”; “anxiety or anxiety disorders”; “cognitive behavioral therapy”; “follow-up”.

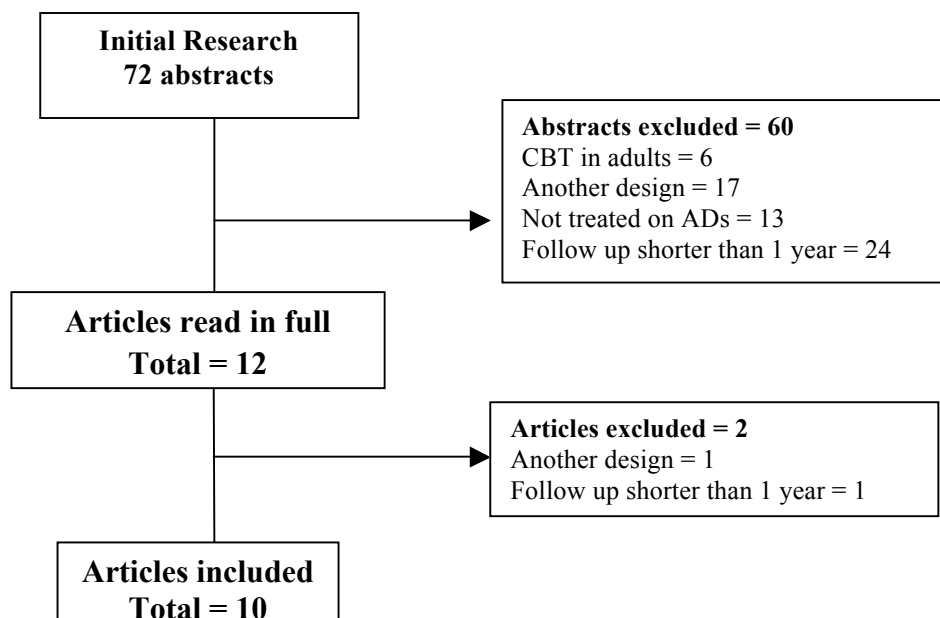
Research in the databases and selection of the articles were conducted separately by two researchers. Studies mentioned in more than one database were computed only once. The abstracts of all the articles found in the search were preliminarily read; upon meeting the inclusion criteria, the entire article was read prior to its final inclusion.

In order to present the studys' findings, results with  $p < 0.05$  were considered as significant. Due to the heterogeneity of study designs and variables, it was not feasible to conduct a meta-analysis of the studies included.

## Results

Search in the databases was conducted in November 2012 and 72 abstracts were found: 34 in Pubmed (with eight selected to be read in full) and 38 in Isi Web of Science (with four selected to be read in full). A total of 10 articles met the inclusion criteria (Figure 1). Most studies that were excluded used follow-up periods of 3 to 6 months after CBT to reassess patients

Figure 1. Flow chart of the study.



The characteristics and demographics of the studies included are shown in Table 1. It can be observed that the follow-up period in the study ranged from 12 months to 13 years after CBT. Patients were diagnosed mostly through instruments, predominantly the Anxiety Disorders Interview Schedule: Child Version (ADIS-C), which follows the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). In addition to the ADIS, another instrument used was the Child Behavior Checklist (CBCL). The four oldest studies were based on DSM-III.<sup>18-21</sup>

Table 1 – Characteristics of the studies and follow-up sample

Studies*	Intervention		Time <sup>#</sup> Mean (SD)	Follow-up**			Age <sup>#</sup> Mean (SD)
	Protocol	Format		Total sample	♂	♀	
COBHAM et al., 2010	CBT	GCBT x GCBT+ Parents	35 and 28 months 31.85 (2.56)	60 (89.6%)	31	29	10 to 17 12.58 (1.65)
SAAVEDRA et al., 2010	CBT	GCBT x Individual (self control) x Individual (contingency manegement )	8 to 13 years 9.83 (1.71)	67 (81%)	35	32	16 to 26 19.43 (3.02)
O'LEARY; BARRET; FJERMESTAD, 2009	FOCUS	GCBT + Parents x CBT Individual + Parents	7 years	38 (49%)	20	18	13 to 24 18.4 (2.85)
BERNSTEIN et al, 2008	FRIENDS	GCBT x GCBT + Parents x Waiting list	1 year	51 (84%)	NI	NI	8 to 12
KENDALL et al., 2004	Coping Cat	GCBT	5.5 to 9.3 years 7.4 (NI)	85 (90%)	53	32	15 to 22 19.3 (NI)
MANASSIS et al., 2004	Coping Bear	Psychoeducation children x GCBT + Parents	6 to 7 years	43 (68%)	14	29	14 to 19 16.5 (1.2)
BARRET et al., 2001	CBT	GCBT x GCBT+ Parents	5 to 7 years 6.2 (NI)	52 (67 %)	28	24	13 to 21 16.08 (2.26)
COBHAM; DADDS; SPENCE, 1998	Coping Cat Coping Koala	GCBT x GCBT + Parents	1 year	NI	NI	NI	8 to 15
BARRETT, 1998	Coping Cat Coping Koala	GCBT x GCBT + Parents	1 year	NI	NI	NI	8 to 15
BARRETT; DADDS; RAPEE, 1996	Coping Cat Coping Koala	GBTG x GBTG + Parents	1 year	NI	NI	NI	8 to 15

Abbreviations: CBT=Cognitive-Behavioral Therapy; GCBT=Group Cognitive-Behavioral Therapy; NI=Not Informed.

\*At the period of intervention, all studies had a randomized clinical trial design.

\*\*Follow-up studies without a control group, with the exception of Berstein et al., 2008.

<sup>#</sup> Time of follow-up in months and age in years.

Among the scales used to assess the anxiety and depression symptoms, the most commonly used were the Revised-Children Manifest Anxiety Scale (R-CMAS), the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) and the Children's Depression Inventory (CDI). Most follow-up interviews were conducted in person, but some took place by telephone or email. Patients were generally evaluated at the baseline (before starting CBT), after completing the sessions, within 3-6 months, and at the follow-up point, which ranged from 12 months to 13 years.

Regarding the format of the intervention, two studies compared individual CBT *versus* group CBT.<sup>22,23</sup> The remaining studies analyzed group CBT *versus* CBT including the family, with or without a waiting list. In the study of CBT for OCD, researchers compared individual CBT + family counseling to group CBT + family counseling.<sup>22</sup>

Three studies describe offering a reward in exchange for cooperation in the follow-up; in two studies this reward was monetary<sup>23,24</sup> and, in another study, the reward consisted of movie tickets.<sup>20</sup> Additional treatment after CBT was deemed necessary in four studies,<sup>21-25</sup> taking place on an outpatient basis or even with hospitalization, and also with medication. Only in one study the participants who received additional therapy were excluded from the follow-up evaluation.<sup>21</sup>

The results of the follow-up studies after CBT regarding symptoms and diagnosis are presented in Table 2. It is observed that, in most studies, the benefits of therapy regarding anxiety and depression symptoms were maintained over time; in three of them, improvement was greater at the follow-up,<sup>18,20,23</sup> in five there was an improvement compared to the baseline, but no significant difference regarding the evaluation after the end of the sessions,<sup>19,21,24,26,27</sup> and in two studies no difference in the anxiety symptoms was observed at the follow-up.<sup>22,25</sup>

It was also found that CBT can have a positive impact on the diagnosis of ADs over time, i.e., in eight of the studies, most patients no longer met the diagnostic criteria for the ADs, except in two studies, in which no significant difference was found.<sup>25,26</sup>

Out of the seven studies that included the family in therapy, four found significantly better results for CBT + family when compared to CBT only for the patients<sup>18,20,26,27</sup> and in three of the studies the no difference was found in the results.<sup>19,21,25</sup>

Table 2 – The results of the follow-up studies after CBT regarding symptoms and diagnosis

Studies*	Follow-up outcomes	
	Symptoms	Diagnosis
COBHAM et al., 2010	Anxiety – significant improvement maintained, compared to the baseline.	No longer met the criteria for the ADs=48 (80%). There was significant difference between the interventions: GCBT – 23 (69%) without a diagnosis of ADs. GCBT + family – 25 (92%) without a diagnosis of ADs.
SAAVEDRA et al., 2010	Anxiety and depression symptoms – significant improvement after 1 year of follow-up, maintained up to 9 years after CBT.	62 (92.5%) no longer met the criteria for the ADs. 61 (91%) did not meet the criteria for depression. 55 (82.1%) did not meet the criteria for any disorder.
O'LEARY; BARRETT; FJERMESTAD, 2009	Anxiety – no significant improvement. Depression symptoms – significant improvement in individual CBT and in older individuals.	No diagnosis of OCD after 7 years of CBT (87%). Individual CBT (79%). GCBT (95%).
BERNSTEIN et al., 2008	Anxiety – significant improvement when compared to control group in 6 months of follow-up, did not remain significant at 12 months.	No significant difference regarding the diagnosis of ADs. CBT with training for parents appears to be more effective than CBT only with the children.
KENDALL et al., 2004	Anxiety and depression symptoms – significant improvement maintained, compared to the baseline.	No longer met the criteria for the ADs: After the CBT sessions = 51.2% At follow-up = 80.5%
MANASSIS et al., 2004	Anxiety and depression symptoms – persisted at the follow-up, did not require clinical care in 70% of the individuals treated.	No significant difference regarding the diagnosis of ADs. Baseline (n=63): GAD = 32 (52%) Other ADs = 21 (49%) Follow-up (n=43): GAD = 31 (48%) Other ADs = 22 (51%)
BARRETT et al., 2001	Anxiety and depression symptoms – significant improvement maintained at 6-year follow up, compared to the baseline, but greater than at the 12-month evaluation.	No longer met the criteria for the ADs: After 12 months = 79.6% and after 6 years = 85.7%. CBT and CBT+FAM interventions were equally effective.
COBHAM; DADDS; SPENCE, 1998	Anxiety – overall improvement observed in the four conditions of treatment and significant difference maintained, compared to the baseline.	No longer met the criteria for the ADs: CBT= 82% and CBT+PAM = 80%.
BARRETT, 1998	Anxiety – significant improvement maintained at follow-up.	No longer met the criteria for the ADs: After CBT and CBT+FAM=64.8% versus 25.2% waiting list. After 12 months: GCBT=64.5% versus GCBT+FAM =84.8%. The intervention that included the family proved more effective than GCBT only with the children.
BARRETT; DADDS; RAPEE, 1996	Anxiety and depression symptoms – overall improvement observed in the three conditions of treatment and significant difference maintained at follow-up, compared to the baseline.	No longer met the criteria for the ADs: After 12 months=70.3% of CBT versus 95.6% of CBT+FAM Both interventions maintained long-term benefits, but there were additional clinical benefits for CBT+FAM.

Abbreviations: ADs= Anxiety Disorders; OCD=Obsessive-Compulsive Disorder; CBT=Cognitive-Behavioral Therapy; GCBT=Group Cognitive-Behavioral Therapy; PAM=Parental Anxiety Management, FAM= Family Management.



## Discussion

This review was conducted with scientific rigor and it has confirmed that there are very few follow-up studies of CBT for ADs in children and adolescents covering a period over 12 months. The main finding of the studies included is that the benefits of therapy are maintained over time, even for the cases in which the difference was in relation to the baseline.<sup>19,21,24,26,27</sup>

Among the studies that compared CBT + Family and CBT only with the children, the results of more recent studies found that interventions including the family were more favorable.<sup>26,27</sup> On the other hand, in two studies, no differences were found between the groups, even though these are older studies.<sup>19,21</sup>

These studies presented limitations, primarily in terms of method. For instance, most of them lacked a control group. Furthermore, the waiting list ended up receiving treatment, which rendered it useless as a control. Out of the ten studies, only one had a waiting list that was not treated; this was the only clinical trial with a controlled follow-up.<sup>26</sup> The lack of control for variables, such as the use of additional therapies, was also observed, which may indicate a bias in the interpretation of results. Only one study describes the use of additional therapies as an exclusion criterion.<sup>21</sup> Three other studies have described the use of additional therapies, but maintained the patients in the follow-up evaluation.<sup>20,24,25</sup>

Losses to follow-up are another common limitation to follow-up studies that may somehow compromise the results. This confirms the need for evaluations with shorter intervals and for the consideration of rewarding participants, as three studies in this review have done.<sup>20,23,24</sup>

In all the studies, there was a clear focus on clinical outcomes, such as the severity of symptoms and the maintenance of the diagnosis of AD at follow-up. Therefore, studies that focus on evaluating psychosocial aspects, such as school performance and quality of life over time, still need to be conducted. These other parameters say much about the functioning of children and adolescents, including the way they feel about themselves, the environments to which they are exposed and how satisfied they are with their lives. Also, considering that one of the goals of AD treatment is to reduce the risk of psychopathology in adulthood, follow-up studies to define response predictors are yet to be developed.<sup>1</sup>

Despite these limitations, the long-term benefits of CBT were identified, regardless of whether the format was individual or in group, with or without the inclusion of the family. It would be interesting to conduct further studies that used more frequent evaluation intervals,

in order to minimize losses to follow-up, in addition to evaluating children and adolescents in the different stages of their development.

## References

1. Nevo GA, Manassis K. Outcomes for treated anxious children: a critical review of Long-Term-Follow-Up studies. *Depress Anxiety*. 2009;26(7):650-660.
2. American Psychiatric Association e Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: revisão. 4.ed. Porto Alegre: APA; 2000.
3. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K., Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(4):372-380.
4. Duchesne S, Vitaro F, Larose S, Tremblay RE. Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school noncompletion. *J Youth Adolesc*. 2008;37(9):1134-1146.
5. Pollack MH, Otto MW, Sabatino S, Majcher D, Worthington JJ, McArdle ET, et al. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: Correlates and influence on course. *Am J Psychiatry*. 1996;153(3):376-381.
6. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Höfler M, Lieb R, et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(8):903-912.
7. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Costello J, Foley DL and Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(12):1174-1183.
8. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, Kim-Cohen J, Goldberg D, Gregory AM, et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(6):651-660.
9. Flannery-Schroeder EC. Reducing anxiety to prevent depression. *Am J Prev Medicine*. 2006;31(6):136-142.

