

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA CRISTINA WESNER VIANA

**AVALIAÇÃO DE RESPOSTA AO ACRÉSCIMO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING* E
RESILIÊNCIA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO
PARA PACIENTES COM TRANSTORNO DE PÂNICO**

Porto Alegre

2018

ANA CRISTINA WESNER VIANA

**AVALIAÇÃO DE RESPOSTA AO ACRÉSCIMO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING* E
RESILIÊNCIA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO
PARA PACIENTE COM TRANSTORNO DE PÂNICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem. Eixo Temático: Saúde Mental e Grupos.

Orientadora: Profa. Dra. Elizeth Heldt

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Viana, Ana Cristina Wesner

Avaliação de resposta ao acréscimo de estratégias de coping e resiliência na terapia cognitivo-comportamental em grupo para paciente com transtorno de pânico / Ana Cristina Wesner Viana. -- 2018.

116 f.

Orientadora: Elizeth Heldt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Transtorno de pânico . 2. Estratégias de coping. 3. Resiliência. 4. Qualidade de vida. 5. Terapia cognitivo-comportamental em grupo. I. Heldt, Elizeth, orient. II. Título.



PPGENF



A Banca Examinadora avaliou a tese como: Aprovada

Nome e assinatura da Banca Examinadora

Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt: Elizeth Heldt
Presidente – PPGENF/UFRGS CPF nº 41256760030

Profa. Dra. Christine Wetzel: [Assinatura]
Membro – PPGENF/UFRGS CPF nº 44364245020

Prof. Dr. Cristiano Tschiedel Belém da Silva: [Assinatura]
Membro – FACFAR/UFRGS CPF nº 43470157049

Dra. Juliana Braga Gomes: Juliana Braga Gomes
Membro – ATC-RS CPF nº 1121453023

Porto Alegre, 08 de fevereiro de 2018.

De acordo da Doutoranda: [Assinatura]

À minha família, em especial ao meu esposo Jorge Ricardo Rodrigues (*in memoriam*),
que foi o meu maior incentivador e “secretário de pesquisa”.

Aos meus filhos, fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por estar ao meu lado em qualquer circunstância e por tornar essa conquista possível.

À minha orientadora, Dr^a Elizeth Heldt, que tenho como exemplo de competência. Obrigada por tudo o que vem me ensinando ao longo desses dez anos.

Às minhas colegas e grandes amigas Andressa Behenck e Débora Flinkler por seguirem ao meu lado, ao longo desses anos, contribuindo para a pesquisa clínica, mas principalmente por estarem ao meu lado no momento em que mais precisei e por me ensinarem a ser uma pessoa melhor.

Ao grupo de pesquisa do PROTAN.

Ao estatístico Luciano Guimarães pela colaboração e paciência.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Aos professores, colegas e secretários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo convívio e pela oportunidade.

Ao Centro de Pesquisa Clínica do HCPA, local onde realizamos as avaliações dos pacientes. Em especial às secretárias Andrea Rambo e Eloisa Medeiros pelo auxílio e acolhimento na recepção dos pacientes.

À Unidade Básica de Saúde Santa Cecília e sua equipe por tornarem possível a realização dos grupos de terapia cognitivo-comportamental.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFRGS da área de Saúde Mental e a todos os meus alunos, obrigada pela motivação e pelo companheirismo.

Ao Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Aos meus pais, irmão e cunhada, por estarem sempre presentes em minha vida.

Ao meu esposo (*in memoriam*), meu maior incentivador. Obrigada por tudo!

Aos meus filhos, obrigada pela compreensão e pelo apoio! Deixo para vocês um exemplo de resiliência e a busca por estratégias de *coping* adaptativas. Amo vocês!

Aos pacientes que tornaram possível esse trabalho com a sua colaboração. Meu respeito e minha gratidão!

Aos amigos e parentes que estiveram ao meu lado, em especial à família Algeri pelo carinho, amparo e generosidade.

RESUMO

WESNER, Ana Cristina Viana. **Avaliação de resposta ao acréscimo de estratégias de *coping* e resiliência na terapia cognitivo-comportamental em grupo para paciente com transtorno de pânico.** 2018. 116f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

O transtorno de pânico (TP) é uma condição crônica e recorrente, acompanhada por sintomas físicos e cognitivos que causam prejuízos à qualidade de vida e ao funcionamento psicossocial dos pacientes. Apesar do tratamento eficaz com medicamentos e terapia cognitivo-comportamental (TCC), a recaída dos sintomas é frequente. A falha de enfrentamento ou *coping* de eventos estressores tem sido apontada como um gatilho desse desfecho. O protocolo atual de 12 sessões de TCC em grupo (TCCG) é específico para sintomas do TP, não abordando estratégias cognitivas de *coping* e de resiliência. O objetivo desta pesquisa foi o de avaliar a resposta em curto prazo ao acréscimo de estratégias de *coping* e de resiliência ao protocolo padrão de TCCG para o TP. Trata-se de um estudo de método misto, desenvolvido em duas etapas: primeiramente foi realizada uma pesquisa metodológica para o desenvolvimento e a avaliação da clareza de um protocolo com quatro sessões de TCCG, organizadas em um manual; a segunda etapa consistiu em um ensaio clínico controlado com pacientes com TP alocados aleatoriamente no grupo intervenção (TCCG padrão mais o acréscimo de quatro sessões de intervenções com técnicas cognitivas de estratégias de *coping* e resiliência) ou para o grupo controle (TCCG padrão). A gravidade dos sintomas do TP foi mensurada antes e depois da TCCG. Para identificar as estratégias de *coping* e de resiliência, foram aplicados o Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC) e a Escala de Resiliência, respectivamente. A qualidade de vida (QV) foi avaliada pela WHOQOL-bref. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 140379). Após a elaboração do manual, um grupo-piloto de sete pacientes avaliou as quatro sessões e contribuiu com sugestões para a versão final. Na sequência, realizou-se o ensaio clínico com 100 pacientes selecionados e alocados 50 para cada grupo. Um total de 36 (72%) do grupo intervenção e 29 (58%) do controle concluiu as sessões de TCCG. Observou-se que ambos os grupos apresentaram melhora significativa dos sintomas do TP ao longo do tempo em todas as medidas de desfecho, porém sem interação tempo*grupo. Após a TCCG, os sintomas de ansiedade ($p_{\text{grupo}}=0,016$), depressão ($p_{\text{grupo}}=0,025$) e uso de benzodiazepínicos ($p_{\text{tempo*grupo}}<0,001$) foram significativamente menores no grupo intervenção do que no grupo controle. Houve mudança significativa positiva nas estratégias de *coping* mais adaptativas e em todos os domínios da qualidade de vida ($p_{\text{tempo}}<0,001$), embora sem diferença entre os grupos. Exceto para o domínio meio ambiente o aumento foi significativo considerando-se a interação tempo*grupo ($p_{\text{tempo*grupo}}=0,027$). A resiliência apresentou um aumento significativo após a TCCG no grupo intervenção ($p_{\text{grupo}}=0,041$), com interação tempo*grupo ($p_{\text{tempo*grupo}}=0,027$). Portanto, confirmou-se a efetividade da TCCG para melhora dos sintomas do TP, e adicionar as sessões ao protocolo padrão de TCCG mostrou-se uma medida viável e efetiva para melhorar a capacidade de resiliência e de aspectos da qualidade de vida dos pacientes com TP. Contudo, são necessários estudos de seguimentos para que se verifique os efeitos da intervenção em desfechos do TP como recaída.

Palavras-chave: Transtorno de pânico. Estratégias de *coping*. Resiliência. Qualidade de vida. Terapia cognitivo-comportamental em grupo.