10. Copeland WE, Shanahan L, Costello J and Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):764-772.
11. Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(1):47-57.
12. Kendall PC, Kessler RC. The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: Policy comments, and recommendations. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(6):1303-1306.
13. Walkup JD, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England J Medicine*. 2008;359(26):2753-2766.
14. In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychother Psychosomatics*. 2007;76(1):15-24.
15. Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(1):105-130.
16. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behavior therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British J Clin Psychol*. 2004;43(4):421-436.
17. James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;19(4).
18. Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM. Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2):333-342.
19. Cobham VE, Dadds MR, Spence SH. The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(6):893-905.
20. Barrett PM. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *J Clin Child Psychol*. 1998;27(4):459-468.
21. Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM. Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6 year) follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(1):135-141.
22. O'leary EMM, Barrett PM, Fjermestad KW. Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study. *J Anxiety Disorders*. 2009;23(7):973-978, 2009.

23. Saavedra LM, Silverman WK, Morgan-Lopez AA, Kurtines WM. Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(8):924-934.
24. Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E, Webb A. Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(2):276-287.
25. Manassis K, Avery D, Butalia S, Mendlowitz S. Cognitive-behavioral therapy in childhood anxiety disorders: functioning in adolescence. *Depress Anxiety*. 2004;19(4):209-216.
26. Bernstein GA, Bernat DH, Victor AM, Layne AE. School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(9):1039-1047.
27. Cobham VE, Dadds MR, Spence SH, McDermott B. Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety: A Different Story Three Years Later. *J Clin Child Adolesc Psychology*. 2010;39(3):410-420.

## 5. 2 ARTIGO 1 – VERSÃO EM PORTUGUÊS

### **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade na infância e adolescência: revisão sistemática de estudos de seguimento\***

Roberta Davis<sup>1,2</sup>, Maria Augusta Mansur de Souza<sup>1</sup>, Roberta Rigatti<sup>3</sup> e Elizeth Heldt<sup>1,2,3</sup>

#### **Resumo**

*Introdução:* a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em curto prazo para transtornos de ansiedade (TAs) na infância e adolescência tem sido evidenciada em ensaios clínicos. No entanto, estudos de seguimento por mais de 12 meses que avaliem a resposta a TCC ainda são escassos. *Objetivo:* realizar uma revisão sistemática sobre a resposta em longo prazo à TCC para TAs em crianças e adolescentes. *Método:* foram consultadas as bases Pubmed e Isi Web of Science. A pesquisa nas bases de dados foi realizada em novembro de 2012 e incluíram-se estudos de coorte após TCC para TAs na infância e adolescência com período de seguimento superior a 12 meses. *Resultados:* um total de 10 artigos preencheu os critérios de inclusão. O período de seguimento variou entre 12 meses a 13 anos e, em geral, os resultados indicaram a manutenção dos ganhos com a TCC em curto prazo. No entanto, os estudos apresentaram limitações, principalmente em relação ao método, como ausência de grupo controle e perdas de seguimento. *Conclusão:* foram identificados os benefícios da TCC em longo prazo, porém seria interessante a realização de outros estudos que mantivessem períodos de avaliação mais frequentes a fim de minimizar perdas de seguimento, além de avaliar a criança e o adolescente nas diferentes etapas de seu desenvolvimento.

**Palavras-chave:** Terapia cognitivo-comportamental. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência. Estudos de seguimento.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria/Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup> Programa dos Transtornos de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

<sup>3</sup> Escola de Enfermagem/UFRGS e Iniciação Científica CNPQ/UFRGS.

\*Artigo formatado de acordo com as normas de submissão da *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

## Introdução

A ansiedade e o medo são emoções inerentes à natureza humana e tornam-se patológicas quando são desproporcionais ao estímulo ou qualitativamente diferentes do que se observa em determinada faixa etária,<sup>1</sup> constituindo-se em transtornos de ansiedade (TAs). Atualmente, esses transtornos são classificados como: transtorno de ansiedade de separação (TASep), transtorno de pânico (TP), transtorno de ansiedade social ou fobia social (FS), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobia específica (FE), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).<sup>2</sup> Em estudo recente, observou-se que os TAs estão entre os principais problemas que acometem crianças e adolescentes, podendo atingir até 24,9% ao longo da vida,<sup>3</sup> e a presença dos sintomas causa prejuízos ao funcionamento escolar e social.<sup>4</sup>

Estudos retrospectivos<sup>5</sup> e prospectivos<sup>6-8</sup> indicam que TAs na infância e adolescência são condições crônicas que não apresentam remissão espontânea ao longo do tempo. Quando não tratados precocemente, aumentam o risco de evasão escolar ou atrasos importantes na vida estudantil<sup>4</sup> e de psicopatologias na vida adulta, como depressão<sup>6-11</sup> e uso de substâncias.<sup>12</sup>

Apesar da alta prevalência e da substantiva morbidade associada, os TAs na infância e adolescência ainda são subdiagnosticados e subtratados, mesmo com evidências de tratamentos efetivos, como a farmacoterapia<sup>13</sup> e a terapia cognitivo-comportamental (TCC).<sup>14,15</sup> Em uma metanálise envolvendo 10 ensaios clínicos randomizados que comparam TCC para TAs na infância e adolescência com lista de espera, a taxa de remissão no grupo de TCC foi de 56,5% *versus* 34,8% no grupo controle, sugerindo um benefício clinicamente importante com esse tratamento.<sup>16</sup> Em outra metanálise, com 13 ensaios clínicos randomizados (498 pacientes e 311 controles), a resposta à TCC para qualquer TA foi de 56% comparado a 28,2% para o grupo controle (RR: 0.6; IC 95%: 0,53-0,69), com um número necessário para tratar (NNT) de 3 (IC 95%: 2,5-4,5).<sup>17</sup>

Estudos de seguimento para avaliação de resposta à TCC são consideravelmente mais escassos quando comparados aos de curta duração. Um estudo de revisão recente sobre TAs indicou que os benefícios de curto prazo com a TCC estendem-se para a adolescência tardia.<sup>1</sup> No entanto, os autores sugerem que mais estudos de seguimento são necessários para confirmar os preditores de resultados de longo prazo.

Considerando essas lacunas ainda observadas na literatura, o presente estudo pretende realizar uma revisão sistemática de estudos de seguimento após a TCC para TAs na infância e adolescência.

## Método

Trata-se de uma revisão sistemática, tendo sido consultadas as bases de dados Pubmed e Isi Web of Science. Foram considerados como critérios de inclusão: estudos de coorte após TCC para TAs na infância e adolescência, sem limitação de data de publicação. Foram excluídos os estudos com período de seguimento inferior a um ano. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “childhood”; “anxiety or anxiety disorders”; “cognitive behavioral therapy”; “follow-up”.

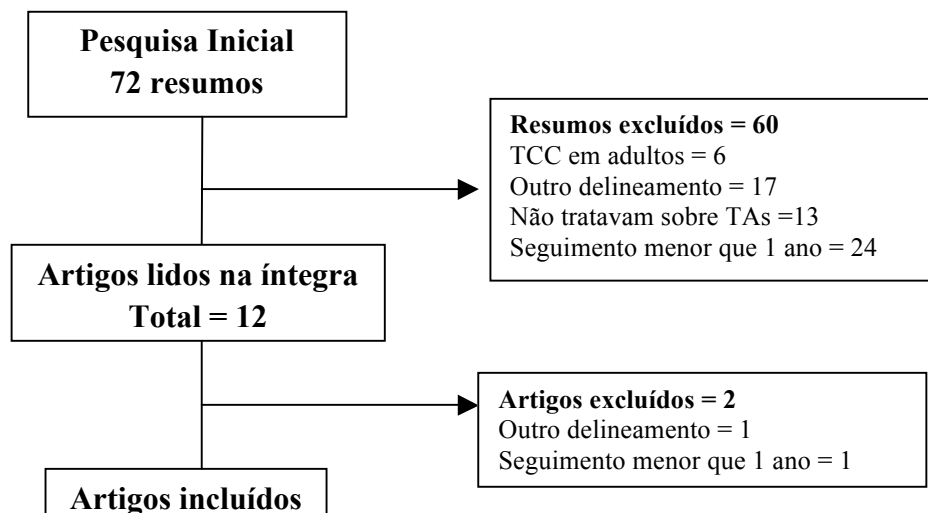
A pesquisa em bases de dados e a seleção dos artigos foram realizadas por duas pesquisadoras de forma independente. Os estudos referidos em mais de uma base de dados foram computados apenas uma vez. Todos os artigos encontrados na busca foram lidos preliminarmente por meio dos seus respectivos resumos e, após preencher os critérios de inclusão, foram avaliados na íntegra para o aceite final.

Para a apresentação dos achados dos estudos, foram considerados os resultados significativos ( $p < 0,05$ ). Devido à heterogeneidade dos delineamentos e das variáveis dos estudos, não foi viável realizar metanálise dos trabalhos incluídos.

## Resultados

Procedeu-se à pesquisa nas bases de dados em novembro de 2012 e encontraram-se 72 resumos: 34 no Pubmed (sendo oito selecionados para leitura na íntegra) e 38 no Isi Web of Science (sendo quatro selecionados para leitura). No total, dez artigos preencheram os critérios de inclusão. A maior parte dos estudos excluídos considerava seguimento períodos de 3 a 6 meses após a TCC para a reavaliação do paciente. (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de inclusão dos artigos no estudo.



As características e os dados demográficos da amostra dos estudos incluídos estão apresentados na Tabela 1. Observa-se que o tempo de seguimento variou nos estudos entre 12 meses a 13 anos após a TCC. Os pacientes foram diagnosticados, em sua maior parte, por meio de instrumentos, predominando o Anxiety Disorders Interview Schedule: Child Version (ADIS-C), que segue os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Além da ADIS, outro instrumento utilizado foi o Child Behavior Checklist (CBCL). Os quatro estudos mais antigos foram baseados no DSM-III.<sup>18-21</sup>

Tabela 1 – Características dos estudos e da amostra do seguimento

Estudos*	Intervenção		Tempo <sup>#</sup> Média (DP)	Seguimento**			Idade <sup>#</sup> Média (DP)
	Protocolo	Formato		Total da amostra	♂	♀	
COBHAM et al., 2010	TCC	TCCG x TCCG + Pais	35 e 28 meses 31,85 (2,56)	60 (89,6%)	31	29	10 a 17 12,58 (1,65)
SAAVEDRA et al., 2010	TCC	TCCG x Individual (self control) x Individual (contingency management)	8 a 13 anos 9,83(1,71)	67 (81%)	35	32	16 a 26 19,43 (3,02)
O'LEARY; BARRET; FJERMESTAD, 2009	FOCUS	TCCG + Pais x TCC Individual + Pais	7 anos	38 (49%)	20	18	13 a 24 18,4 (2,85)
BERNSTEIN et al, 2008	FRIENDS	TCCG x TCCG + Pais x Lista espera	1 ano	51 (84%)	NI	NI	8 a 12
KENDALL et al., 2004	Coping Cat	TCCG	5,5 a 9,3 anos 7,4 (NI)	85 (90%)	53	32	15 a 22 19,3
MANASSIS et al., 2004	Coping Bear	Psicoeducação crianças x TCCG+ Pais	6 a 7 anos	43 (68%)	14	29	14 a 19 16,5 (1,2)
BARRET et al., 2001	TCC	TCCG x TCCG+ Pais	5 a 7 anos 6,2	52 (67 %)	28	24	13 a 21 16,08 (2,26)
COBHAM; DADDS; SPENCE, 1998	Coping Cat Coping Koala	TCCG x TCCG + Pais	1 ano	NI	NI	NI	8 a 15
BARRETT, 1998	Coping Cat Coping-Koala	TCCG x TCCG + Pais	1 ano	NI	NI	NI	8 a 15
BARRETT; DADDS; RAPEE, 1996	Coping Cat Coping Koala	TCCG x TCCG + Pais	1 ano	NI	NI	NI	8 a 15

Abreviações: TCC=Terapia Cognitivo-Comportamental; TCCG=Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo; NI=Não Informado.

\*O delineamento de todos os estudos no período da intervenção foi ensaio clínico randomizado.\*\*Estudos de seguimento sem grupo controle, com exceção do Bernstein et al., 2008.

<sup>#</sup> Tempo do seguimento em meses e anos e idade em anos.



Entre as escalas para avaliar os sintomas de ansiedade e depressivos, as mais utilizadas foram Revised-Children Manifest Anxiety Scale (R-CMAS), Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) e Children's Depression Inventory (CDI). A maior parte das entrevistas de seguimento foi realizada pessoalmente, mas elas também ocorreram por meio de telefone ou e-mail. Em geral, os pacientes realizavam avaliações na linha de base (antes de iniciar a TCC), após o término das sessões, em 3 a 6 meses e no ponto de seguimento, que variou de 12 meses a 13 anos.

Em relação ao formato da intervenção, dois estudos compararam a TCC individual *versus* TCC em grupo.<sup>22,23</sup> Os demais analisaram a TCC em grupo *versus* TCC com inclusão da família, com ou sem lista de espera. No estudo de TCC para o TOC, comparou-se a TCC individual + orientação familiar e a TCC em grupo + orientação familiar.<sup>22</sup>

Três estudos descrevem ter oferecido uma recompensa pela colaboração no seguimento, sendo esta, em dois estudos, de cunho monetário<sup>23,24</sup> e, em outro estudo, ingressos para cinema.<sup>20</sup> O tratamento adicional foi indicado como necessário após a TCC em quatro estudos,<sup>21-25</sup> ocorrendo em nível ambulatorial e até mesmo hospitalar, podendo ser também medicamentoso. Somente em um estudo os participantes que receberam terapia adicional foram excluídos da avaliação de seguimento.<sup>21</sup>

Os resultados dos estudos de seguimento após TCC em relação aos sintomas e diagnóstico estão apresentados na Tabela 2. Observa-se que, na maior parte dos estudos, os ganhos da terapia em relação aos sintomas de ansiedade e depressão permaneceram ao longo do tempo, sendo que em três a melhora foi maior no seguimento,<sup>18,20,23</sup> em cinco a melhora foi em relação à linha de base, mas não houve diferença significativa quanto à avaliação após o término das sessões,<sup>19,21,24,26,27</sup> e em dois estudos não foi observada diferença no seguimento nos sintomas de ansiedade.<sup>22,25</sup>

Também se constatou que a TCC pode ter um impacto positivo em relação ao diagnóstico de TAs ao longo do tempo, isto é, em oito estudos a maioria dos pacientes não preenchia mais os critérios diagnósticos para TAs, exceto em dois, nos quais não foi encontrada diferença significativa.<sup>25,26</sup>

Entre os sete estudos que incluíram a família na terapia, quatro deles verificaram resultados significativamente melhores na TCC + família em relação à TCC só para os pacientes<sup>18, 20,26,27</sup> e em três o resultado não foi diferente.<sup>19,21, 25</sup>

Tabela 2 – Resultados dos estudos de seguimento após TCC em relação aos sintomas e ao diagnóstico

Estudos*	Desfechos do seguimento	
	Sintomas	Diagnóstico
COBHAM et al., 2010	Ansiedade – melhora significativa mantida em relação à linha de base.	Não preenchem mais os critérios de TAs=48 (80%). Houve diferença significativa entre as intervenções: ▪ TCC – 23 (69%) sem diagnóstico de Tas. ▪ TCC + família – 25 (92%) sem diagnóstico de Tas.
SAAVEDRA et al., 2010	Ansiedade e sintomas depressivos – melhora significativa após 1 ano de seguimento e mantida em até 9 anos após a TCC.	62 (92,5%) não preenchem mais os critérios de TAs. 61 (91%) não preenchem critérios para depressão. 55 (82,1%) não preenchem critério para nenhum transtorno.
O’LEARY; BARRETT; FJERMESTAD, 2009	Ansiedade – não houve melhora significativa. Sintomas depressivos – melhora significativa na TCC individual e nos indivíduos que eram mais velhos.	Sem diagnóstico de TOC após 7 anos de TCC (87%). TCC individual (79%). TCC em grupo (95%).
BERNSTEIN et al., 2008	Ansiedade – melhora significativa em relação ao controle em 6 meses de acompanhamento que não se manteve significativa aos 12 meses.	Sem diferença significativa em relação ao diagnóstico de TAs. TCC com treinamento dos pais parece mais eficaz que a TCC apenas com crianças.
KENDALL et al., 2004	Ansiedade e sintomas depressivos – melhora significativa mantida em relação à linha de base.	Não preenchem mais os critérios para TAs: Após as sessões de TCC = 51,2% No seguimento = 80,5%
MANASSIS et al., 2004	Ansiedade e sintomas depressivos – persistiram no seguimento, sem necessitar de atenção clínica em 70% dos indivíduos tratados.	Diagnóstico de TAs sem diferença significativa Linha de base (n=63): TAG = 32 (52%) Outros TAs = 21 (49%) Seguimento (n=43): TAG= 31 (48%) Outros TAs = 22 (51%)
BARRETT et al, 2001	Ansiedade e sintomas depressivos – melhora significativa mantida no seguimento de 6 anos em relação à linha de base, porém maiores do que na avaliação de 12 meses.	Não preenchem mais os critérios para TAs: Após 12 meses=79,6% e após 6 anos=85,7%. As intervenções TCC e TCC+FAM foram igualmente efetivas.
COBHAM; DADDS; SPENCE, 1998	Ansiedade – melhora global verificada nas quatro condições de tratamento e mantida diferença significativa no seguimento em relação à linha de base.	Não preenchem mais os critérios para TAs: TCC= 82% e TCC+PAM = 80%.
BARRETT, 1998	Ansiedade – melhora significativa mantida no seguimento.	Não preenchem mais os critérios para TAs: Após TCC e TCC+FAM=64,8% x 25,2% lista de espera. Após 12 meses: TCCG=64,5% x TCCG+FAM =84,8%. A intervenção que incluiu a família mostrou-se mais eficaz do que a TCCG apenas com as crianças.
BARRETT; DADDS; RAPEE, 1996	Ansiedade e sintomas depressivos – melhora significativa verificada nas três condições de tratamento e mantida diferença significativa no seguimento em relação à linha de base.	Não preenchem mais os critérios para TAs: Após 12 meses=70,3% da TCC x 95,6% da TCC+FAM As duas intervenções mantiveram ganhos ao longo do tempo, porém houve benefícios clínicos adicionais da TCC+FAM.

Abreviações: TAs= Transtornos de ansiedade; TOC=Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TCC=Terapia Cognitivo-Comportamental; TCCG=Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo; PAM=Parental Anxiety Management, FAM= Family Management.

## Discussão

A revisão foi realizada com rigor científico e confirmou que são escassos os estudos de seguimento de TCC para TAs na infância e adolescência por período superior a 12 meses. O principal achado dos estudos incluídos é que os ganhos da terapia mantêm-se ao longo do tempo, mesmo naqueles em que a diferença foi em relação à linha de base.<sup>19,21,24,26,27</sup>

Entre os estudos que compararam a TCC + família com a TCC somente com as crianças, os resultados de estudos mais recentes foram favoráveis para aqueles que incluíram a família.<sup>26,27</sup> Por outro lado, em dois estudos não foi verificada diferença entre os grupos, embora se trate de estudos mais antigos.<sup>19,21</sup>

Esses estudos apresentavam limitações, principalmente quanto ao método. Por exemplo, observou-se na maioria deles ausência de grupo controle. Além disso, a lista de espera acabou por ser tratada, não podendo mais servir de controle. Dos dez estudos, apenas um tinha uma lista de espera que não foi tratada, sendo o único ensaio clínico com seguimento controlado.<sup>26</sup> Também se observou a falta de controle de variáveis como uso de terapias adicionais, o que pode indicar um viés na interpretação dos resultados. Apenas um estudo descreve a utilização de terapias adicionais como sendo um critério de exclusão.<sup>21</sup> Outros três estudos descreveram a utilização das terapias adicionais, porém mantiveram os pacientes da análise de seguimento.<sup>20,24,25</sup>

Outra limitação comum em estudos de seguimento são as perdas que, de alguma maneira, podem comprometer os resultados. Esse fato confirma a necessidade de avaliações com intervalos mais curtos e a consideração de recompensas para participantes, conforme foi realizado em três estudos desta revisão.<sup>20,23,24</sup>

Evidenciou-se em todos os estudos o foco em desfechos clínicos, como a gravidade de sintomas e a permanência de diagnóstico de TAs no seguimento. Portanto, estudos que avaliem aspectos com enfoque psicossociais, como o desempenho escolar e a qualidade de vida ao longo do tempo, ainda precisam ser desenvolvidos. Esses outros parâmetros dizem muito sobre o funcionamento da criança e do adolescente, incluindo a maneira como se sentem em relação a si mesmos, aos ambientes em que estão expostos e o quão satisfeitos estão com sua vida. Considerando-se também que um dos objetivos do tratamento dos TAs é reduzir o risco de psicopatologia na vida adulta, estudos de seguimento para definir preditores de resposta ainda precisam ser desenvolvidos.<sup>1</sup>

Apesar dessas limitações, foram identificados os benefícios da TCC em longo prazo, independentemente do formato individual ou em grupo, com ou sem a inclusão da família.

Seria interessante a realização de outros estudos que mantivessem períodos de avaliação mais frequentes a fim de minimizar perdas de seguimento, além de avaliar a criança e o adolescente nas diferentes etapas de seu desenvolvimento.

## Referências

1. Nevo GA, Manassis K. Outcomes for treated anxious children: a critical review of Long-Term-Follow-Up studies. *Depress Anxiety*. 2009;26(7):650-660.
2. American Psychiatric Association e Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: revisão. 4.ed. Porto Alegre: APA; 2000.
3. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K., Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(4):372-380.
4. Duchesne S, Vitaro F, Larose S, Tremblay RE. Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school noncompletion. *J Youth Adolesc*. 2008;37(9):1134-1146.
5. Pollack MH, Otto MW, Sabatino S, Majcher D, Worthington JJ, McArdle ET, et al. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: Correlates and influence on course. *Am J Psychiatry*. 1996;153(3):376-381.
6. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Höfler M, Lieb R, et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(8):903-912.
7. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Costello J, Foley DL and Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(12):1174-1183.
8. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, Kim-Cohen J, Goldberg D, Gregory AM, et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(6):651-660.
9. Flannery-Schroeder EC. Reducing anxiety to prevent depression. *Am J Prev Medicine*. 2006;31(6):136-142.

10. Copeland WE, Shanahan L, Costello J and Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):764-772.
11. Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(1):47-57.
12. Kendall PC, Kessler RC. The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: Policy comments, and recommendations. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(6):1303-1306.
13. Walkup JD, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England J Medicine*. 2008;359(26):2753-2766.
14. In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychother Psychosomatics*. 2007;76(1):15-24.
15. Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(1):105-130.
16. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behavior therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British J Clin Psychol*. 2004;43(4):421-436.
17. James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;19(4).
18. Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM. Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2):333-342.
19. Cobham VE, Dadds MR, Spence SH. The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(6):893-905.
20. Barrett PM. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *J Clin Child Psychol*. 1998;27(4):459-468.
21. Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM. Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6 year) follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(1):135-141.
22. O'leary EMM, Barrett PM, Fjermestad KW. Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study. *J Anxiety Disorders*. 2009;23(7):973-978, 2009.

23. Saavedra LM, Silverman WK, Morgan-Lopez AA, Kurtines WM. Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(8):924-934.
24. Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E, Webb A. Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(2):276-287.
25. Manassis K, Avery D, Butalia S, Mendlowitz S. Cognitive-behavioral therapy in childhood anxiety disorders: functioning in adolescence. *Depress Anxiety*. 2004;19(4):209-216.
26. Bernstein GA, Bernat DH, Victor AM, Layne AE. School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(9):1039-1047.
27. Cobham VE, Dadds MR, Spence SH, McDermott B. Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety: A Different Story Three Years Later. *J Clin Child Adolesc Psychology*. 2010;39(3):410-420.

### 5.3 ARTIGO 2 – VERSÃO EM INGLÊS

#### **Two-year outcome following group cognitive behavioural therapy for adolescents with anxiety disorders in low- and middle-income country\***

Running Title: GCBT 2 year follow-up

Roberta Davis, Maria Augusta Mansur de Souza, Roberta Rigatti and Elizeth Heldt

*Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil*

**Introduction:** anxiety disorders (ADs) are common in adolescents, and can greatly influence psychosocial development, especially if untreated. Cognitive behavioural therapy (CBT) has shown short-term effectiveness in the treatment of ADs. However, few studies have assessed the long-term effectiveness of CBT in low- and middle-income countries (LaMICs).

**Objective:** to assess symptoms of anxiety and depression and quality of life in participants two years after group CBT (GCBT). **Method:** The present study consisted of a follow-up assessment of adolescents two years after undergoing GCBT for ADs. Outcome measures were assessed at baseline, after the end of therapy and at a two-year follow-up. **Results:** fifteen (79%) out of the 19 adolescents who completed GCBT were reassessed at follow-up.

There was significant improvement in Global Clinical Impression (GCI) and Children's Global Assessment Scale (CGAS) scores with a large effect size (1.61 and 1.41, respectively), but no significant improvement was observed in anxiety and depression symptoms. There was significant improvement in general quality of life, with moderate effect size (0.74).

**Conclusion:** The results underscore the long-term benefits of CBT and encourage its use in treating adolescents with ADs in LaMICs.

Keywords: Cognitive behavioural therapy. Anxiety disorders in childhood and adolescence. Follow-up studies. Quality of life.

This study was partially funded by the Research Incentive Fund of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA) and the National Council for Scientific and Technological Development - CNPQ (RR). Corresponding author: Elizeth Heldt. Department of Psychiatry – Federal University of Rio Grande do Sul Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Room 400 N. 90035-903 - Porto Alegre – RS – Brazil. E-mail address: eliz.h@globo.com.

\* Article formatted according to the submission requirements of Behavioral and Cognitive Psychotherapy.

## Introduction

Anxiety disorders (ADs) are among the most frequent conditions afflicting children and adolescents, with a lifetime prevalence of up to 24.9% (Kessler et al., 2012). Retrospective (Klein, 1995; Pollack et al., 1996) and prospective studies (Beesdo et al., 2007; Bittner et al., 2007; Moffit et al., 2007) indicate that ADs in childhood and adolescence are chronic conditions that do not spontaneously remit over time. In the absence of early treatment, ADs increase the risk of school dropout or underachievement (Woodward and Fergusson, 2001; Duchesne et al., 2008), and psychopathologies such as depression (Flannery-Schroeder, 2006; Bittner et al., 2007; Moffit et al., 2007; Copeland et al., 2009; Beesdo et al., 2010) and substance use (Woodward and Fergusson, 2001; Kendall and Kessler, 2002) in adulthood.

In the last two decades, an increasing number of randomized clinical trials of treatments for ADs have produced evidence for the short-term effectiveness of CBT (In-Albon and Schneider, 2007; Silverman, Pina and Viswesvaran, 2008). Kendall (1994) conducted the first study of CBT in children and adolescents with ADs using the Coping Cat programme. The programme consisted of teaching patients to recognize symptoms of anxiety, change negative cognitions in anxiety-provoking situations, develop a plan for dealing with anxiety, and stimulate gradual exposure to anxiety-provoking situations, as well as rewarding the patient for his efforts. After 16 weeks of treatment, improvement was observed in self- and parental reports, and 66% of the patients randomized to CBT versus 5% of the waiting list group no longer met diagnostic criteria for ADs (Kendall, 1994).

However, follow-up studies assessing long-term effects of CBT are scarce. The few follow-up studies that have been conducted found that the benefits of CBT persist for 6 and 12 months after treatment (Barrett et al., 2001). In a study with a longer follow-up period, patients were reassessed 2 to 5 years (mean of 3.5 years) after CBT, and results from self-report and parent questionnaires as well as diagnostic criteria indicated that benefits persisted at follow-up (Kendall and Southam-Gerow, 1996). Similarly, a follow-up study of children who underwent 16 weeks of CBT for ADs (separation anxiety disorder, social anxiety disorder and generalized anxiety disorder) found that therapy benefits persisted and rates of depression and substance use were low after a mean period of 7.4 years since treatment (Kendall et al., 2004).