ABSTRACT

WESNER, Ana Cristina Viana. **Assessment of response to additional coping and resilience strategies in cognitive-behavioral group therapy for patients with panic disorder.** 2018. 116f. Doctoral Thesis (Doctoral Program in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Panic disorder (PD) is a chronic, recurrent condition characterized by physical and cognitive symptoms that are harmful to patients' quality of life (QOL) and psychosocial functioning. Despite the efficacy of drug treatment and cognitive-behavioral therapy (CBT), symptom relapse is common. Failure to cope with stressful events has been reported as a trigger for this outcome. The protocol with 12 sessions of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) currently used for PD symptoms does not include coping and resilience strategies. This study aimed to assess short-term response to the addition of coping and resilience strategies to the standard CBGT protocol for PD. This mixed methods research was conducted in two phases: first, a methodological research was performed to develop and assess the clarity of a protocol with four CBGT sessions, organized in a handbook; second, a controlled trial was performed, in which patients with PD were randomly allocated to an intervention group (standard CBGT plus four sessions using cognitive techniques for coping and resilience) or a control group (standard CBGT). PD symptom severity was measured before and after CBGT. The Coping Strategies Inventory (CSI) and the Resilience Scale were used to identify coping and resilience strategies, respectively. QOL was assessed using the WHOQOL-bref. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (protocol no. 140379). After the handbook was prepared, a pilot group of seven patients evaluated the four additional sessions and contributed with suggestions for the final version. The clinical trial was then conducted with 100 selected patients (50 patients in each group). Thirty-six (72%) patients in the intervention group and 29 (58%) controls completed the CBGT sessions. Both groups showed a significant improvement in PD symptoms in all outcome measures over time, but with no time*group interaction. After the CBGT sessions, anxiety symptoms ($p_{\text{group}}=0.016$), depression ($p_{\text{group}}=0.025$), and use of benzodiazepines ($p_{\text{time*group}}<0.001$) significantly decreased in the intervention group compared to the control group. There was a significant positive change in the more adaptive coping strategies and in all QOL domains ($p_{\text{time}}<0.001$), but with no between-group difference. Except for the environment domain, there was a significant increase considering time*group interaction ($p_{\text{time*group}}=0.027$). Resilience showed a significant increase after CBGT in the intervention group ($p_{\text{group}}=0.041$), with time*group interaction ($p_{\text{time*group}}=0.027$). Therefore, the effectiveness of CBGT in improving PD symptoms was confirmed, and adding sessions to the standard CBGT protocol proved to be a feasible and effective measure to improve resilience and QOL aspects in patients with PD. However, follow-up studies are required to assess the effects of the intervention on PD outcomes such as relapse.

Keywords: Panic disorder. Coping strategies. Resilience. Quality of life. Cognitive-behavioral group therapy.

RESUMEN

WESNER, Ana Cristina Viana. **Evaluación de respuesta a la adición de estrategias de *coping* y resiliencia en la terapia cognitivo-conductual en grupo para pacientes con trastorno de pánico.** 2018. 116f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

El trastorno de pánico (TP) es una condición crónica y recurrente, acompañada de síntomas físicos y cognitivos que perjudican la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial del paciente. Pese al tratamiento eficaz con medicamentos y terapia cognitivo-conductual (TCC), la recurrencia de los síntomas es frecuente. La falla de afrontamiento o *coping* de eventos estresores ha sido apuntada como un disparador de este desenlace. El protocolo actual de 12 sesiones de TCC en grupo (TCCG) es específico para síntomas de TP y no trata de estrategias cognitivas de *coping* y de resiliencia. El objetivo de esta investigación fue evaluar la respuesta a corto plazo a la adición de estrategias de *coping* y de resiliencia al protocolo estándar de TCCG para TP. Se trata de un estudio con método mixto, desarrollado en dos etapas: primeramente, se realizó una investigación metodológica para el desarrollo y la evaluación de la claridad de un protocolo con cuatro sesiones de TCCG, organizadas en un manual; la segunda etapa consistió en un ensayo clínico controlado con pacientes con TP asignados aleatoriamente al grupo intervención (TCCG estándar más cuatro sesiones de intervención con estrategias cognitivas de *coping* y resiliencia) o al grupo control (TCCG estándar). Se midió la gravedad de los síntomas de TP antes y después de la TCCG. Para identificar las estrategias de *coping* y de resiliencia, se aplicó el Inventario de Estrategias de *Coping* (IEC) y la Escala de Resiliencia, respectivamente. La calidad de vida (CV) se evaluó por la WHOQOL-bref. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Hospital de Clínicas de Porto Alegre (no. 140379). Tras la elaboración del manual, un grupo-piloto de siete pacientes evaluó las cuatro sesiones y contribuyó con sugerencias para la versión final. A continuación, se realizó el ensayo clínico con 100 pacientes seleccionados y asignados en número de 50 para cada grupo. Un total de 36 (72%) pacientes del grupo intervención y 29 (58%) del grupo control concluyeron las sesiones de TCCG. Se observó que ambos grupos tuvieron una mejora significativa de los síntomas de TP a lo largo del tiempo en todas las medidas de desenlace, pero sin interacción tiempo vs. grupo. Tras la TCCG, los síntomas de ansiedad ($p_{\text{grupo}}=0,016$), depresión ($p_{\text{grupo}}=0,025$) y uso de benzodiazepínicos ($p_{\text{tiempo*grupo}}<0,001$) fueron significativamente menores en el grupo intervención que en el grupo control. Hubo un cambio significativo positivo en las estrategias de *coping* más adaptativas y en todos los dominios de CV ($p_{\text{tiempo}}<0,001$), pero sin diferencia entre los grupos. Excepto para el dominio medio ambiente, el aumento fue significativo, considerándose la interacción tiempo vs. grupo ($p_{\text{tiempo vs. grupo}}=0,027$). La resiliencia presentó un aumento significativo tras la TCCG en el grupo intervención ($p_{\text{grupo}}=0,041$), con interacción tiempo vs. grupo ($p_{\text{tiempo vs. grupo}}=0,027$). Así, se confirmó la efectividad de la TCCG para mejora de los síntomas de TP, y añadir las sesiones al protocolo estándar de TCCG se mostró una medida viable y efectiva para mejorar la capacidad de resiliencia y de aspectos de CV de los pacientes con TP. Sin embargo, son necesarios estudios de seguimiento para que se verifiquen los efectos de la intervención en desenlaces de TP como recurrencia.

Palabras-clave: Trastorno de pánico. Estrategias de *coping*. Resiliencia. Calidad de vida, terapia cognitivo- conductual en grupo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Ciclo cognitivo do medo para o transtorno de pânico. | 23 |
| Figura 2 | Fluxo da amostra incluída no estudo. | 40 |
| Quadro 1 | Protocolo de TCC para o grupo controle. | 41 |
| Quadro 2 | Sessões adicionais ao protocolo de TCC padrão para o grupo intervenção. | 42 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Características sociodemográficas, clínicas e de gravidade dos sintomas: comparação entre grupo intervenção e controle antes da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG). | 48 |
| Tabela 2 | Resultado da TCCG considerando a gravidade dos sintomas e o uso de medicações, comparando os grupos intervenção e controle. | 50 |
| Tabela 3 | Resultado das estratégias de <i>coping</i> : comparação entre os grupos intervenção e controle antes e depois da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG). | 52 |
| Tabela 4 | Resultado dos domínios da qualidade de vida e resiliência: comparação entre os grupos intervenção e controle antes e depois da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG). | 53 |
| Tabela 5 | Preditores sociodemográficos, clínicos e psicossociais para resiliência e qualidade de vida após a TCCG. | 55 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| ADTs | Antidepressivos Tricíclicos |
| BAI | Inventário de Ansiedade de Beck |
| BDI | Inventário de Depressão de Beck |
| BDZs | Benzodiazepínicos |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CGI | Impressão Clínica Global |
| CO ₂ | Dióxido de Carbono |
| DP | Desvio Padrão |
| GABA | Ácido Aminobutírico |
| GEE | Generalized Estimating Equations |
| HAM-A | Hamilton-Ansiedade |
| HCPA | Hospital de Clínicas de Porto Alegre |
| IC | Intervalo de Confiança |
| IEC | Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> |
| IMAOs | Inibidores da Monoaminoxidase |
| IRSNs | Inibidores de Receptação da Serotonina e Noradrenalina |
| ISRSs | Inibidores Seletivos da Receptação da Serotonina |
| MINI | Mini International Neuropsychiatric Interview |
| PDSS | Panic Disorder Severity Scale |
| PROTAN | Programa de Transtornos de Ansiedade |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| TCC | Terapia Cognitivo-Comportamental |
| TCCG | Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TE | Tamanho de Efeito |
| TP | Transtorno de Pânico |
| WHOQOL-Bref | World Health Organization Quality of Life-Bref Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 Objetivo Geral | 17 |
| 2.2 Objetivos específicos | 17 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 18 |
| 3.1 Transtorno de Pânico | 18 |
| 3.2 Terapia Cognitivo-Comportamental | 22 |
| 3.2.1 Eficácia e efetividade da TCC | 25 |
| 3.2.2 Preditores de resposta | 28 |
| 3.3 Estratégias de <i>Coping</i> | 30 |
| 3.4 Resiliência | 33 |
| 3.5 Construção de Protocolos e Manuais | 36 |
| 4 MÉTODOS | 38 |
| 4.1 Etapa 1: Desenvolvimento do Manual | 38 |
| 4.2 Etapa 2: Ensaio Clínico Controlado | 39 |
| 4.3 Intervenção | 40 |
| 4.4 Instrumentos de Avaliação | 43 |
| 4.5 Logística do Estudo | 44 |
| 4.6 Análise Estatística | 45 |
| 4.7 Considerações Éticas | 45 |
| 5 RESULTADOS | 46 |
| 5.1 Avaliação do Manual de Intervenção | 46 |
| 5.2 Resultado do Ensaio Clínico Controlado | 47 |
| 5.3 Preditores de Resposta | 54 |
| 6 DISCUSSÃO | 56 |
| 7 CONCLUSÃO | 60 |
| REFERÊNCIAS | 61 |
| APÊNDICE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 69 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE B Protocolo de Pesquisa | 70 |
| APÊNDICE C Manual de Intervenção | 74 |
| ANEXO A Escala Hamilton de Ansiedade (HAM-A) | 102 |
| ANEXO B Impressão Clínica Global (CGI) | 103 |
| ANEXO C Escala de Gravidade do Transtorno de Pânico (PDSS) | 104 |
| ANEXO D Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) | 107 |
| ANEXO E Inventário de Depressão de Beck (BDI) | 108 |
| ANEXO F Inventário de Estratégia de <i>Coping</i> | 110 |
| ANEXO G WHOQOL-breve | 112 |
| ANEXO H Escala de Resiliência | 114 |
| ANEXO I Carta de Aprovação do Projeto | 116 |

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques espontâneos e recorrentes de ansiedade, acompanhados por sintomas físicos e cognitivos que produzem preocupações persistentes quanto à integridade física e mental, causando modificações importantes de comportamento devido ao medo da ocorrência de um novo ataque⁽¹⁾.

É uma doença de curso crônico, podendo afetar 3,8% da população em geral ao longo da vida^(1,2). Está associado a um alto custo social, uma vez que os indivíduos com TP apresentam diminuição da produtividade e ocupam frequentemente serviços de saúde pública, como emergências, consultas médicas e exames⁽³⁻⁵⁾.

Alterações neurobiológicas^(6,7) e psicossociais⁽⁸⁾ têm sido descritas na etiologia e na manutenção dos sintomas do TP. Existem também estudos que relacionam circunstâncias estressoras com o primeiro ataque de pânico^(9,10) com a maior gravidade dos sintomas, com o neuroticismo⁽¹¹⁾ e com déficits de processamento emocional no enfrentamento desses eventos⁽¹²⁾. Por exemplo, eventos de vida negativo, como perdas ou doença grave de pessoa significativa ou da própria pessoa, separações ou conflitos interpessoais intensos, são relatados como condições precipitadoras do TP⁽⁹⁾.

O tratamento precoce do TP é essencial para diminuir o sofrimento e os prejuízos causados pelo transtorno, prevenir o surgimento de comorbidades ou outras complicações, assim como minimizar o alto custo social⁽¹³⁾. A terapia farmacológica tem sido usada como primeira escolha no tratamento, apresentando eficácia comprovada no alívio da sintomatologia⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido apontada também como primeira escolha entre as terapias devido às evidências de boa resposta em curto^(17,18) e longo prazo⁽¹⁹⁾, principalmente em relação aos sintomas residuais e, muitas vezes, persistentes do TP, como a ansiedade antecipatória e a evitação fóbica.

A TCC tem como foco o papel do medo, das sensações corporais, das cognições catastróficas e da conduta evitativa na gênese e na manutenção desse transtorno. Os pacientes apresentam a tendência de interpretar catastroficamente as sensações corporais, aumentando a ansiedade e, assim, a possibilidade para um novo ataque de pânico. A TCC para o TP caracteriza-se por ser breve, entre 12 a 15 sessões estruturadas, com objetivos claros a serem atingidos, podendo ser aplicada individualmente ou em grupo. É prática e envolve tarefas específicas. O papel tanto do paciente quanto do terapeuta é ativo⁽²⁰⁾.

O protocolo atual de TCC em grupo (TCCG) utilizado no Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é específico para sintomas do TP, focado na reestruturação cognitiva, na exposição interoceptiva e ao vivo, na respiração abdominal e no relaxamento muscular⁽²¹⁾. Os resultados de estudos em nosso meio, que avaliou a resposta as 12 sessões de TCCG para TP, demonstraram que o protocolo foi eficiente como um próximo passo para pacientes considerados resistentes à medicação⁽¹⁷⁾ e que a melhora também se manteve ao longo do tempo⁽¹⁹⁾. Entretanto, a presença de sintomas residuais de ansiedade e a ocorrência de eventos estressores de vida recentes foram fatores preditores de recaída do TP após dois anos de TCCG⁽²²⁾. Como recomendação, o estudo apontou para a possibilidade de adicionar estratégias de *coping* ao protocolo atual a fim de lidar com eventos estressores.

Até o momento poucos estudos correlacionam a influência de eventos estressores e o enfrentamento dessas situações com a resposta ao tratamento do TP⁽²³⁻²⁵⁾. Um estudo prévio identificou que os portadores de TP usam estratégias de enfrentamento menos efetivas e adaptadas quando comparados a um grupo controle de indivíduos sem transtorno psiquiátrico⁽²⁶⁾. Outro estudo mais recente demonstrou que a TCCG, além de ser efetiva na redução dos sintomas do TP, também diminuiu significativamente o uso da estratégia de *coping* de confronto e de fuga e esquiva em relação ao início do tratamento⁽¹⁸⁾. Além disso, o uso de estratégias mais adaptativas no final da TCCG estava correlacionado à diminuição da ansiedade antecipatória e de ataques de pânico. Contudo, comparado ao grupo controle sem transtorno mental, os pacientes com resposta positiva a TCCG padrão continuavam utilizando estratégias de *coping* significativamente menos adaptadas ao estresse⁽¹⁸⁾.

Outra possibilidade para superar crises e obstáculos é desenvolver resiliência, compreendida como uma competência à adaptação individual para ultrapassar com sucesso o estresse e as adversidades⁽²⁷⁻²⁹⁾. A resiliência é percebida como um processo, ou seja, a habilidade de enfrentar as crises pode ser aprendida e estimulada por meio da redução do impacto do risco e do fortalecimento da autoestima e da autoeficácia^(30,31). De acordo com estudos, as técnicas cognitivas e comportamentais podem ser eficazes para a promoção da resiliência⁽³²⁻³⁴⁾, embora não tivessem sido testadas em pacientes com TP.

Assim, foi realizada uma pesquisa para avaliar o efeito de quatro sessões de reforço com técnicas de *coping* (resolução de problemas) e de resiliência comparado ao grupo controle que recebeu duas sessões de hábitos de vida saudável após um ano ou mais ao término da TCCG para o TP. Os resultados demonstraram melhora significativa dos sintomas do TP, da ansiedade e de depressão em ambos os grupos, considerando-se o desfecho tempo.

Não houve diferença significativa no uso das estratégias de *coping*, porém os níveis de resiliência aumentaram e foram dependentes dos sintomas do TP, da ansiedade e da depressão, isto é, quanto menor a intensidade dos sintomas, maior foram os níveis de resiliência na avaliação final⁽²⁵⁾. Portanto, considerando que a pesquisa baseou-se em sessões de reforço após um ano da TCCG, estudos que investiguem a adição de técnicas cognitivas de *coping* e de resiliência durante as 12 sessões TCCG padrão ainda precisam ser realizados.

A presente pesquisa pretende avaliar a eficácia da intervenção com o acréscimo de quatro sessões de estratégias de *coping* e de resiliência a partir da 12ª sessão de TCCG para TP (totalizando 16 sessões), comparando ao grupo controle, que receberá o protocolo padrão com 12 sessões de TCCG.

A motivação para realizar pesquisas em TCCG para TP deve-se à participação no Grupo de Pesquisa do PROTAN-HCPA desde 2008. O interesse por essa área de estudo surgiu ao atuar como enfermeira em um hospital geral no serviço de emergência, onde foi possível observar o impacto social e a procura por serviços de saúde devido ao TP.

Estudos demonstram que a atuação do enfermeiro nessa área vem aumentando, evidenciando bons resultados na promoção da saúde mental, nos serviços de atenção primária e na relação custo-benefício^(35,36). O enfermeiro vem exercendo um importante papel nas intervenções psicossociais como coordenador de grupos, desenvolvendo atividades como psicoeducação, intervenções cognitivas e comportamentais, prevenção de resposta, técnica de solução de problemas, treinamento de habilidades sociais e de aconselhamento⁽³⁷⁾.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a resposta em curto prazo ao acréscimo de estratégias de *coping* e de resiliência ao protocolo padrão de TCCG para o TP.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a elaboração do manual de quatro sessões com estratégias de *coping* e de resiliência em um grupo-piloto.
- Avaliar o efeito das estratégias de *coping* e de resiliência sobre os sintomas do TP, a qualidade de vida, o *coping* e a resiliência, comparado ao grupo controle de TCCG padrão.
- Verificar os preditores sociodemográficos, clínicos e psicossociais de resposta às sessões de TCCG.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Transtorno de Pânico

O transtorno de pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade, espontâneos e recorrentes, que seguem, durante pelo menos um mês, pela preocupação persistente em relação a ter um novo ataque (ansiedade antecipatória), por suas consequências (medo de morrer, perder o controle ou enlouquecer) e por uma significativa alteração comportamental em função dos ataques (busca por atendimento em serviços de emergência ou clínicas médicas)^(1,3).

Esse transtorno é frequentemente complicado por agorafobia, caracterizada por evitação fóbica de locais ou de situações em que previamente ocorreu um ataque de pânico ou de onde é difícil escapar (ambientes com multidões, cinemas, shoppings e lugares abertos, entre outros) ou obter ajuda no caso de ocorrer um novo ataque⁽¹⁾.