In developing countries, there is a markedly low number of studies of the short- and long-term effects of CBT for ADs. Recently, a study of the effectiveness of group CBT



(GCBT) in pre-adolescents with ADs was conducted in Southern Brazil (de Souza et al., 2013). Participants were recruited from a previous study (Salum et al., 2011), and underwent 14 sessions of GCBT based on the Coping Cat protocol (Kendall and Hedtke, 2006a; 2006b). Results showed significant reductions in anxiety symptoms and improvement in global assessment after treatment, with moderate to large effect sizes (de Souza et al., 2013).

Since the long-term effects of CBT for ADs in adolescents in low- and middle-income countries (LaMICs) are unknown, the goal of the present study was to assess treatment response to GCBT after two years in terms of anxiety and depression symptoms and quality of life

## **Method**

The present study conducted a follow-up assessment of adolescents two years after undergoing GCBT for ADs. The study was approved by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Research Ethics Committee (protocol number 110181). Adolescents and guardians provided written informed consent.

### *Participants*

The sample consisted of adolescents who participated in GCBT between 2009 and 2010, attended at least 50% of the 14 therapy sessions, and were last assessed after the end of therapy (de Souza et al., 2013). Inclusion criteria for GCBT were: age between 10 and 13 years, not undergoing psychotherapeutic or psychopharmacological therapy at time of recruitment, and availability to participate in CBT groups for 14 weeks. Exclusion criteria were: severe comorbidities requiring immediate treatment, primary diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD), obsessive-compulsive disorder (OCD), psychotic disorders or pervasive developmental disorders and marked cognitive impairment or intellectual disability. A total of 19 patients completed treatment at the end of the original study.

Two years after completing GCBT, guardians were contacted via telephone and invited to take part in the follow-up assessment. Participants and guardians could choose, at their convenience, to be assessed at the hospital or in their homes.

### *Intervention*

The GCBT was based on the Coping Cat protocol, developed by Phillip Kendall and Kristina Hedtke (2006). The sessions have been described elsewhere (de Souza et al., 2013).

In brief, 14 weekly 90-minute sessions were conducted, and guardians took part in two psychoeducation sessions. In the first part of therapy (sessions 1 through 6), participants received psychoeducation about the physiological, behavioural and cognitive symptoms of anxiety, and were taught coping strategies to deal with anxiety. In the second half of therapy (sessions 7 through 14) participants practiced behavior coping strategies, as well as the identification of and gradual exposure to anxiety-provoking situations, and relapse prevention (de Souza et al., 2013).

### *Assessment Instruments*

Upon entering the group, participants were assessed using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), a semi-structured diagnostic interview with parents and the patient to assess current and past episodes of psychopathology according to DSM-III-R and DSM-IV criteria (Kaufman et al., 1997). The K-SADS-PL was performed by independent child and adolescent psychiatrists or psychiatric residents receiving supervision (Salum et al., 2011).

Symptom severity was assessed using the Clinical Global Impression (CGI) and Child Global Assessment Scale (CGAS). Adolescents also completed the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), Children's Depression Inventory (CDI) and Youth Quality of Life (YQOL) scales. Parents or guardians completed the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-P). Instruments were administered at baseline, after 14 sessions of GCBT and two years after the end of treatment by evaluators who had not participated as coordinators of the sessions.

The CGI is a clinical scale that assesses symptom severity and ranges from 1 (normal) to 7 (extremely ill). Remission rates were defined by  $CGI \leq 2$  in the previous month (Guy, 1976).

The CGAS assesses global impairment and functioning during the previous month. The scale ranges between 1 and 100. Scores equal to or smaller than 60 indicate a need for treatment (Schaffer et al., 1983).

The SCARED, child version, (SCARED-C) comprises 41 items and assesses anxiety symptoms according to DSM-IV criteria for separation anxiety disorder, social anxiety disorder, generalized anxiety disorder and school phobia. This scale has been validated in Brazilian Portuguese and showed satisfactory internal consistency (Isolan et al., 2011). The CDI assesses depression symptoms in individuals aged between 7 and 17 years. The scale consists of 20 items, scored from 0 to 2, which investigate depressive symptoms during the

previous two weeks. Item scores were added to give a total score for each participant (Fleitlich-Bilyk and Goodman, 2004).

The YQOL was used as a multidimensional assessment of general quality of life. The YQOL-R consists of 41 perceptual and 15 contextual items. The perceptual items are known only by patients themselves and are not observable by others, while contextual items are observable by others (Edwards et al., 2002; Patrick, Edwards and Topolski, 2002). The scale is divided into four domains: self, relationships, environment and general quality of life. It also provides a total quality of life score. The YQOL-R displayed adequate psychometric properties in the Brazilian validation study (Salum et al., 2012).

The SDQ-P screens for mental health conditions during childhood and adolescence through 25 questions regarding prosocial behavior, hyperactivity, and emotional, conduct and relationship problems (Goodman, 1997) The questionnaire was validated in Brazil, and has a number of advantages over other instruments: it is more compact, focuses more on strengths and difficulties, and provides specific information about difficulties related to attention/hyperactivity, peer relationships and prosocial behaviours (Fleitlich-Bilyk, Cortazar and Goodman, 2000).

### *Statistical Analysis*

Quantitative variables were described as a mean and standard deviation, while categorical variables were described as absolute and relative frequencies. The Generalized Estimating Equation (GEE) method was used to estimate regression parameters and investigate correlations while taking into account missing data due to follow-up loss. Bonferroni corrections were used to compare the three assessments (baseline, four months and two-years after therapy). Results were considered significant at 5%, and analyses were conducted using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 18.0.

## **Results**

Of the 19 patients who completed GCBT, 15 (79%) took part in the follow-up assessment, and six of the interviews were conducted in the patient's homes. Two GCBT patients were unwilling to participate in the follow-up assessment, while the parents of two other patients considered their children to be functioning adequately and not in need of

reassessment, so that a total of four patients were lost at follow-up. Demographic and diagnostic characteristics of the sample are displayed in Table 1.

Table 1 – Demographic characteristics and sample diagnoses.

Variables	n=19
Age (years)*	12.3 (0.99)
Sex**	
Female	15 (79)
Ethnicity**	
Caucasian	10 (53)
Anxiety Disorders**	
GAD	16 (84)
Specific phobia	13 (68)
Agoraphobia	13 (68)
SeAD	10 (53)
SoAD	8 (42)
Panic disorder	2 (10)
OCD	1 (5)
PTSD	1 (5)
Other disorders**	
ADHD	5 (26)
Depression	1 (5)
Comorbidities*	3.7 (1.3)

Abbreviations: ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder; SeAD = Separation Anxiety Disorder; SoAD = Social Anxiety Disorder; GAD = Generalized Anxiety Disorder; OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; PTSD = Post-traumatic Stress Disorder.

\* Continuous variables presented as mean (standard deviation).

\*\* Categorical variables presented as absolute frequencies (percentages).

Table 2 presents the assessment results. Significant improvements in clinical impression (CGI) and global functioning (CGAS) scores were observed between baseline and both the end of the 14 GCBT sessions and the two-year follow-up assessment, with a large effect size (CGI=1.61 and CGAS=1.41). However, no significant differences were observed between assessments at the end of GCBT and the two-year follow-up. Seven (47%) out of the 15 patients reassessed at follow-up were in remission ( $CGI \leq 2$ ).

No significant differences were observed in anxiety (SCARED) and depression (CDI) symptoms. There was a significant reduction in scores on the “emotional problems”

subscale of the SDQ-P between baseline and post-treatment assessment, with a moderate effect size (0.61). However, no significant differences were observed between the assessment after the end of therapy and the two-year follow-up (Table 2).

The YQOL-R scores indicated significant improvement in general quality of life two years after GCBT as compared to the beginning and end of treatment, with a moderate effect size (0.74). No significant differences were observed in other quality of life domains (Table 2).

Table 2 – Outcomes after two years of group cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders (n=19)

Variables	Baseline		4 months		2 years		GEE	
	Mean	95%CI	Mean	95%CI	Mean	95%CI	Effect of Time	Effect Size*
<b>Symptom severity</b>								
Anxiety (SCARED)	29.1	25.7-32.4	24.5	21.9-27.1	27.2	21.0-33.5	0.071	0.06
Depression (CDI)	6.2	5.0-7.3	4.8	3.7-5.9	6.0	3.6-8.3	0.206	0.03
<b>Global Assessment</b>								
CGI	<b>4.0<sup>b</sup></b>	<b>3.8-4.2</b>	<b>2.7<sup>a</sup></b>	<b>2.5-3.0</b>	<b>2.6<sup>a</sup></b>	<b>2.3-2.9</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>1.61</b>
CGAS	<b>55.4<sup>b</sup></b>	<b>53.2-57.7</b>	<b>68.8<sup>a</sup></b>	<b>66.3-71.4</b>	<b>73.4<sup>a</sup></b>	<b>68.3-78.5</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>1.41</b>
<b>Internalizing and externalizing symptoms (SDQ-P)</b>								
Emotional	<b>5.9<sup>b</sup></b>	<b>5.2-6.6</b>	<b>4.5<sup>a</sup></b>	<b>4.0-5.0</b>	<b>4.5<sup>ab</sup></b>	<b>3.7-5.4</b>	<b>0.023</b>	<b>0.61</b>
Behavioural	2.7	2.3-3.2	2.3	1.6-3.1	2.2	1.3-3.0	0.322	0.29
Hyperactivity	4.3	3.6-5.0	4.2	3.5-5.0	3.8	3.0-4.6	0.641	0.19
Relationships	3.4	2.9-3.8	2.6	2.0-3.1	2.4	1.7-3.1	0.078	0.51
Prosocial	8.2	7.7-8.7	8.5	7.9-9.2	7.4	6.7-8.2	0.218	0.46
<b>Quality of Life (YQOL)</b>								
General	<b>82.6<sup>a</sup></b>	<b>78.7-86.6</b>	<b>86.3<sup>ab</sup></b>	<b>81.9-90.8</b>	<b>94.1<sup>b</sup></b>	<b>87.7-100</b>	<b>0.041</b>	<b>0.74</b>
Self	69.9	66.1-73.7	75.1	71.8-78.4	74.5	68.3-80.7	0.184	0.27
Relationship	71.8	67.4-76.3	76.1	72.4-79.8	77.2	71.9-82.5	0.418	0.35
Environmental	85.2	81.8-88.7	88.3	85.6-91.1	90.6	86.1-95.0	0.326	0.43
Total	77.4	74.3-80.5	81.5	78.4-84.5	84.1	79.5-88.7	0.107	0.56

Abbreviations: GEE=Generalized Estimating Equations; CGI=Clinical Global Impression Scale; SCARED=Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; CDI=Children's Depression Inventory; CGAS=Children's Global Assessment Scale ; SDQ-P=Strength and Difficulties Questionnaire-Parents version; SE= Emotional problems; Behavioural Problems; Hyperactivity; Relationship Problem Prosocial Behaviour Problems; YQOL= Youth Quality of Life.

<sup>a,b</sup> Figures denoted by same letters are not significantly different at Bonferroni-adjusted  $p < .05$

## Discussion

The present results demonstrate improvements in clinical impression and global functioning scores between the beginning of treatment and the two follow-up assessments, indicating persistent benefits of GCBT for up to two years after treatment. These findings are similar to those reported in high income countries, where positive results were observed in follow-up periods ranging from 1 to 13 years (Kendall et al., 2004; Bernstein et al., 2008; Cobham et al., 2010; Saavedra et al., 2010).

Anxiety and depression symptoms did not significantly change over time. A follow-up study assessing the effects of CBT for ADs in childhood after a mean period of 7.4 years since therapy found that, although a number of treatment benefits were observed (Kendall et al., 2004), there was a significant increase in anxiety scores between post-treatment and follow-up assessments (Kendall, 1997). However, follow-up scores remained significantly lower than at baseline. Depression symptoms significantly decreased from baseline to post-treatment (Kendall, 1997), and treatment benefits were stable during the follow-up period.

In another study, considered one of the longest follow-up studies on ADs in childhood and adolescence (Manassis et al., 2004), the authors found that anxiety symptoms persisted for 6 to 7 years after CBT. Importantly, 70% of the sample did not report needing additional treatment after CBT. Findings regarding anxiety symptoms were similar to the present study. In fact, it was observed that scores in the “emotional problems” domain of the SDQ-P, which assesses mood, fears, insecurities and somatic symptoms, decreased significantly and remained stable (mean 4.5) over time.

Furthermore, significant improvements were observed in general quality of life. It is hypothesized that the stable improvement in global functioning after the end of treatment led to long-term gains in quality of life. Follow-up studies of CBT for ADs do not generally use quality of life as an outcome measures. These studies focus on disease symptoms or remission (Kendall et al., 2004; Manassis et al., 2004) rather than on factors that influence social, occupational and interpersonal development, for instance. Therefore, as this is the first follow-up study in a LaMIC, it is especially important to assess the effect of GCBT on quality of life through statements such as “Life is worthwhile,” “I’m satisfied with life” and “I enjoy life.”

Although parents participated in two psychoeducation sessions and were present during patient interviews, parents were not directly assessed. There is no consensus in the literature regarding parent inclusion in CBT. A study by Cobham et al. (2010) compared the effect of CBT for children with ADs to the effects of CBT plus parental anxiety management.

The study assessed 60 children in a follow-up period of three years. Seventy percent of children who underwent CBT alone versus 92% of those whose parents were also offered anxiety management no longer met diagnostic criteria at follow-up. Therefore, the intervention involving the family was considered significantly better.