Os sintomas físicos e cognitivos apresentados durante esses episódios incluem palpitações, sudorese, tremores ou abalos, sensação de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, calafrios ou ondas de calor, parestesias, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer⁽¹⁾.

O TP é uma doença de curso crônico, mas apresenta oscilações com sintomatologia grave, períodos de remissão e recaída, podendo afetar 3,8% da população ao longo da vida e manifestar uma frequência de 2,4% em 12 meses^(2,38). Estudos epidemiológico estimam um risco de morbidade de 6,7 a 6,8% ao longo da vida^(2,39). Indivíduos do sexo feminino são afetados mais comumente do que os do sexo masculino, em uma razão em torno de 2:1. Em geral, manifesta-se no final da adolescência ou no início da vida adulta, quando definições e escolhas de vida são processadas^(1,4,13).

A prevalência de comorbidades psiquiátricas com o TP é elevada. Os pacientes apresentam ao menos uma comorbidade psiquiátrica em 100% dos casos diagnosticados com TP com agorafobia e 83,1% em casos com TP sem agorafobia. Em relação ao TP com agorafobia, 93,6% dos pacientes apresentam pelo menos um transtorno de ansiedade; 73,3% algum transtorno de humor; 59,5% algum transtorno de controle de impulso e 37,3% têm diagnóstico de abuso ou dependência de substâncias. Em relação ao TP sem agorafobia, 66% apresentam ao menos um transtorno de ansiedade; 50% algum transtorno de humor; 47,2%

algum transtorno de controle de impulso e 27% têm diagnóstico de abuso ou dependência de substância⁽¹³⁾.

O TP é considerado um problema de saúde pública, visto que está associado a um alto custo social devido ao prejuízo funcional relacionado a situações como baixa produtividade, absenteísmo e utilização de diversos serviços de saúde, como serviços de emergência, clínicas médicas, unidade básica de saúde, exames laboratoriais e procedimentos para realizar o diagnóstico diferencial⁽³⁻⁵⁾.

A etiologia do TP é considerada complexa, devido à interação de aspectos biológicos, psicossociais, ambientais e fatores estressantes. Em relação aos aspectos biológicos, o TP é considerado um transtorno hereditário, sendo que parentes de primeiro grau de indivíduos com TP apresentam risco de 5 a 16% de também desenvolvê-lo; entre gêmeos, a prevalência é estimada em 28 a 43%⁽⁴⁰⁾. Além disso, o TP de início precoce parece aumentar com a agregação familiar, sendo que, o risco de TP entre parentes de primeiro grau é 17 vezes maior quando ocorre antes dos 20 anos e seis vezes maior quando ocorre após os 20 anos⁽⁴⁰⁾.

Segundo a hipótese do modelo neuroanatômico, os ataques de pânico se originariam de uma disfunção na rede cerebral do medo, que integra estruturas do tronco encefálico, a amígdala e os hipotálamos medial e cortical⁽⁶⁾. As informações que coordenam respostas autonômicas e comportamentais ocorrem a partir do núcleo da amígdala e são disseminadas por conexões eferentes. Assim, as informações alcançariam o núcleo parabraqueal, produzindo o aumento da frequência respiratória, enquanto o núcleo lateral do hipotálamo ativaria o sistema nervoso simpático, causando ativação autonômica e descarga simpática. O *locus coeruleus*, por sua vez, aumentaria a liberação de norepinefrina, contribuindo para um aumento da pressão sanguínea e da frequência cardíaca, bem como da resposta comportamental ao medo. O núcleo paraventricular do hipotálamo provocaria um aumento na liberação de adrenocorticoides.

Uma projeção que vai do núcleo central da amígdala até a substância cinzenta pariaquedutal é responsável por respostas comportamentais adicionais, como a evitação fóbica. Além disso, há conexões recíprocas entre a amígdala e o tálamo sensorial, o córtex pré-frontal ínsula e o córtex somatossensorial primário, o que permite que a amígdala receba aferências de regiões corticais envolvidas no processamento e na avaliação de informações sensoriais. Contudo, um déficit neurocognitivo nessas vias de processamento corticais pode resultar em interpretação errônea de informações sensoriais, provocando uma ativação inapropriada da rede de medo através de estímulos excitatórios equivocados para a amígdala⁽⁶⁾.

Outras pesquisas relacionadas à etiologia do TP consideram as alterações dos sistemas noradrenérgico, serotoninérgico e gabaérgico^(41,42). Os neurônios serotoninérgicos têm origem na região da rafe do tronco cerebral e projetam-se amplamente por todo o sistema nervoso central. A projeção da serotonina nos neurônios para o *locus coeruleus* é, geralmente, inibitória e diminui a atividade dos neurônios noradrenérgicos, enquanto na região da substância cinzenta periaquedutal parece modificar o comportamento de luta ou fuga⁽⁶⁾. Os receptores do ácido aminobutírico (GABA) e benzodiazepínicos (BDZs) têm sido implicados em processos inibitórios neurais e estão envolvidos tanto na patogênese quanto no tratamento da ansiedade⁽⁴¹⁾. Foi observado um aumento no sítio de ligações de BZDs no córtex temporal e no giro frontal lateral direito, assim como uma diminuição de sítios de ligação no hipocampo esquerdo em pacientes com TP sem uso de medicamentos⁽⁴³⁾. Em estudos com espectroscopia por ressonância magnética, foram encontradas baixas concentrações do neurotransmissor GABA em regiões corticais frontais e temporais⁽⁴²⁾.

Também há evidências da ocorrência de ataques de pânico induzidos pela administração de lactato de sódio⁽⁴⁴⁾ e pela inalação de dióxido de carbono (CO₂)⁽⁴⁵⁾. Estudos apontam que os indivíduos com TP não respondem à administração do lactato da mesma maneira que os indivíduos saudáveis. Em indivíduos saudáveis, ocorre um aumento global do fluxo sanguíneo, ao passo que no indivíduo com TP o fluxo sanguíneo aumenta minimamente ou até mesmo diminui⁽⁴⁶⁾. Esse padrão é interpretado como vasoconstrição devido à hipocapnia (redução de CO₂ no sangue) induzida pela hiperventilação. No entanto, esse fenômeno persiste mesmo após a correção da hipocapnia^(6, 46). A inalação de CO₂ a 35% induz o ataque de pânico em indivíduos com TP, mas não em indivíduos saudáveis⁽⁴⁷⁾. Isso ocorre porque o CO₂ estimula o *locus coeruleus* e aumenta a atividade da noradrenalina.

Estudos relacionados aos aspectos psicossociais demonstraram associação entre experiências traumáticas na infância e o desenvolvimento do TP na vida adulta^(9,48,49). Eventos estressantes na vida adulta também estão associados ao desenvolvimento do TP^(9,10). Desse modo, evidências clínicas indicam que os ataques de pânico são precedidos de fatores estressantes, ou seja, eventos negativos de vida, como perdas, doenças de pessoas significativas ou da própria pessoa, separação, divórcio, conflitos domésticos, relações interpessoais conflituosas ou dificuldades financeiras, entre outros^(50,51).

Considerando-se as bases teóricas para a compreensão da etiologia do TP do ponto de vista psicológico, a hipótese cognitiva sugere que indivíduos com TP tendem a produzir interpretações catastróficas a partir de sensações corporais que podem ser produzidas ou não pela ansiedade. Por exemplo, indivíduos com TP interpretam negativamente as reações

fisiológicas devido ao processamento inadequado de informações oriundas de um estímulo externo (ruído, luminosidade, som) ou interno (sensação de taquicardia, sudorese, vertigem, formigamento, falta de ar). A excitação fisiológica funciona como um gatilho para as interpretações negativas desses estímulos, produzindo uma leitura de perigo iminente, o que dispara ou intensifica as sensações corporais e aumenta as interpretações catastróficas⁽⁵²⁾.

A teoria da sensibilidade propõe que alguns indivíduos apresentam vulnerabilidade à ansiedade e medo dos sintomas associados, em especial os sintomas somáticos. A suposição é centralizada na crença de que a ansiedade e os sintomas associados podem causar consequências nocivas à saúde física, psicológica e social^(53,54).

Outro modelo teórico pressupõe que o ataque de pânico inicial é um alarme falso que pode ser ativado quando ocorre a intensificação de eventos estressantes na vida de indivíduos com vulnerabilidades biológicas e/ou psicológicas. Dessa forma, um indivíduo suscetível a desenvolver o TP antecipa o próximo ataque de pânico; porém, como ele não consegue controlar ou prever o próximo ataque, permanece extremamente atento aos sintomas somáticos. A concepção de que um ataque de pânico represente uma ameaça pode fazer com que o indivíduo responda com medo exagerado à situação, que não consiste em um perigo real (denominado “alarme falso”). Com isso, ele rapidamente relaciona a emoção a uma reação de alarme, ainda que o perigo seja “falso”, dificultando a discriminação das ameaças reais das irreais. Quando esses alarmes (verdadeiros ou falsos) são incorporados a elementos internos e externos, denominam-se de “alarmes aprendidos”⁽⁸⁾.

Considerando-se a multifatorialidade da gênese do TP, as pesquisas sobre os diferentes aspectos mostram-se complementares. Por sua vez, a apresentação clínica também é heterogênea entre os pacientes. Nesse sentido, estudos têm proposto que há subtipos de TP baseado na manifestação de sintomas dos ataques de pânico (cardiorrespiratório, respiratório, não respiratório, autonômico/somático, cognitivo), no período do dia em que ocorre (noturno ou diurno), na idade de aparecimento (precoce ou tardio), no curso (limitado ou crônico) e no perfil interpessoal (não assertivo e dominador-intrusivo)⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾.

Em relação ao tratamento do TP, a terapia farmacológica tem sido usada como primeira escolha no tratamento, apresentando eficácia comprovada no alívio da sintomatologia. Entre as opções farmacológicas, estão os inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRSs), os antidepressivos tricíclicos (ADTs), os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), os inibidores de receptação da serotonina e noradrenalina (IRSNs) e os ansiolíticos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

A TCC para o TP também tem sido apontada como primeira escolha entre as terapias devido às evidências de boa resposta em curto e longo prazo^(17,19,58), principalmente nos sintomas residuais e, muitas vezes, persistentes da doença, como a ansiedade antecipatória e a evitação fóbica⁽⁵⁹⁾. No entanto, estudos demonstram que pacientes podem demorar em torno de uma década para iniciar o tratamento. As razões para o início tardio do tratamento⁽⁶⁰⁾ demonstram-se bastante diversificadas, as quais vão desde barreiras do sistema de saúde até restrições financeiras, sintomatologia, características da doença e incerteza sobre onde obter ajuda⁽⁶¹⁾.

De fato, o TP apresenta um curso crônico, com períodos de agudização, remissão e recaídas que costumam estar associadas a fatores e eventos estressantes de vida. Os indivíduos que apresentam sintomas residuais estão mais propensos a apresentar recaídas, mesmo após um período de remissão. Considerando-se sobretudo o início precoce do transtorno, a presença de agorafobia e outras comorbidades que estão associados a um pior prognóstico⁽⁶²⁻⁶⁴⁾, o tratamento do TP é essencial para diminuir o sofrimento e os prejuízos decorrentes do transtorno, para prevenir o surgimento de comorbidades ou outras complicações, assim como para minimizar o alto custo social^(13,38).

3.2 Terapia Cognitivo-Comportamental

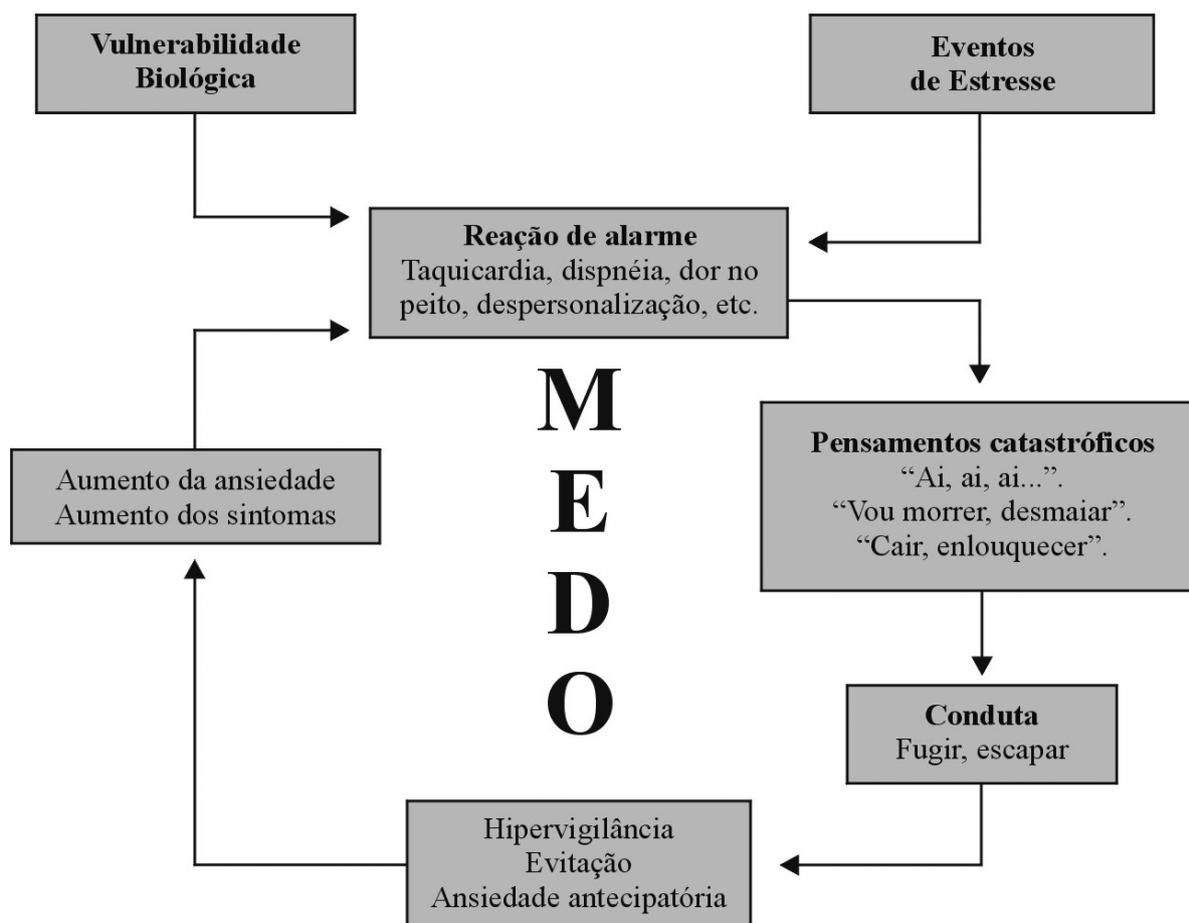
A TCC é uma modalidade de tratamento que pode ser realizada individualmente ou em grupo e que vem sendo utilizada em diferentes transtornos psiquiátricos. A TCC para o TP consiste em uma terapia breve com duração de 12 a 15 sessões estruturadas com objetivos bem definidos, é prática e baseia-se em tarefas⁽²⁰⁾. A principal finalidade da TCC é corrigir cognições mal-adaptadas que contribuam para a manutenção da doença, do sofrimento emocional e dos problemas comportamentais⁽⁶⁵⁾.

A TCC para o TP consiste em corrigir as interpretações catastróficas das sensações corporais e modificar o comportamento evitativo aprendido. As técnicas utilizadas na terapia abrangem psicoeducação, técnicas para o enfrentamento da ansiedade (respiração diafragmática e relaxamento muscular), reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e exposição *in vivo*^(21,66).

A psicoeducação é realizada nas sessões iniciais e consiste em fornecer informações, esclarecer dúvidas e realizar técnicas educativas para promover a compreensão do TP^(21,66). Nessa etapa, são abordadas informações referentes à ansiedade normal e patológica, dados epidemiológicos, fatores de risco e características da doença. De maneira educativa, terapeuta

e indivíduos com TP constroem esquematicamente uma representação sobre o ciclo da doença (Figura 1) para elucidar não só o papel do medo na causa e perpetuação da doença, mas também o uso de comportamentos desadaptados, como fuga, evitação e hipervigilância^(21,66).

Figura 1. Ciclo cognitivo do medo para o transtorno de pânico.



Fonte: Manfro; Heldt; Cordioli (2008).

Outro aspecto está relacionado à ansiedade que induz a padrões respiratórios inadequados, uma vez que a respiração tende a ser superficial, rápida e ofegante, o que conduz à hiperventilação e aos sintomas fisiológicos decorrentes do aumento significativo da oxigenação sanguínea, como tontura, sufocação e taquicardia, ou seja, sensações muito semelhantes ao ataque de pânico. Essa dinâmica pode ser evitada através da respiração diafragmática que é constituída de movimentos pausados, entre a inspiração e a expiração, para desacelerar a respiração. Para realizar essa técnica, é necessário utilizar os músculos do abdome (empurrando o abdome para fora enquanto inspira pelas narinas e contraindo-o

enquanto expira pela boca), evitando expandir o tórax. Inicialmente, essa técnica deve ser realizada na ausência de ansiedade, várias vezes ao dia, sentado ou deitado, a fim de observar o movimento abdominal e as pausas que são realizadas entre a inspiração e expiração. Recomenda-se a contagem até três entre cada uma das fases: inspiração, pausa, expiração e pausa para nova inspiração^(21,66).