On the other hand, studies such as that of Barrett et al. (2001) did not find differences between the effectiveness of interventions with or without family involvement. Barrett et al. (2001) reassessed 52 children who had been previously randomized to CBT or CBT plus family support after a period of 5 to 7 years (mean of 6.17 years). After the follow up period, 85.7% of patients no longer met diagnostic criteria for ADs. These results were similar to the percentage of children who were no longer diagnosable with ADs after a year (79.6%), and these rates did not differ between interventions.

The present study had some important limitations. The first is related to the small sample size, as only some participants from the previous study underwent follow-up assessment (de Souza et al., 2013). However, the percentage of participants who returned for follow-up is similar to other follow-up studies, which reassessed between 49 and 91% of the original samples (Barrett et al., 2001; Kendall et al., 2004; Manassis et al., 2004; Cobham et al., 2010; Saavedra et al., 2010). A second limitation, common in follow-up studies, is the lack of a control group for comparison. Therefore, the present findings may have been influenced by spontaneous improvement due to maturation. However, the present investigation is still a pioneer study in Brazil and one of the only studies to use quality of life as an outcome measure.

The present results underscore the long-term benefits of therapy and support the use of CBT in adolescents with ADs in LaMICs. However, many questions remain unanswered, such as the response to group versus individual CBT and the influence of family involvement in the effectiveness of CBT

## References

- Barrett, P.M., Duffy, A.L., Dadds, M.R. and Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6 year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 135-141.

- Beesdo, K., Pine, D.S., Lieb, R. and Wittchen, H.U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 47-57.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine D.S., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R. et al. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Bernstein, G.A., Bernat, D.H., Victor, A.M. and Layne, A.E. (2008). School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1039-1047.
- Bittner, A., Egger, H.L., Erkanli, A., Costello, J., Foley, D.L. and Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1174-1183.
- Cobham, V. E., Dadds, M.R., Spence, S.H. and McDermott, B. (2010). Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety: A Different Story Three Years Later. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(3), 410-420.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, J. and Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764-772.
- De Souza, M.A., Salum, G.A., Jarros, R.B., Isolan, L., Davis, R., Knijnik, D., et al. (2013). Cognitive-behavioral group therapy for youths with anxiety disorders in the community: effectiveness in low and middle income countries. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 255-264.
- Duchesne, S., Vitaro, F., Larose, S. and Tremblay, R. E. (2008). Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school noncompletion. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(9), 1134-1146.
- Edwards, T.C., Huebner, C.E., Connell, F.A. and Patrick, D.L. (2002). Adolescent quality of life, Part I: conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence*, 25(3), 275-286.
- Flannery-Schroeder, E.C. (2006). Reducing anxiety to prevent depression. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 136-142.
- Fleitlich-Bilyk, B. and Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatry disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734.



- Fleitlich-Bilyk, B., Cortazar, P. and Goodman, R. (2000). Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8(1), 44-50.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impression (CGI). In *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research branch. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 218-222.
- In-Albon, T. and Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15-24.
- Isolan, L., Salum, G.A., Osowski, A.T., Amaro, E. and Manfro, G.G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 741-748.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (KSADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Kendall, P.C. and Hedtke, K.A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment. Coping Cat (3<sup>rd</sup> ed.)*. Pennsylvania: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C. and Hedtke, K.A. (2006b). *The Coping Cat Workbook (2<sup>nd</sup> ed.)*. Pennsylvania: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C. and Kessler, R.C. (2002). The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: policy comments, and recommendations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1303-1306.
- Kendall, P.C. and Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 724-730.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. and Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366-380.

- Kendall, P.C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E. and Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 276-287.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 100-110.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E.J., Georgiades, K., Green, J.G., Gruber, M.J., et al. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry, 69*(4), 372-380.
- Klein, R.G. (1995). Is panic disorder associated with childhood separation anxiety disorder? *Clinical Neuropharmacology, 18*(2), 7-4.
- Manassis, K., Avery, D., Butalia, S. and Mendlowitz, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy in childhood anxiety disorders: functioning in adolescence. *Depression and Anxiety, 19*(4), 209-216.
- Moffitt, T.E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., et al. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry, 64*(6), 651-660.
- Patrick, D.L., Edwards, T.C. and Topolski, T.D. (2002). Adolescent quality of life, part II: initial validation of a new instrument. *Journal of Adolescence, 25*(3), 287-300.
- Pollack, M.H., Otto, M.W., Sabatino, S., Majcher, D., Worthington, J.J., McArdle, E.T., et al. (1996). Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: Correlates and influence on course. *The American Journal of Psychiatry, 153*(3), 376-381.
- Saavedra, L.M., Silverman, W.K., Morgan-Lopez, A.A. and Kurtines, W.M. (2010). Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(8), 924-934.
- Salum, G.A., Isolan, L.R., Bosa, V.L., Tocchetto, A.G., Teche, S.P., Schuch, I., et al. (2011). The multidimensional evaluation and treatment of anxiety in children and adolescents: rationale, design, methods and preliminary findings. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 33*(2), 181-195.
- Salum, G.A., Patrick, D.L., Isolan, L.R., Manfro, G.G. and Fleck, M.P. (2012) Youth Quality of Life Instrument-Research version (YQOL-R): psychometric properties in a community sample. *Jornal de Pediatria, 88*(5), 443-448.

- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., et al. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- Silverman, W.K., Pina, A.A. and Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.
- Woodward, L.J. and Fergusson, D.M. (2001). Life course of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.

## 5.4 ARTIGO 2 – VERSÃO EM PORTUGUÊS

### **Desfechos após dois anos de terapia cognitivo-comportamental em grupo para adolescentes com transtornos de ansiedade em um país de baixa e média renda\***

Roberta Davis, Maria Augusta Mansur de Souza, Roberta Rigatti e Elizeth Heldt

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil*

**Introdução:** os transtornos de ansiedade (TAs) em adolescentes são frequentes, com impacto negativo no funcionamento psicossocial, especialmente se não tratados. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem-se mostrado eficaz em curto prazo para TAs. No entanto, ainda são escassos estudos que evidenciem a resposta à TCC em longo prazo em países de baixa e média renda (LaMICS). **Objetivo:** verificar a resposta após dois anos de TCC em grupo (TCCG) em relação à presença de sintomas de ansiedade e de depressão e à qualidade de vida. **Método:** trata-se de um estudo de seguimento de dois anos após os término de 14 sessões de TCCG baseadas no programa Coping Cat para adolescentes com TAs. Para avaliar os desfechos, as escalas foram aplicadas na linha de base, após as 14 sessões e em dois anos de seguimento. **Resultados:** dos 19 adolescentes que completaram a TCCG, um total de 15 (79%) foi reavaliado no seguimento. Houve melhora significativa nos escores de Impressão Clínica Global (CGI) e Avaliação Global Infantil (CGAS), com tamanho de efeito grande (1,61 e 1,41, respectivamente), porém não houve diferença significativa nos sintomas de ansiedade e depressão. Observou-se melhora significativa na qualidade de vida geral, com tamanho de efeito moderado (0,74). **Conclusão:** a realização deste estudo sugere a manutenção dos benefícios da terapia em longo prazo e encoraja a utilização de TCC entre adolescentes com TAs em países LaMICS.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência. Estudos de seguimento. Qualidade de vida.

\*Artigo formatado de acordo com as normas de submissão de *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*.

## Introdução

Os transtornos de ansiedade (TAs) estão entre os mais frequentes entre crianças e adolescentes, podendo atingir até 24,9% ao longo da vida (Kessler et al., 2012). Estudos retrospectivos (Klein, 1995; Pollack et al., 1996) e prospectivos (Beesdo et al., 2007; Bittner et al., 2007; Moffit et al., 2007) indicam que os TAs na infância e adolescência são condições crônicas que não apresentam remissão espontânea ao longo do tempo. Quando não tratados precocemente, aumentam o risco para evasão escolar ou atrasos importantes na vida estudantil (Woodward and Fergusson, 2001; Duchesne et al., 2008) e para psicopatologias na vida adulta como depressão (Flannery-Schroeder, 2006; Bittner et al., 2007; Moffit et al., 2007; Copeland et al., 2009; Beesdo et al., 2010) e uso de substâncias (Woodward and Fergusson, 2001; Kendall and Kessler, 2002).

Nas duas últimas décadas, aumentou consideravelmente o número de ensaios clínicos randomizados para tratamento de TAs, evidenciando a eficácia em curto prazo da TCC (In-Albon and Schneider, 2007; Silverman, Pina and Viswesvaran, 2008). Kendall (1994) realizou o primeiro estudo com TCC em crianças e adolescentes com TAs utilizando o programa Coping Cat. A terapia consistia em ensinar o paciente a reconhecer os sintomas de ansiedade, modificar as cognições negativas em situações ansiogênicas, desenvolver um plano para lidar com a ansiedade, estimular a exposição gradual às situações temidas e recompensá-lo pelo esforço. Após 16 semanas de tratamento, além da melhora observada nas medidas de autorrelato e nas medidas parentais, 66% dos pacientes randomizados para TCC não mais preenchiam critérios diagnósticos para TA quando comparados a 5% do grupo da lista de espera (Kendall, 1994).

Apesar disso, estudos de seguimento para avaliação de resposta à TCC ao longo do tempo são escassos. As pesquisas que acompanharam os pacientes têm observado manutenção dos ganhos em avaliações de 6 e 12 meses após o tratamento (Barrett et al., 2001). Em outro estudo com acompanhamento maior, com um período entre 2 a 5 anos (média 3,5 anos) após a TCC, os pacientes reavaliados nas medidas de autorrelato, nas medidas parentais e nos critérios diagnósticos mantiveram os resultados positivos no seguimento (Kendall and Southam-Gerow, 1996). Da mesma forma, em um estudo que avaliou a manutenção de resultados de 16 semanas de TCC para crianças com TAs (transtorno de ansiedade de separação, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada) após uma média de 7,4 anos, constatou-se a manutenção dos ganhos e a presença de um baixo índice de depressão ou uso de substâncias (Kendall et al., 2004).

Em países em desenvolvimento, estudos sobre a eficácia da TCC para TAs em curto e longo prazo são escassos. Um estudo recente sobre a eficácia da TCC em grupo (TCCG) para pré-adolescentes com TAs foi realizado no sul do Brasil (de Souza et al., 2013). Os participantes foram provenientes de um estudo realizado na comunidade (Salum et al., 2011), tendo sido realizadas 14 sessões de TCCG com um protocolo baseado no programa Coping Cat (Kendall and Hedtke, 2006a; 2006b). Os resultados demonstraram redução significativa da ansiedade e melhora da avaliação global após o tratamento, com tamanho de efeito de moderado a grande (de Souza et al., 2013).

Considerando que se desconhecem os desfechos em longo prazo da TCC para TAs na adolescência em países LaMICs, o objetivo do presente estudo foi verificar a resposta a TCCG após dois anos em relação à presença de sintomas de ansiedade e de depressão e à qualidade de vida.

## **Método**

Trata-se de um estudo de seguimento de dois anos após os término da TCCG para adolescentes com TAs. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 110181). Os adolescentes e os responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

### *Participantes*

A amostra consistiu de adolescentes que participaram da TCCG entre 2009 a 2010, com frequência mínima de 50% das 14 sessões, e que realizaram a última avaliação após o término da terapia (de Souza et al., 2013). Os critérios de inclusão para participar das sessões de TCCG foram: ter idade entre 10 a 13 anos, não estar sob psicoterapia ou tratamento psicofarmacológico no momento do recrutamento e ter disponibilidade de participar dos grupos de TCC durante 14 semanas. Os critérios de exclusão foram: presença de comorbidades graves que exigiram tratamento imediato, diagnóstico principal de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtornos psicóticos ou transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental ou déficit cognitivo importante. Ao final do estudo original, 19 pacientes completaram o tratamento.

Ao completar dois anos após a TCCG, os responsáveis pelos pacientes foram convidados via telefone para realizar a avaliação de seguimento. Nesse contato, verificou-se a

possibilidade de entrevistar o adolescente e os responsáveis no hospital ou no domicílio, conforme fosse mais conveniente para a família.

### *Intervenção*

O protocolo de TCCG foi baseado no programa Coping Cat, de Phillip Kendall e Kristina Hedtke (2006). As sessões foram descritas em outro estudo (de Souza et al., 2013). Em resumo, as 14 sessões semanais tiveram duração de 90 minutos e mais duas sessões psicoeducativas sobre TAs foram realizadas com os pais. Na primeira metade do protocolo (sessão 1 a 6), realizou-se psicoeducação para a identificação dos aspectos somáticos, comportamentais e cognitivos da ansiedade e a aprendizagem de habilidades (estratégias de enfrentamento) para lidar com a ansiedade. Na segunda metade (sessão 7 a 14), foram praticadas as habilidades aprendidas, com identificação e posterior exposição gradual às situações geradoras de ansiedade e prevenção de recaída (de Souza et al., 2013).

### *Instrumentos de Avaliação*

Na ocasião do ingresso do grupo, foi utilizado o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), uma entrevista diagnóstica semiestruturada com os pais e com o adolescente para episódios de psicopatologia atuais e passados, de acordo com os critérios do DSM-III-R e DSM-IV (Kaufman et al., 1997). O K-SADS-PL foi aplicado por psiquiatras especializados na infância e adolescência (Salum et al., 2011).

Para avaliar a gravidade dos sintomas, foram aplicadas as escalas Impressão Clínica Global (CGI) e Avaliação Global Infantil (CGAS). Os adolescentes responderam às escalas de Auto-Relato para Transtornos Relacionados à Ansiedade na Infância (SCARED), Inventário de Depressão Infantil (CDI) e Qualidade de Vida de Jovens – Itens de percepção (YQOL). Os pais ou responsáveis responderam ao Questionário de Habilidades e Dificuldades (SDQ-P). Os instrumentos foram aplicados na linha de base, após as 14 sessões e dois anos após o término da TCCG por avaliadores independentes que não coordenaram as sessões.

A CGI é uma escala clínica que avalia gravidade e varia de 1 (normal) a 7 (extremamente doente). As taxas de remissão foram definidas por uma CGI  $\leq 2$  no mês anterior (Guy, 1976).

A CGAS fornece uma medida de comprometimento global e funcionamento no mês anterior. A escala varia de 1 a 100 e valores iguais ou menores a 60 indicam necessidade de tratamento (Schaffer et al., 1983).