A tensão muscular também desempenha um papel importante no aumento da ansiedade, provocando reações físicas como dores e parestesias. Esses efeitos podem ser minimizados através de uma técnica que compreende a prática de tensão (contração) e relaxamento muscular. Para realizar essa técnica, é necessário adotar uma postura confortável. Recomenda-se manter os olhos fechados para preservar o foco no exercício e na sensação de tensão e relaxamento. O tensionamento muscular deve ser progressivo, iniciando pelos pés, passando pelas pernas, pelo quadril, pelo abdome, pelas mãos, pelos braços, pelos ombros e pelo pescoço até chegar à face. Essa tensão é mantida por um período de 5 a 10 segundos e, então, relaxam-se todos os músculos ao mesmo tempo. Posteriormente, é importante manter em repouso por 10 a 15 segundos para perceber a diferença entre contração e relaxamento⁽⁶⁶⁾.

As interpretações distorcidas e catastróficas das sensações físicas da ansiedade, as crenças de desamparo e de incapacidade de sobreviver às crises são responsáveis pela manutenção do TP e pelas limitações infligidas à vida do paciente. Diante disso, faz-se necessária a reestruturação dos pensamentos catastróficos por meio de técnicas cognitivas. A identificação do pensamento automático distorcido e de crenças disfuncionais consiste em realizar registros de pensamentos e de interpretações geradas durante um ataque de pânico, exercício no qual o indivíduo deve perguntar-se: “O que passou pela minha cabeça naquela ocasião?”, “Como interpretei o que estava sentindo?”, quantificando o grau de ansiedade associado e o quanto acreditou neles naquele momento.

Posteriormente, estimula-se a identificação das distorções envolvidas nos pensamentos automáticos (catastrofização, generalização, exagero do risco, desqualificação do positivo) e nas crenças envolvidas (desamparo, incompetência). Também se utiliza a análise dos erros de lógica por meio do questionamento socrático, que abrange um exame das evidências que apoiam o pensamento automático e das evidências que são contrárias, como modo de descobrir novas alternativas para interpretar suas sensações físicas^(21,66).

No contexto cognitivo, também se explora a técnica de seta descendente ou descatastrofização. Para esse fim, é efetuada uma análise de possibilidades reais de que o pensamento catastrófico venha a concretizar-se. Para isso, o terapeuta realiza um exercício de questionamentos baseado em um sintoma físico sobre o qual o indivíduo tem uma

interpretação distorcida. Por exemplo, diante da possibilidade de desmaiar, questiona-se: “se isso acontecer, qual pode ser a consequência?”, “e daí?”, “o que de pior pode acontecer?” e “se acontecer o que você está pensando, você tem chances de sobreviver?”. Em seguida, as respostas são utilizadas para calcular a possibilidade de um evento desastroso ocorrer, maneira pela qual se pode corrigir um erro muito comum no TP, que é superestimar a possibilidade desses eventos^(21,66).

O uso de lembretes também é estimulado, sendo possível lembrar e reforçar as técnicas que foram trabalhadas na terapia e minimizar a ansiedade. Por exemplo, são utilizados lembretes com sentenças que estimulem o processamento cognitivo adaptado, tais como “A ansiedade vai passar em poucos minutos!”, “O que de pior pode acontecer?”, “Qual é a possibilidade de que isso venha a acontecer?”⁽⁶⁶⁾.

A exposição interoceptiva é uma técnica comportamental que visa corrigir a interpretação catastrófica dos sintomas físicos por meio de uma série de exercícios que provocam sintomas similares aos que ocorrem durante o ataque de pânico, como taquicardia, dispneia, tontura e despersonalização. Após as atividades desenvolvidas, avalia-se o nível de ansiedade assim como as sensações físicas provocadas são comparadas com as vivenciadas durante um ataque de pânico^(21,66).

Outra técnica comportamental utilizada é a exposição *in vivo*, que é empregada para superar a evitação fóbica, evidenciada por comportamento de fuga e esquiva de locais onde é difícil de escapar ou de obter ajuda. Para executar essa técnica, o paciente deverá elaborar uma lista de locais ou situações que são evitadas em razão de seus medos. Depois disso, elencará o grau de ansiedade que ele imagina que sentirá ao realizar o enfrentamento desses locais ou situações (locais com presença de muitas pessoas, locais fechados, ficar sozinho, locais onde já ocorreu um ataque de pânico). O enfrentamento deverá iniciar pelas situações que potencialmente irão gerar um grau menor de intensidade da ansiedade, aumentando-se o grau de dificuldade no transcorrer das exposições subsequentes, seguindo, assim, uma hierarquia^(21, 66).

3.2.1 Eficácia e efetividade da TCC

A precisão da eficácia e da efetividade da TCC varia conforme o delineamento e a análise dos dados empregados⁽⁶⁷⁾. Uma meta-análise examinou cinco estudos acerca da eficácia da TCC no TP com estudos randomizados duplo-cego controlados com placebo e encontrou um tamanho de efeito (TE) de 0,35 (IC 95%=0,04-0,65), considerado de baixo a

moderado⁽⁶⁵⁾. No entanto, esse dado difere de muitos estudos que mostram TE grande da TCC para TP⁽⁶⁸⁾. É importante ainda atentar ao tipo de análise e correções utilizadas para estabelecer a magnitude do TE nas meta-análises⁽⁶⁷⁾, as quais são cada vez mais difundidas para sintetizar as informações.

A efetividade dos tratamentos psicológicos é uma medida que se aplica menos ao rigor dos quadros científico, embora essa medida possa expressar um dado mais fidedigno sobre os ganhos do tratamento na vida real. Todavia, requer superar os desafios relacionados às possibilidades metodológicas em contextos de tratamento naturalísticos e menos controladas. Duas meta-análises com esse intuito indicaram TE grande – entre 0,93⁽⁶⁹⁾ e 1,01⁽⁷⁰⁾ – para a melhora de sintomas específicos do TP em tratamentos usuais de TCC em seus contextos reais. A taxa de desistência estimada foi de 17,5% para o tratamento em condições naturalísticas⁽⁶⁹⁾ e de 15,1% em ensaios clínicos de delineamentos variados⁽²³⁾.

A comparação entre as diferentes modalidades de tratamento, incluindo a TCC, apresentam resultados complexos⁽²¹⁾. O tratamento combinado entre TCC e farmacoterapia está amplamente aceito⁽⁷¹⁻⁷³⁾. A superioridade do tratamento combinado em relação à farmacoterapia isolada está estabelecida⁽⁷⁴⁾, mas a comparação com a TCC, sobretudo a longo prazo, segue com indicativos controversos⁽⁷⁵⁾.

Estudos mostraram que 70% dos pacientes de TCC permanecem sem ataques de pânico, contra 57% dos pacientes de farmacoterapia⁽⁷⁶⁾. Uma meta-análise avaliou diversas modalidades de tratamento em delineamento randomizado controlado e encontrou TE de 1,55 no tratamento combinado de TCC e fármaco para TP, enquanto a TCC apresentou 1,81 e os fármacos apresentaram TE entre 0,82 e 2,61⁽⁷⁵⁾, indicando a TCC como um tratamento altamente eficaz. Outro estudo apontou que pacientes tratados exclusivamente com TCC apresentaram uma taxa de melhora de 78% em comparação a 22% dos pacientes na condição controle⁽⁷⁰⁾. Ensaios clínicos randomizados comparando TCC e fármaco foram avaliados em outra meta-análise, mostrando TE favorável à TCC (0,50), calculado pela medida de diferença entre TCC e fármaco⁽⁷⁷⁾. O resultado foi semelhante ao encontrado em uma meta-análise anterior, que revelou TE de 0,68 na TCC, de 0,47 na farmacoterapia e de 0,56 no tratamento combinado⁽⁷⁶⁾.

Os estudos de longo prazo são mais escassos, havendo controvérsia sobre a maior efetividade da TCC nesse sentido, que poderia apresentar uma vantagem sobre a farmacoterapia na manutenção dos ganhos após o término do tratamento⁽⁷⁶⁾. Existe o entendimento de que a TCC apresenta condições de sustentar a melhora em longo prazo, devido às modificações definitivas decorrentes do aprendizado do paciente sobre a sua

concepção e o enfrentamento do medo^(78,79). No entanto, há poucos estudos controlados que amparam a superioridade da TCC a longo prazo em comparação à medicação⁽⁷⁵⁾, e a eficácia comparada entre os tratamentos na prevenção de recaídas é imprecisa⁽⁸⁰⁾.