A SCARED versão para a Criança (SCARED-C) é composta por 41 itens e avalia sintomas de ansiedade de acordo com os critérios do DSM-IV para de TAsép, FS, TP, TAG e fobia escolar. Essa escala foi validada para o português brasileiro e, nessa validação, mostrou consistência interna (Isolan et al., 2011). O CDI avalia sintomas depressivos em jovens de 7 a 17 anos. A escala consta de 20 itens e, para cada item, é atribuído um escore que varia de 0 a 2 e reflete os sintomas depressivos, especialmente nas duas últimas semanas. Com a soma dos escores de todos os itens, obtemos o escore total para cada indivíduo (Fleitlich-Bilyk and Goodman, 2004).

O YQOL foi utilizado para uma avaliação genérica multidimensional da qualidade de vida. O YQOL-R consiste de 41 itens perceptuais e 15 itens contextuais. Os itens perceptuais são aqueles conhecidos apenas pelos próprios pacientes e não podem ser observados pelos outros, enquanto os itens contextuais são aqueles observados pelos outros (Edwards et al., 2002; Patrick, Edwards and Topolski, 2002). É dividido em quatro domínios: qualidade de vida geral, relacional, ambiental e pessoal. Fornece, além disso, um escore total de qualidade de vida. No estudo de validação para o Brasil, o YQOL-R demonstrou boas propriedades psicométricas (Salum et al., 2012).

O SDQ-P é um questionário com 25 questões que rastreia problemas de saúde mental na infância e adolescência em cinco áreas: comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento (Goodman, 1997). Foi validado para o Brasil, destacando-se as seguintes vantagens para sua utilização: formatação mais compacta, maior enfoque das capacidades e dificuldades, melhores informações sobre dificuldades de atenção/hiperatividade, relação com colegas e comportamento pró-social (Fleitlich-Bilyk, Cortazar and Goodman, 2000).

### *Análise estatística*

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, enquanto as categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. A Generalized Estimating Equations (GEE) foi aplicada para estimar os parâmetros e estabelecer uma possível correlação com os resultados desconhecidos (perdas de seguimento). O ajustamento de Bonferroni foi utilizado para comparar os três momentos avaliados (linha de base, quatro



meses e dois anos pós-terapia). O nível de significância adotado foi de 5%, e as análises foram realizadas com a utilização do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0.

## Resultados

Dos 19 pacientes que concluíram a TCCG, 15 (79%) realizaram a avaliação de seguimento, sendo que seis entrevistas foram no domicílio do paciente. Em relação às perdas de seguimento, dois pacientes não aceitaram participar e os pais de outros dois pacientes consideraram desnecessário a avaliação devido aos filhos estarem apresentando boa melhora em sua avaliação. As características demográficas e de diagnóstico da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização demográfica e diagnósticos da amostra.

Variáveis	n=19
Idade (anos)*	12,3 (0,99)
Sexo**	
Feminino	15 (79)
Etnia**	
Branca	10 (53)
Transtornos de Ansiedade**	
TAG	16 (84)
Fobia específica	13 (68)
Agorafobia	13 (68)
TASep	10 (53)
Fobia social	8 (42)
Transtorno de pânico	2 (10)
TOC	1 (5)
TEPT	1 (5)
Outros transtornos**	
TDAH	5 (26)
Depressão	1 (5)
Comorbidades*	3,7 (1,3)

Abreviaturas: TDAH= Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; TASep= Transtorno de Ansiedade de Separação; TAG=Transtorno de Ansiedade Generalizada; TOC=Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TEPT=Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

\* Variáveis contínuas apresentadas em média (desvio padrão).

\*\* Variáveis categóricas apresentadas em frequência absoluta (percentual).

A Tabela 2 apresenta os resultados das avaliações. A melhora significativa ocorreu na impressão clínica (CGI) e no funcionamento global (CGAS) quando comparada a linha de base com o final das 14 sessões de TCCG e na avaliação de dois anos de seguimento, com tamanho de efeito grande (CGI=1,61 e CGAS=1,41). Entretanto, observa-se que não houve diferença significativa entre o final das sessões e a avaliação de seguimento. Entre os 15 pacientes reavaliados no seguimento, 7(47%) encontravam-se em remissão (CGI  $\leq$  2).

Não se observou diferença significativa em relação aos sintomas de ansiedade (SCARED) e de depressão (CDI). Quanto aos problemas de saúde mental avaliados pelo SDQ-P, houve redução significativa no domínio “problemas emocionais” na comparação com a linha de base e o pós-tratamento com tamanho de efeito moderado (0,61), mas sem diferença significativa entre o final das sessões e a avaliação de dois anos de seguimento (Tabela 2).

O resultado do YQOL-R indicou melhora significativa no domínio da qualidade de vida geral dois anos após a TCCG em comparação ao início e após o término das sessões, com tamanho de efeito moderado (0,74). Não se constatou mudança significativa nos demais domínios da qualidade de vida (Tabela 2).

Tabela 2 – Desfechos após dois anos de terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade (n=19)

Variáveis	Linha de base		4 months		2 years		GEE	
	Mean	IC 95%	Mean	IC 95%	Mean	IC 95%	Efeito Tempo	Tamanho de Efeito*
<b>Intensidade dos sintomas</b>								
Ansiedade (SCARED)	29,1	25,7-32,4	24,5	21,9-27,1	27,2	21,0-33,5	0,071	0,06
Depressão (CDI)	6,2	5,0-7,3	4,8	3,7-5,9	6,0	3,6-8,3	0,206	0,03
<b>Avaliação global</b>								
CGI	<b>4,0<sup>b</sup></b>	<b>3,8-4,2</b>	<b>2,7<sup>a</sup></b>	<b>2,5-3,0</b>	<b>2,6<sup>a</sup></b>	<b>2,3-2,9</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1,61</b>
CGAS	<b>55,4<sup>b</sup></b>	<b>53,2-57,7</b>	<b>68,8<sup>a</sup></b>	<b>66,3-71,4</b>	<b>73,4<sup>a</sup></b>	<b>68,3-78,5</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1,41</b>
<b>Problemas externalizantes e internalizantes (SDQ-P)</b>								
Emocionais	<b>5,9<sup>b</sup></b>	<b>5,2-6,6</b>	<b>4,5<sup>a</sup></b>	<b>4,0-5,0</b>	<b>4,5<sup>ab</sup></b>	<b>3,7-5,4</b>	<b>0,023</b>	<b>0,61</b>
Comportamentais	2,7	2,3-3,2	2,3	1,6-3,1	2,2	1,3-3,0	0,322	0,29
Hiperatividade	4,3	3,6-5,0	4,2	3,5-5,0	3,8	3,0-4,6	0,641	0,19
Relacionamento	3,4	2,9-3,8	2,6	2,0-3,1	2,4	1,7-3,1	0,078	0,51
Pró-Social	8,2	7,7-8,7	8,5	7,9-9,2	7,4	6,7-8,2	0,218	0,46
<b>Qualidade de Vida (YQOL)</b>								
Geral	<b>82,6<sup>a</sup></b>	<b>78,7-86,6</b>	<b>86,3<sup>ab</sup></b>	<b>81,9-90,8</b>	<b>94,1<sup>b</sup></b>	<b>87,7-100</b>	<b>0,041</b>	<b>0,74</b>
Pessoal	69,9	66,1-73,7	75,1	71,8-78,4	74,5	68,3-80,7	0,184	0,27
Relacional	71,8	67,4-76,3	76,1	72,4-79,8	77,2	71,9-82,5	0,418	0,35
Ambiental	85,2	81,8-88,7	88,3	85,6-91,1	90,6	86,1-95,0	0,326	0,43
Total	77,4	74,3-80,5	81,5	78,4-84,5	84,1	79,5-88,7	0,107	0,56

Abreviações: GEE=Generalized Estimating Equations; CGI=Escala de Impressão Clínica Global; SCARED=Auto-Relato para Transtornos Relacionados à Infância; CDI=Inventário de Depressão Infantil; CGAS=Escala de Avaliação Global Infantil; SDQ-P=Questionário de Habilidades e Dificuldades-versão pais; SE= Problemas Emocionais; Problemas Comportamentais; Hiperatividade; Problemas de Relacionamento; Problemas de Comportamento Pró-Social; YQOL= Instrumento de Qualidade de Vida de Jovens.

<sup>a,b</sup> Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

## Discussão

Os resultados do estudo demonstraram que houve manutenção da melhora em relação à impressão clínica e ao funcionamento global comparado ao início do tratamento,

indicando a manutenção dos ganhos da TCCG em até dois anos após o tratamento. Esse achado está de acordo com outros estudos realizados em países de alta renda que verificaram a permanência dos resultados positivos em períodos que variam de 1 a 13 anos de seguimento (Kendall et al., 2004; Bernstein et al., 2008; Cobham et al., 2010; Saavedra et al., 2010).

Observou-se que os sintomas de ansiedade e depressão não se modificaram significativamente ao longo do tempo. No estudo de seguimento com média de 7,4 anos para avaliar a eficácia da TCC para crianças com TAs, embora tenham sido apontados muitos benefícios com o tratamento (Kendall et al., 2004), houve um aumento significativo nos escores de ansiedade do pós-tratamento (Kendall, 1997) para o seguimento. Contudo, os escores do seguimento permaneceram significativamente mais baixos do que na linha de base. Em relação aos sintomas depressivos avaliados, houve redução significativa da linha de base para o pós-tratamento (Kendall, 1997), e a manutenção de ganhos permaneceu no período de seguimento.

Em outro estudo, considerado um dos mais longos em termos de TAs na infância e adolescência, entre 6 a 7 anos (Manassis et al., 2004), os autores observaram que os sintomas de ansiedade parecem persistir ao longo do tempo. No entanto, 70% da amostra não apresentaram indicação de realizar tratamento adicional após a terapia, tendo havido melhora global dos pacientes. Os achados foram semelhantes aos do nosso estudo para os sintomas de ansiedade. De fato, observou-se que o domínio problemas emocionais do SDQ-P que avalia o estado de humor do adolescente, seus medos, suas inseguranças e seus sintomas físicos somáticos diminuiu significativamente e manteve-se no mesmo nível (média de 4,5) ao longo do tempo.

Além disso, foi significativa a melhora da qualidade de vida geral. A hipótese para esse achado é que a melhora e a manutenção do funcionamento global ao término do tratamento tenham refletido em melhora da qualidade de vida ao longo do tempo. Os estudos de seguimento de TCC para TAs disponíveis até então não avaliam a qualidade de vida como um desfecho. O foco, de modo geral, recai nos sintomas ou na remissão da doença (Kendall et al., 2004; Manassis et al., 2004), e não propriamente em outros fatores importantes para o desempenho social, ocupacional e interpessoal, por exemplo. Por se tratar de um primeiro estudo de seguimento em países LaMICs, avaliar aspectos com base em afirmações como “A vida vale a pena”, “Estou satisfeito com a vida” e “Aproveito a vida” fortalece a utilização da TCCG nesse contexto.

Embora esse estudo tenha incluído os pais, em duas sessões de psicoeducação e durante as entrevistas com os pacientes, não foi realizada nenhuma avaliação com eles. A

inclusão dos pais durante a TCC ainda é controversa. No estudo de Cobham et al. (2010), foi realizada uma comparação entre TCC para crianças com TAs *versus* TCC + gestão de ansiedade parental. Tratou-se de um seguimento de três anos com 60 crianças. Após esse período, 70% das crianças tratadas com TCC ficaram livres do diagnóstico *versus* 92% daquelas que tiveram a gestão da ansiedade parental associada. Sendo assim, a intervenção que associou a família foi considerada significativamente melhor.

Por outro lado, esse achado contrasta com os de Barrett et al. (2001), que não encontraram diferenças entre a intervenção com e sem a participação da família. Esse foi um estudo de seguimento de 5-7 anos (média de 6,17 anos) que reavaliou 52 pacientes que haviam sido previamente randomizados para realizar TCC ou TCC com apoio familiar. Após esse período de seguimento, 85,7% dos pacientes não preenchiam mais critérios diagnósticos para TAs, dado similar ao observado com 12 meses de seguimento (79,6%), não sendo essa diferença significativa entre as intervenções.

O presente estudo tem limitações que merecem ser apontadas. A primeira é o pequeno tamanho da amostra, não tendo havido a participação de todos os adolescentes que compuseram o estudo anterior (de Souza et al., 2013). Contudo, a porcentagem de participação equivale a de outros estudos de seguimento, com variações de 49% a 91% das amostras originais (Barrett et al., 2001; Kendall et al., 2004; Manassis et al., 2004; Cobham et al., 2010; Saavedra et al., 2010). Uma segunda limitação, comum nos seguimentos, é a ausência de um grupo controle para comparação. Os achados deste estudo, portanto, não nos permitem descartar completamente a possibilidade de melhora espontânea que pode vir com a maturidade. Ainda assim, trata-se de um estudo pioneiro no Brasil e incluiu desfechos como qualidade de vida.

A realização deste estudo sugere a manutenção dos benefícios da terapia em longo prazo e encoraja a utilização de TCC em adolescentes com TAs em países LaMICS. Ainda existem, porém, várias questões a serem esclarecidas, como resposta da TCC individual *versus* em grupo e vantagens da TCC com ou sem envolvimento da família.

### Referências

- Barrett, P.M., Duffy, A.L., Dadds, M.R. and Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6 year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 135-141.

- Beesdo, K., Pine, D.S., Lieb, R. and Wittchen, H.U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 47-57.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine D.S., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R. et al. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Bernstein, G.A., Bernat, D.H., Victor, A.M. and Layne, A.E. (2008). School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1039-1047.
- Bittner, A., Egger, H.L., Erkanli, A., Costello, J., Foley, D.L. and Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1174-1183.
- Cobham, V. E., Dadds, M.R., Spence, S.H. and McDermott, B. (2010). Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety: A Different Story Three Years Later. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(3), 410-420.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, J. and Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764-772.
- de Souza, M.A., Salum, G.A., Jarros, R.B., Isolan, L., Davis, R., Knijnik, D., et al. (2013). Cognitive-behavioral group therapy for youths with anxiety disorders in the community: effectiveness in low and middle income countries. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 255-264.
- Duchesne, S., Vitaro, F., Larose, S. and Tremblay, R. E. (2008). Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school noncompletion. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(9), 1134-1146.
- Edwards, T.C., Huebner, C.E., Connell, F.A. and Patrick, D.L. (2002). Adolescent quality of life, Part I: conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence*, 25(3), 275-286.
- Flannery-Schroeder, E.C. (2006). Reducing anxiety to prevent depression. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 136-142.
- Fleitlich-Bilyk, B. and Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatry disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734.