Um ensaio clínico randomizado comparou TCC (21 sessões), ISRS (12 semanas) e tratamento combinado de TCC+ISRS, tendo acompanhado os resultados 6 e 12 meses após o término das intervenções. Todas as modalidades diminuíram significativamente a frequência dos ataques, embora a TCC tenha sido mais lenta no alcance dos resultados. As taxas de melhora foram mantidas após o término dos tratamentos farmacológicos, mas 14 participantes mantiveram o uso da medicação além do período do estudo e foram excluídos da amostra, que contou com 83 participantes finalizantes dos tratamentos. Um total de 51 participantes que utilizaram medicação (grupo ISRS e TCC+ISRS) cessaram o tratamento e mantiveram os ganhos, enquanto 14 seguiram com medicação após nove meses de tratamento, quando ocorreu o pós-teste⁽⁸¹⁾. Logo, nesse estudo, quem cessou a medicação não apresentou diminuição dos ganhos, ainda que o equivalente a 22% não tenha apresentado condições de finalizar o tratamento farmacológico. A dificuldade de descontinuidade de tratamento farmacológico para muitos pacientes é um problema há muito conhecido⁽⁷⁶⁾ e não pode ser desconsiderado.

Em um estudo realizado com a população brasileira, 60% (n=93) dos participantes apresentaram remissão após um ano do tratamento com TCC em grupo e fármaco e 41% (n=39) mantiveram a remissão após dois anos⁽²²⁾. Estudo com outra população (alemã) mostrou que um terço dos pacientes mantém sintomas residuais dois anos após a TCC⁽⁸²⁾. Ainda que diferentes, esses dados demonstram importante melhora e manutenção dos ganhos a longo prazo, indicando também que alguns pacientes não melhoram tanto quanto outros, mantendo os sintomas do TP.

Diferentes modalidades de TCC foram avaliadas quanto à manutenção da melhora dois anos após o tratamento. Um ensaio clínico randomizado com grupo controle de lista de espera que incluiu 100 participantes encontrou TE moderado na redução da frequência dos ataques de pânico (TE=0,48) para o tratamento em grupo e resultado muito grande na melhora global do paciente (TE=2,3). Não houve diferença significativa entre as modalidades de tratamento grupo, individual e breve a longo prazo⁽⁵⁸⁾. Embora existam indicativos de que a TCC apresente uma resposta mais lenta⁽⁸¹⁾, parece mostrar a melhor taxa de adesão^(23,76) e o melhor índice de custo-efetividade⁽⁸¹⁾.

3.2.2 Preditores de resposta

Constata-se, pelos achados apresentados, que, mesmo com a evolução dos tratamentos farmacológicos e psicológicos, alguns pacientes ainda são refratários a diferentes modalidades de tratamentos e de suas combinações^(23,83).

Diante disso, os pesquisadores vêm tentando compreender fatores que predisõem aos melhores resultados ou às respostas parciais nos tratamentos de TCC. Os aspectos que propiciam as respostas aos tratamentos psicoterápicos em geral podem ser divididos em três grupos: 1) variáveis relativas à técnica (peculiares aos procedimentos de cada abordagem); 2) variáveis concernentes à relação na terapia (relacionamento paciente-terapeuta; coesão no grupo terapêutico, etc.) e 3) variáveis relativas aos indivíduos participantes (singularidades do paciente e/ou do terapeuta, abrangendo aspectos como gravidade da doença, expectativas, capacidade de enfrentamento, entre outros)⁽⁸⁴⁾.

O efeito da variável terapeuta e paciente sobre a adesão e sobre os resultados da TCC individual (11 sessões) para o TP (com ou sem fármaco combinado) foi avaliado, controlando-se o fator confundidor gravidade dos sintomas. Foram 133 pacientes tratados por 17 terapeutas. Os resultados mostraram que a pessoa do terapeuta não interferiu nos resultados, enquanto a avaliação do paciente sobre a aliança terapêutica foi um preditor de melhora e de abandono do tratamento⁽⁸⁵⁾.

Uma revisão com 45 artigos apontou a agorafobia como o mais consistente preditor de pior resposta à TCC para TP, seguido pela baixa expectativa de mudança, pelo alto nível de prejuízo funcional e pela comorbidade com transtorno de personalidade do cluster C. Diversas outras variáveis entraram no estudo: algumas foram consistentemente não relacionadas (sexo, sensibilidade à ansiedade, comorbidade de eixo I, sintomas de ansiedade generalizada e depressão, credibilidade no tratamento, motivação e uso concomitante de medicação psicotrópica), ao passo que outras relações foram inconsistentes ou pouco estudadas⁽⁸⁶⁾.

A análise conjunta de estudos de longo prazo é de difícil interpretação. Apesar disso, o prejuízo no funcionamento e a percepção de saúde vulnerável foram reportados como preditores de pior resposta ao tratamento avaliada no *follow-up* em uma revisão que incluiu 19 estudos⁽⁸⁶⁾. A presença de sintomas residuais de ansiedade e a ocorrência de eventos estressores de vida recentes foram fatores preditores de recaída do TP após dois anos de TCC em grupo⁽²²⁾.

Estratégias para melhorar a resposta dos pacientes vêm sendo testadas. Por exemplo, a adição de nove sessões mensais de TCC ao tratamento prévio com essa abordagem apresentou

taxa de recaída de 5,2% após 21 meses em comparação a 18,4% no grupo controle⁽⁸⁷⁾. A melhora na responsividade foi avaliada com o acréscimo de oito sessões de terapia de aceitação e compromisso após TCC em 33 pacientes, os quais mostraram significativa vantagem na melhora do funcionamento e na sintomatologia comparados aos pacientes da lista de espera, com TE de médio a grande, mantido após seis meses⁽⁸⁸⁾.

O nosso grupo de pesquisa avaliou a resposta ao acréscimo de quatro sessões de reforço com técnicas cognitivas de estratégias de *coping*, resiliência e qualidade de vida após a TCC em um ensaio clínico controlado. Foi observada uma melhora significativa dos sintomas do TP, da ansiedade e da depressão em ambos os grupos, sendo atribuída aos fatores grupais, não concernentes à intervenção/técnica. Em relação às técnicas cognitivas de *coping* e de resiliência, o estudo demonstrou uma melhora no domínio das relações sociais da qualidade de vida no grupo intervenção, analisado ao longo do tempo, independentemente da diminuição dos sintomas. Por outro lado, os níveis de resiliência foram dependentes dos sintomas do TP, ansiedade e depressão, isto é, quanto menor a intensidade dos sintomas, maiores foram os níveis de resiliência, embora não tenha havido diferença entre os grupos intervenção e controle. A hipótese é de que os resultados principais desse estudo estejam relacionado a fatores terapêuticos do formato de grupo⁽²⁵⁾.

Um estudo recente com 16 indivíduos com TP que realizaram TCCG avaliou os fatores terapêuticos do grupo após cada sessão de terapia, totalizando 12 sessões e 192 observações. Os resultados demonstraram que os fatores terapêuticos variaram no decorrer das sessões, e os que aumentaram significativamente foram os seguintes: instilação de esperança ($p=0,030$), altruísmo ($p=0,006$), aprendizagem interpessoal ($p=0,005$), orientação ($p=0,010$), autocompreensão ($p=0,008$), identificação ($p=0,006$), reedição familiar ($p=0,034$) e fatores existenciais ($p=0,030$). Além disso, observou-se que os sintomas de ansiedade, depressão e sintomas específicos do pânico reduziram-se significativamente depois da TCCG, com TE grande. Em relação à interação entre a melhora dos sintomas e os fatores terapêuticos, verificou-se que ocorreu interação significativa entre o efeito do fator reedição familiar na melhora dos sintomas de ansiedade e depressivos e os sintomas específicos do pânico⁽⁸⁹⁾.

Considerando-se que fatores estressantes de vida são preditores de recaída⁽²²⁾, estudos sobre as estratégias de *coping* que potencialmente ajudarão os pacientes a enfrentar os períodos de estresse são escassos. Portanto, fazem-se necessários estudos que investiguem a adição de técnicas cognitivas de estratégias de *coping* durante a TCC, a relação entre resiliência e melhora no tratamento.

3.3 Estratégias de *Coping*

As estratégias de *coping* são definidas como “esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa”. A maneira como um indivíduo enfrenta situações estressantes varia ao longo do tempo⁽⁹⁰⁻⁹²⁾, já que o *coping* não configura um traço individual, mas sim um processo que envolve as características da pessoa e as condições presentes no ambiente, o qual contextualiza a situação específica de estresse⁽⁹³⁾.

Estudos multiculturais estimam que 15% da população de estudantes jovens adultos apresentam estratégias de *coping* insuficientes para lidar com o estresse^(94, 95). Esse fato, além de estar relacionado com prejuízos na saúde geral^(94, 96), indica que em torno de 10 a 15 % dos estudantes com *coping* insuficiente poderão apresentar um diagnóstico psiquiátrico diante do estresse⁽⁹⁵⁾. O *coping* é um importante mecanismo na área de saúde mental, existindo diferentes modelos para compreender esse complexo fenômeno. O modelo de Folkman e Lazarus⁽⁹⁰⁻⁹²⁾ foi o primeiro a ser substancialmente descrito e testado, dando origem à Escala Ways of *Coping*⁽⁹⁷⁾, versão brasileira, denominada de Inventário de Estratégias de *Coping*, de Savoia (1986)⁽⁹⁸⁾, que é um dos instrumentos mais utilizados em estudos sobre o assunto. Posteriormente, Carver et al. (1989)⁽⁹⁹⁾ modificam esse modelo, definindo *coping* disfuncional e criando a escala COPE, também muito utilizada nos meios de pesquisa⁽¹⁰⁰⁾.

Ambos os modelos estabelecem que estratégias de *coping* apresentam duas funções principais: a regulação das emoções ou do sofrimento (enfrentamento focado na emoção) e a gestão do problema que está causando sofrimento (enfrentamento focado no problema)⁽⁹⁹⁾. O modelo de Folkman e Lazarus estabelece que a avaliação da situação determina o processo de enfrentamento que se desenrolará. Contudo, a avaliação do problema sofre influência devido às particularidades da situação e do problema em si (se é uma ameaça, por exemplo, ou um desafio), assim como será influenciado pelas características do sujeito, incluindo a maneira como se apresentam suas emoções, as quais influenciam o julgamento da situação (e vice-versa). As emoções podem aumentar ou diminuir os processos de enfrentamento. Por exemplo, uma situação ameaçadora ou prejudicial provocará a ocorrência de emoções desagradáveis, como medo e ansiedade, as quais requerem regulação para que o enfrentamento focado no problema seja passível de ser realizado, sendo viabilizado por um estado interno tolerável⁽⁹³⁾. Quando a situação é avaliada como potencialmente modificável, seja pela ação, pela gestão ou pela alteração da relação do indivíduo com a fonte de estresse,

então o enfrentamento é focado no problema de maneira direta⁽¹⁰¹⁾.

A situação de estresse é analisada por um processo cognitivo que identifica o que está em jogo (avaliação primária) e quais são os recursos e as opções de enfrentamento que estão disponíveis (avaliação secundária)⁽¹⁰²⁾. Os processos de avaliação primária e secundária operam de forma interdependente, ou seja, se os recursos de enfrentamento forem adequados para lidar com uma ameaça, o grau de ameaça será diminuído. Por outro lado, um evento que a princípio pareça inofensivo pode tornar-se uma ameaça se os recursos de enfrentamento forem insuficientes para combater as demandas ambientais ou para superar constrangimentos pessoais. Assim, as emoções representam produtos de como as pessoas avaliam e interpretam os eventos e o ambiente. São, portanto, de importante valor diagnóstico, porque revelam como as pessoas pensam e gerenciam o que é importante no seu contexto particular. Quando a pessoa percebe que está no controle, eleva a intensidade de emoções positivas; quando o controle não é percebido ou não existe, eleva-se a intensidade de emoções desagradáveis⁽¹⁰³⁾.

De acordo com Folkman et al. (1986)⁽¹⁰¹⁾, as estratégias de *coping* são divididas em oito fatores⁽¹⁰¹⁾: confronto (utiliza a hostilidade para alterar a situação), afastamento (tentativa de esquecer ou criar uma perspectiva positiva sobre a situação), autocontrole (regula os próprios sentimentos e ações), suporte social (busca de informações, apoio emocional e suporte tangível), aceitação da responsabilidade (reconhecimento do próprio papel no problema), fuga e esquiva (escapar ou evitar a situação através de outras ações, como isolamento, abuso de substâncias, ingestão alimentar), reavaliação positiva (elabora um significado positivo concentrando-se no crescimento pessoal) e resolução de problemas (alterar a situação minimizando ou resolvendo o problema).

A escolha pela estratégia de *coping* é influenciada pela extensão com que a pessoa avalia a situação como mutável ou controlável em oposição ao imutável ou incontrolável. De acordo com a teoria, o enfrentamento adaptativo ocorre quando há um "ajuste" entre a escolha da estratégia de *coping* (focado no problema *versus* focado na emoção) e a "mutabilidade" da situação estressante. Ambas as formas de enfrentamento podem servir a múltiplas funções em praticamente todos os tipos de situações estressantes^(90,91).

No modelo de Folkman e Lazarus, o enfrentamento maladaptativo ocorre quando as pessoas reagem ao estresse modificável com as estratégias de *coping* focado na emoção, ou quando as pessoas reagem ao estresse imutável com as estratégias de *coping* focado no problema⁽¹⁰⁴⁾. Então, se um evento é avaliado como incontrolável quando na realidade ele é controlável, o enfrentamento focado no problema provavelmente não será utilizado, tendo como consequência perda ou dano. Outra espécie de incompatibilidade é quando um evento

incontrolável é avaliado como controlável. Nesse caso, o indivíduo é susceptível a utilizar o enfrentamento focado no problema, sem um resultado positivo, levando a sentimentos de frustração e decepção⁽¹⁰²⁾.

O modelo de *coping* proposto por Carver et al. (1989)⁽⁹⁹⁾ sugere uma categoria além das duas funções descritas por Folkman et al.⁽¹⁰¹⁾: o *coping* com foco na resolução do problema e o *coping* com foco no manejo das emoções, agregando então uma terceira categoria denominada de *coping* disfuncional⁽⁹⁹⁾. Nesse modelo, o *coping* disfuncional consiste em estratégias voltadas à não aceitação do problema ou à recusa em pensar sobre o assunto. A estratégia envolve a desistência de lidar com o problema ou de não querer acreditar que a situação realmente aconteceu.

Já o modelo de Folkman e Lazarus (1986)⁽¹⁰¹⁾ supõe que todos os oito fatores que representam modos diferentes de enfrentar situações estressantes são potencialmente benéficos, dependendo da circunstância. Não há, portanto, fatores pré-determinados para uma mal ou bem-sucedida resolução de problemas ou manejo das emoções. Estratégias envolvendo negação e afastamento, que seriam consideradas disfuncionais no modelo de Carver⁽⁹⁹⁾, poderiam ter um papel protetivo contra o estresse em curto prazo, por exemplo, na compreensão de Lazarus (1983)⁽¹⁰⁵⁾. Estes últimos indicam que confronto, aceitação de responsabilidade, planejamento de resolução de problemas e reavaliação positiva estão alinhados à resolução de problemas, ao passo que afastamento, aceitação de responsabilidade e fuga ou esquiva são estratégias com foco no manejo da emoção. A estratégia de enfrentamento de autocontrole serve a ambos os propósitos⁽⁹³⁾.

Os estilos de *coping* vêm sendo estudados nos últimos 30 anos com maior foco no enfrentamento de estressores relativos a problemas de saúde⁽¹⁰⁰⁾. Em relação aos sintomas de ansiedade e ao uso de estratégias de enfrentamento, os resultados dos estudos são controversos. O resultado da avaliação de enfrentamento de cuidadores indicou que o *coping* disfuncional esteve positivamente relacionado a sintomas de ansiedade, e o *coping* emocional apresentou associação negativa a níveis maiores de ansiedade⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁸⁾, porém foi positiva em outro estudo⁽¹⁰⁹⁾. A categoria de *coping* focado na resolução de problemas não indicou relação com a ansiedade⁽¹⁰⁷⁻¹⁰⁹⁾. Outro estudo investigou a relação entre a melhora de sintomas psicossociais de cuidadores e o *coping*. O resultado demonstrou que o uso do *coping* disfuncional aumentou com a melhora dos sintomas depressivos e de ansiedade⁽¹¹⁰⁾.

Dois estudos prévios compararam as estratégias de *coping* usadas por portadores de TP e aquelas utilizadas por indivíduos sem transtorno mental. Ambos os estudos observaram que os pacientes com TP apresentavam estratégias de *coping* potencialmente menos efetivas,

sendo que no primeiro estudo os pacientes usavam mais a estratégia de fuga e esquiva⁽¹¹¹⁾, enquanto no segundo os pacientes faziam uso menos frequente das estratégias de resolução de problemas e reavaliação positiva⁽²⁶⁾.

Outro estudo utilizou 12 sessões de TCC em grupo (TCCG) e comparou as estratégias de *coping* de pacientes com TP a um grupo controle sem doença mental. Os resultados demonstraram que os portadores de TP diminuíram o uso de estratégias de confronto e de fuga ou esquiva a ponto de apresentarem esses fatores em níveis equiparáveis aos dos sujeitos do grupo controle. Embora tenham se aproximado mais dos escores apresentados pelo grupo controle, ao final da TCCG os portadores de TP ainda utilizavam menos estratégias de *coping* adaptativas, como resolução de problemas e reavaliação positiva, do que os controles. O foco do protocolo da TCCG utilizado no estudo era a redução dos sintomas e a remissão da doença, isto é, nenhuma técnica cognitiva relacionada ao enfrentamento de estresse foi incluída. Apenas se avaliou o *coping* antes e depois da intervenção, comparando com grupo controle⁽¹⁸⁾.

3.4 Resiliência

A resiliência é compreendida como competência à adaptação individual para ultrapassar com sucesso o estresse e as adversidades. Está relacionada à vulnerabilidade e aos fatores de proteção, através dos quais há uma mudança na resposta do indivíduo frente a