- Fleitlich-Bilyk, B., Cortazar, P. and Goodman, R. (2000). Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8(1), 44-50.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impression (CGI). In *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research branch. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 218-222.
- In-Albon, T. and Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15-24.
- Isolan, L., Salum, G.A., Osowski, A.T., Amaro, E. and Manfro, G.G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 741-748.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (KSADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Kendall, P.C. and Hedtke, K.A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment. Coping Cat (3<sup>rd</sup> ed.)*. Pennsylvania: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C. and Hedtke, K.A. (2006b). *The Coping Cat Workbook (2<sup>nd</sup> ed.)*. Pennsylvania: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C. and Kessler, R.C. (2002). The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: policy comments, and recommendations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1303-1306.
- Kendall, P.C. and Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 724-730.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. and Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366-380.

- Kendall, P.C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E. and Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 276-287.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 100-110.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E.J., Georgiades, K., Green, J.G., Gruber, M.J., et al. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry, 69*(4), 372-380.
- Klein, R.G. (1995). Is panic disorder associated with childhood separation anxiety disorder? *Clinical Neuropharmacology, 18*(2), 7-4.
- Manassis, K., Avery, D., Butalia, S. and Mendlowitz, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy in childhood anxiety disorders: functioning in adolescence. *Depression and Anxiety, 19*(4), 209-216.
- Moffitt, T.E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., et al. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry, 64*(6), 651-660.
- Patrick, D.L., Edwards, T.C. and Topolski, T.D. (2002). Adolescent quality of life, part II: initial validation of a new instrument. *Journal of Adolescence, 25*(3), 287-300.
- Pollack, M.H., Otto, M.W., Sabatino, S., Majcher, D., Worthington, J.J., McArdle, E.T., et al. (1996). Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: Correlates and influence on course. *The American Journal of Psychiatry, 153*(3), 376-381.
- Saavedra, L.M., Silverman, W.K., Morgan-Lopez, A.A. and Kurtines, W.M. (2010). Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(8), 924-934.
- Salum, G.A., Isolan, L.R., Bosa, V.L., Tocchetto, A.G., Teche, S.P., Schuch, I., et al. (2011). The multidimensional evaluation and treatment of anxiety in children and adolescents: rationale, design, methods and preliminary findings. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 33*(2), 181-195.
- Salum, G.A., Patrick, D.L., Isolan, L.R., Manfro, G.G. and Fleck, M.P. (2012) Youth Quality of Life Instrument-Research version (YQOL-R): psychometric properties in a community sample. *Jornal de Pediatria, 88*(5), 443-448.



- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., et al. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- Silverman, W.K., Pina, A.A. and Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.
- Woodward, L.J. and Fergusson, D.M. (2001). Life course of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.

## 7 CONCLUSÕES

Ainda são poucos os estudos que avaliam a eficácia da TCC em longo prazo para adolescentes com TAs, especialmente em países de baixa e média renda. Além disso, grande parte das pesquisas existentes apresenta limitações metodológicas importantes, como a ausência de um grupo controle, o que dificulta descartar possível diminuição de sintomas ansiosos devido ao desenvolvimento.

Não obstante, os estudos existentes e o seguimento realizado em nosso meio apontam para a manutenção dos ganhos com a TCC, mesmo depois de muitos anos. Cabe salientar que ainda precisam ser desenvolvidos estudos com grupo controle que abordem desfechos não apenas em termos de aspectos clínicos, mas também de questões como qualidade de vida, o qual diz muito sobre como a pessoa se sente ou encara o mundo, e que contemplem aspectos sobre o funcionamento individual.

No seguimento realizado em nosso meio, a reavaliação após dois anos foi positiva em relação à qualidade de vida e ao funcionamento global. Esses achados encorajam o uso de TCC em nosso meio e a realização de novas pesquisas, que avaliem também as modalidades de TCC (individual ou em grupo; com e sem a participação da família) e que utilize, de preferência, um delineamento de ensaio clínico randomizado para identificar preditores de resposta em curto e longo prazo.

## APÊNDICE A – Procolo de coleta

### IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Nome completo da mãe (ou responsável):

Nome completo do pai (ou responsável):

*Coloque o maior número de informações possível para que possamos entrar em contato, caso seja necessário.*

### ENDEREÇO/CONTATO

Rua, Avenida:

Número:

Bloco:

Apartamento:

Complemento:

Cidade:

Bairro:

CEP:

Telefone de casa: (    )

Telefone para recados (avô, avó, tio, tia, vizinho etc.): (    )

Telefone celular do pai: (    )

Telefone celular da mãe: (    )

*Responda*

1. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos (*Escreva*)

2. **Gênero:** (*Circule*) (0) Masculino (1) Feminino

3. **Quantos irmãos você tem?** (*Circule*)

(0) Nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis; (7) Sete; (8) Oito ou mais

4. **Na casa onde eu moro vivem** (*Marque com um X*)

(    ) Pai

(    ) Mãe

(    ) Irmão(os)

(    ) Avô/Avó

(    ) Tio(s)/Tia(s)

(    ) Outros

5. **Qual a sua cor da pele?** (*Circule*)

(1) Branca; (2) Negra; (3) Entre Branca e Negra; (4) Indígena; (5) Asiática

*Circule*

**Na casa em que você mora há (não vale quebrado/quebrada):**

1. **Televisão** Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

2. **Rádio** (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

3. **Banheiro** (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

4. **Carro** (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

5. **Empregado(a)** que trabalha todos os dias?

(0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

6. **Telefone**, contando fixo e celular

(0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

7. **Geladeira** (0) Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

8. Até que grau seu pai (ou responsável – o **chefe da família**) estudou?

(0) Nunca estudou

- 
- (1) Fez até a 1ª, 2ª ou 3ª séries
  - (2) Fez até a 4ª, 5ª, 6ª ou 7ª séries
  - (3) Fez até a 8ª série ou 1º ou 2º ano do segundo grau (ensino médio)
  - (4) Terminou o 3º ano do segundo grau (ensino médio)
  - (5) Fez faculdade, mas não terminou o curso
  - (6) Fez faculdade completa (terminou o curso)
  - (7) Não sei
- 

*Desempenho Escolar: (Circule)*

1. Quantos dias você **NÃO** veio à escola no **último mês**?

(0) Vim todos os dias; (1) 1 a 3 dias; (2) 4 a 8 dias; (3) 9 ou mais dias

2. Quantos dias você **NÃO** veio à escola na **semana passada**?

(0) Vim todos os dias; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Em nenhum dia da semana passada

3. O quanto você normalmente estuda para uma prova?

(1) Nunca ou raramente estudo; (2) Às vezes estudo; (3) Estudo um pouco (em geral no dia anterior); (4) Estudo bastante (em geral alguns dias antes da prova); (5) Estudo quase todos os dias

4 Como você costuma ir nas provas e nos trabalhos?

(1) Nunca ou raramente vou mal (2) Às vezes vou mal (3) Geralmente fico na média (4) Costumo ir bem (5)

Sempre vou muito bem

5. Você já repetiu de ano?

(1) Sim, há mais de 2 anos (2) Sim, há 2 anos (3) Sim, há 1 ano (4) Nunca repeti de ano

---

## APÊNDICE B

### PROGRAMA DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO HCPA (PROTAIA)

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Os transtornos de ansiedade são prevalentes na infância e na adolescência e estão associados a prejuízos significativos ao longo do desenvolvimento. Diversos tratamentos, como terapias e medicamentos, vêm sendo utilizados para tratar esses transtornos com bons resultados e eficácia comprovada.

O objetivo do estudo Desfechos de longo prazo após terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade: seguimento de dois anos é identificar como está a saúde e o desempenho na escola após 2 anos de quem foi convidado a realizar a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em grupo para crianças e adolescentes em 2009 e 2010.

Para isso, seu(sua) filho(a) está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa. Serão aplicados novamente os instrumentos de avaliação, serão atualizados os dados demográficos e clínicos (o uso de medicações e tipos de tratamento atual) e será verificado o desempenho escolar.

Eu,....., fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa.

O(a) pesquisador(a).....certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e, no caso de divulgação, serão utilizadas sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ..... de ..... de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno

\_\_\_\_\_  
Pesquisador(a)

Contatos das pesquisadoras:  
Responsável: Professora Elizeth Heldt – 33598573  
Enfermeira Roberta Davis – 97175975  
HCPA – 33598000

**ANEXO A – Instrumentos de avaliação****CGI-Gravidade (CGI-G) e CGI-Melhora Global (CGI-M)****CGI - Gravidade**

1. ( ) Normal, ausência de sintomas.
2. ( ) Transtorno leve, duvidoso, prejuízo funcional leve.
3. ( ) Sintomas leves, prejuízo funcional leve.
4. ( ) Sintomas moderados, desempenho com esforço.
5. ( ) Moderada, sintomas intensos, desempenho limitado.
6. ( ) Sintomas intensos, consegue desempenhar praticamente só com assistência.
7. ( ) Sintomas extremamente graves, desempenho completamente comprometido.

**CGI - Melhora Global**

1. ( ) MUITÍSSIMO MELHOR
2. ( ) MUITO MELHOR
3. ( ) UM POUCO MELHOR
4. ( ) SEM ALTERAÇÃO
5. ( ) UM POUCO PIOR
6. ( ) MUITO PIOR
7. ( ) MUITÍSSIMO PIOR

<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE CRIANÇAS (CGAS)</b>	
<p>Considere o funcionamento psicológico, social e escolar da criança/adolescente numa linha hipotética de saúde-doença mental.</p> <p>Pontue de acordo com a sua visão do funcionamento real da criança/adolescente, independente de tratamento ou prognóstico. Os exemplos dados de comportamento são somente ilustrativos, não são, portanto, necessários para qualquer pontuação particular.</p> <p>Use níveis intermediários (por exemplo: 35,82,58). <b>Período de tempo especificado: 1 mês.</b></p>	
100-91	<b>Funcionamento superior em todas as áreas</b> (em casa, na escola, com os amigos); a criança/adolescente está envolvida numa grande variedade de atividades e tem muitos interesses (por exemplo, tem passatempos, participa em atividades fora do colégio, participa de organizações ou grupos como os escoteiros, grupo da igreja, etc.); estimulado, confiante; consegue lidar com as preocupações do dia-a-dia; bem na escola; sem sintomas.
90-81	<b>Bom funcionamento em todas as áreas;</b> seguro na família, escola e com amigos. Podem existir dificuldades transitórias e preocupações do dia-a-dia com as quais tem, ocasionalmente, dificuldade em lidar (por exemplo, ansiedade leve associada a uma prova importante, "explosões" ocasionais com irmãos, pais ou amigos).
80-71	<b>Não mais do que prejuízo leve no funcionamento</b> em casa, na escola ou com amigos; alguma alteração do comportamento ou angústia emocional pode estar presente em resposta a problemas da vida (por exemplo, separação dos pais, morte, nascimento do irmão), mas estas alterações duram pouco e o prejuízo na vida da criança também dura pouco; estas crianças/adolescentes são vistas pelos outros como causando uma perturbação mínima e não são consideradas problemáticas por quem as conhece.
70-61	<b>Alguma dificuldade numa única área, mas funcionando geralmente bastante bem</b> (por exemplo, atos anti-sociais uma vez que outra ou isolados, como sacanagens ou roubos sem grande valor de vez em quando; dificuldades menores, mas constantes, com os deveres escolares; variações de humor de duração curta, medos e ansiedade que não implicam em comportamento evitativo grosseiro; dúvidas sobre si mesmo); têm algumas relações significativas com pessoas (amigos, familiares); a maioria das pessoas que não conhecesse esta criança/adolescente não o/a consideraria problemático (a), mas aqueles que realmente o/a conhecem bem, podem expressar preocupação.
60-51	<b>Funcionamento variável com dificuldades uma vez que outra ou sintomas em várias, mas não em todas as áreas sociais;</b> perturbações podem ser enxergadas por aqueles que encontram a criança/adolescente num ambiente ou momento disfuncional, mas não para aqueles que vêem a criança/adolescente em outros ambientes.
50-41	<b>Grau moderado de problemas no funcionamento na maioria das áreas sociais ou prejuízo grave do funcionamento em uma área,</b> como pode resultar de, por exemplo, presença de preocupações e idéias repetidas suicidas, recusa em ir à escola e outras formas de ansiedade, rituais, queixas físicas por "nervoso" (sem causa médica), ataques de ansiedade freqüentes, capacidades de relacionamento pobres e inapropriadas, episódios freqüentes de comportamentos agressivos ou anti-sociais com alguma manutenção de relações sociais significativas.
40-31	<b>Prejuízo importante no funcionamento em várias áreas e incapacidade para funcionar em uma destas áreas,</b> ou seja, perturbação em casa, na escola, com companheiros ou na sociedade em geral, por exemplo, agressão constante sem clara provocação; marcadamente retirado e com comportamento isolado, devido à perturbação do humor ou no pensamento; tentativa de suicídio com ou sem intenção de morrer; estas crianças/adolescentes provavelmente necessitem de escola especial e/ou hospitalização ou retirada da escola (entretanto, este último critério não é suficiente para inclusão nesta faixa).
30-21	<b>Incapaz de funcionar em quase todas as áreas,</b> por exemplo, fica em casa, numa sala, ou na cama todo o dia sem tomar parte em atividades sociais, ou prejuízo grave do contato com a realidade, ou prejuízo grave na comunicação (por exemplo, às vezes fala coisas que não tem nada a ver com a ocasião ou com o assunto; não emenda um assunto no outro).
20-11	<b>Necessita considerável supervisão para prevenir que machuque os outros ou a si mesmo</b> (por exemplo, frequentemente violento, tentativas de suicídio repetidas), ou para manter a higiene pessoal, ou prejuízo grosseiro em todas as formas de comunicação, por exemplo, anormalidades na fala e nos gestos, marcada indiferença social, desligado do mundo, etc.
10-1	<b>Necessita supervisão constante</b> (cuidados 24 horas) devido ao comportamento gravemente agressivo ou auto-destrutivo ou prejuízo grave no contato com a realidade, na fala e no pensamento, no afeto ou na higiene pessoal.

Pontuação: \_\_\_\_\_

**Auto-relato para Transtornos Relacionados à Ansiedade na Infância – Formulário Criança (SCARED-C) (8 anos e mais velho\*)**

Abaixo se encontra uma lista de itens que descrevem como as pessoas se sentem em algumas situações. Para cada frase, circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever você nos **últimos 3 meses**.

*Circule 0 para o item que **nunca é verdadeiro** ou é **raramente verdadeiro** para você.*

*Circule 1 para o item que **algumas vezes é verdadeiro** para você.*

*Circule 2 para o item que é **bastante ou frequentemente verdadeiro** para você.*

	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Frequentemente
1. Tenho dificuldade de respirar quando fico com medo.	0	1	2
2. Sinto dor de cabeça quando estou na escola.	0	1	2
3. Não gosto de estar com pessoas que não conheço bem.	0	1	2
4. Fico com medo quando durmo fora de casa.	0	1	2
5. Eu me preocupo se outras pessoas gostam de mim.	0	1	2
6. Sinto como se fosse desmaiar quando fico com medo.	0	1	2
7. Sou nervoso(a).	0	1	2
8. Sigo a minha mãe ou o meu pai aonde eles vão.	0	1	2
9. As pessoas dizem que eu pareço nervoso(a).	0	1	2
10. Fico nervoso(a) com pessoas que não conheço bem.	0	1	2
11. Tenho dor de barriga na escola.	0	1	2
12. Acho que vou enlouquecer quando fico com medo.	0	1	2
13. Tenho medo de dormir sozinho(a).	0	1	2
14. Eu me preocupo em ser tão bom quanto as outras crianças.	0	1	2
15. Tenho a impressão de que as coisas não são reais quando fico com medo.	0	1	2
16. Tenho pesadelos com coisas ruins acontecendo com os meus pais.	0	1	2
17. Fico preocupado(a) quando tenho de ir à escola.	0	1	2
18. Sinto meu coração bater rápido quando fico com medo.	0	1	2
19. Tremo de medo quando fico nervoso(a).	0	1	2



<b>QUESTIONÁRIO 1 (continuação)</b>			
	<b>Nunca ou raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Freqüentemente</b>
<b>Lembre-se:</b> para cada frase, circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever você nos <b>últimos 3 meses</b> .			
<i>Circule 0 para o item que <b>não é verdadeiro</b> ou é <b>raramente verdadeiro</b> para você.</i>			
<i>Circule 1 para o item que <b>algumas vezes é verdadeiro</b> para você.</i>			
<i>Circule 2 para o item que é <b>bastante</b> ou <b>freqüentemente verdadeiro</b> para você.</i>			
20. Tenho pesadelos com alguma coisa ruim acontecendo comigo.	0	1	2
21. Fico preocupado(a) se as coisas vão dar certo para mim.	0	1	2
22. Sou muito quando eu fico com medo.	0	1	2
23. Sou muito preocupado(a).	0	1	2
24. Fico com muito medo sem nenhum motivo.	0	1	2
25. Tenho medo de ficar sozinho(a) em casa.	0	1	2
26. Tenho dificuldade para falar com pessoas que não conheço bem.	0	1	2
27. Eu me sinto sufocado(a) quando fico com medo.	0	1	2
28. As pessoas dizem que eu me preocupo demais.	0	1	2
29. Não gosto de ficar longe da minha família.	0	1	2
30. Tenho medo de sofrer ataques de ansiedade (ou ataques de pânico).	0	1	2
31. Tenho medo de que alguma coisa ruim aconteça com os meus pais.	0	1	2
32. Sinto vergonha na frente de pessoas que não conheço bem.	0	1	2
33. Eu me preocupo muito com o que vai acontecer no futuro.	0	1	2
34. Tenho vontade de vomitar quando fico com medo.	0	1	2
35. Eu me preocupo muito em fazer as coisas bem-feitas.	0	1	2
36. Eu tenho medo de ir à escola.	0	1	2
37. Eu me preocupo com as coisas que já aconteceram.	0	1	2
38. Eu me sinto tonto(a) quando fico com medo.	0	1	2
39. Eu fico nervoso(a) quando estou com outras crianças ou adultos e tenho de fazer algo enquanto eles me olham (por exemplo, ler em voz alta, falar, jogar um jogo ou praticar um esporte).	0	1	2
40. Eu fico nervoso(a) para ir a festas, bailes ou qualquer lugar onde estejam pessoas que não conheço bem.	0	1	2
41. Eu sou tímido(a).	0	1	2

---

**Instrumento de Qualidade de Vida de Jovens – Itens de percepção**
**Versão para pesquisa (YQOL-R)**

A seguir, são apresentadas algumas afirmações que você poderia fazer a respeito de você mesmo(a). Por favor, **FAÇA UM CÍRCULO** em torno do número da escala que melhor descreve até que ponto a afirmação se aplica a você **EM GERAL**.

Circule o número 0 se a frase **de maneira nenhuma** é verdade sobre você.

Circule o número 10 se a frase é verdade sobre você **em grande parte ou completamente**.

O número 5 é neutro, isto é, **às vezes é verdade e às vezes não é verdade sobre você**.

Os demais números são uma gradação: quanto mais perto do 0, mais você discorda e, quanto mais perto do 10, mais você concorda. Assim, você pode quantificar cada situação!



De maneira nenhuma

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Em grande parte/Completamente

1. Eu fico tentando, mesmo que no início eu não tenha sucesso

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Em grande parte

2. Eu consigo lidar com a maioria das dificuldades que aparecem no meu caminho

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Completamente

3. Eu consigo fazer a maioria das coisas tão bem quanto eu quero

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Completamente

4. Eu me sinto bem em relação a mim mesmo(a)

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Completamente

5. Eu sinto que sou importante para os outros

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Em grande parte

6. Eu me sinto confortável com meus sentimentos e comportamentos sexuais

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Completamente

7. Eu tenho energia suficiente para fazer as coisas que eu quero fazer

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Completamente

8. Eu estou satisfeito(a) com a minha aparência

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Completamente

9. Eu me sinto bem com a quantidade de estresse (problemas) em minha vida

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Completamente

10. Eu sinto que não tem problema se eu cometer erros

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Completamente

11. Eu sinto que minha vida tem sentido

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Completamente

12. As coisas que eu acredito (minhas crenças pessoais) me dão força

De maneira nenhuma    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Em grande parte

---

13. Eu sinto que a maioria dos adultos me trata de forma justa												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
14. Eu sinto que estou recebendo atenção na medida certa por parte de minha família												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
15. Eu me sinto entendido pelos meus pais ou responsáveis												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
16. Eu me sinto útil e importante para a minha família												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
17. Eu sinto que a minha família se importa comigo												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
18. A minha família encoraja-me a fazer o melhor que posso												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
19. Eu sinto que estou me dando bem com meus pais ou responsáveis												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
20. Eu sinto que meus pais ou responsáveis permitem que eu participe das decisões importantes que afetam a minha vida												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
21. Eu me sinto sozinho(a) em minha vida												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
22. Eu tento ser um modelo (exemplo) para os outros												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
23. Eu posso dizer aos meus amigos como realmente me sinto												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
24. Eu estou feliz com os amigos que tenho												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
25. Eu estou satisfeito(a) com a minha vida social												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
26. Eu sinto que posso participar das mesmas atividades que os outros da minha idade												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
27. As pessoas da minha idade tratam-me com respeito												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
28. Eu sinto que me deixam de lado em razão de quem sou (do meu jeito)												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
29. Eu sinto que a minha vida está cheia de coisas interessantes para fazer												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte

---

30. Eu gosto de tentar coisas novas												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
31. Eu gosto do local (região) onde eu vivo												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
32. Eu espero o futuro com expectativa (esperança)												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
33. A minha família tem dinheiro suficiente para viver uma vida adequada												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
34. Eu me sinto seguro(a) quando estou em casa												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
35. Eu sinto que estou tendo uma boa educação (na escola)												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
36. Eu sei como conseguir as informações de que necessito												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
37. Eu gosto de aprender coisas novas												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
38. Eu me sinto seguro(a) quando estou na escola												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
39. Eu aproveito a vida												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
40. Eu estou satisfeito(a) com o modo como minha vida está agora												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
41. Eu sinto que a vida vale a pena												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
42. Comparado(a) com outros da minha idade, eu sinto que a minha vida é...												
Muito pior que a dos outros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito melhor que a dos outros

---

## CDI - Inventário de Depressão Infantil

Marque com um X qual das 3 frases dentro de cada item melhor corresponde ao que você está sentindo

- |          |  |  |
|----------|--|--|
| <b>1</b> | <input type="checkbox"/> Eu fico triste de vez em quando | <input type="checkbox"/> Eu me sinto preocupado de vez em quando         |
|          | <input type="checkbox"/> Eu fico triste muitas vezes     | <b>11</b> <input type="checkbox"/> Eu me sinto preocupado frequentemente |
|          | <input type="checkbox"/> Eu estou sempre triste          | <input type="checkbox"/> Eu me sinto sempre preocupado                   |

- |          |   |  |
|----------|---|--|
|          | <input type="checkbox"/> Para mim tudo se resolverá bem                         | <input type="checkbox"/> Eu gosto de estar com pessoas                               |
| <b>2</b> | <input type="checkbox"/> Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim | <b>12</b> <input type="checkbox"/> Frequentemente, eu não gosto de estar com pessoas |
|          | <input type="checkbox"/> Nada vai dar certo para mim                            | <input type="checkbox"/> Eu não gosto de estar com pessoas                           |

- |          |  |  |
|----------|--|--|
|          | <input type="checkbox"/> Eu faço bem a maioria das coisas    | <input type="checkbox"/> Eu tenho boa aparência                                  |
| <b>3</b> | <input type="checkbox"/> Eu faço errado a maioria das coisas | <b>13</b> <input type="checkbox"/> Minha aparência tem alguns aspectos negativos |
|          | <input type="checkbox"/> Eu faço tudo errado                 | <input type="checkbox"/> Eu sou feio   |

- |          |   |   |
|----------|---|---|
|          | <input type="checkbox"/> Eu me divirto com muitas coisas  | <input type="checkbox"/> Eu durmo bem à noite                                       |
| <b>4</b> | <input type="checkbox"/> Eu me divirto com algumas coisas | <b>14</b> <input type="checkbox"/> Eu tenho dificuldades para dormir algumas noites |
|          | <input type="checkbox"/> Nada é divertido para mim        | <input type="checkbox"/> Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite           |

- |          |   |   |
|----------|---|---|
|          | <input type="checkbox"/> Eu sou mau (má) de vez em quando | <input type="checkbox"/> Eu me canso de vez em quando         |
| <b>5</b> | <input type="checkbox"/> Eu sou mau (má) com frequência   | <b>15</b> <input type="checkbox"/> Eu me canso frequentemente |
|          | <input type="checkbox"/> Eu sou sempre mau (má)           | <input type="checkbox"/> Eu estou sempre cansado              |

- |          |  |  |
|----------|--|--|
|          | <input type="checkbox"/> De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer | <input type="checkbox"/> Eu não me sinto sozinho(a)                    |
| <b>6</b> | <input type="checkbox"/> Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam                 | <b>16</b> <input type="checkbox"/> Eu me sinto sozinho(a) muitas vezes |
|          | <input type="checkbox"/> Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão     | <input type="checkbox"/> Eu sempre me sinto sozinho(a)                 |

- |          |   |   |
|----------|---|---|
|          | <input type="checkbox"/> Eu gosto de mim mesmo(a)     | <input type="checkbox"/> Eu me divirto na escola frequentemente             |
| <b>7</b> | <input type="checkbox"/> Eu não gosto de mim mesmo(a) | <b>17</b> <input type="checkbox"/> Eu me divirto na escola de vez em quando |
|          | <input type="checkbox"/> Eu me odeio                  | <input type="checkbox"/> Eu nunca me divirto na escola                      |

- 8 ( ) Normalmente eu não me sinto culpado(a) pelas coisas ruins que acontecem
- ( ) Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
- ( ) Tudo de mau que acontece é por minha culpa
- 18 ( ) Sou tão bom (boa) quanto outras crianças
- ( ) Se eu quiser, posso ser tão bom (boa) quanto outras crianças
- ( ) Não posso ser tão bom (boa) quanto outras crianças

- ( ) Eu não penso em me matar
- 9 ( ) Eu penso em me matar, mas não o faria
- ( ) Eu quero me matar
- 19 ( ) Eu tenho certeza de que sou amado(a) por alguém
- ( ) Eu não tenho certeza se alguém me ama
- ( ) Ninguém gosta de mim realmente

- ( ) Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
- 10 ( ) Eu sinto vontade de chorar frequentemente
- ( ) Eu sinto vontade de chorar diariamente
- ( ) Eu sempre faço o que me mandam
- 20 ( ) Eu não faço o que me mandam com frequência
- ( ) Eu nunca faço o que me mandam
-

**ANEXO B****CARTA DE APROVAÇÃO CEP/HCPA****HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 110181**Data da Versão do Projeto:** 09/05/2011**Data da Versão do TCLE:** 31/05/2011**Pesquisadores:**

GISELE GUS MANFRO

MARIA AUGUSTA MANSUR DE SOUZA

ROBERTA DAVIS

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT

**Título:** DESFECHOS DE LONGO PRAZO APÓS TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: SEGUIMENTO DE 2 ANOS

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 08 de junho de 2011.

  
Profª Nadiné Clausell  
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA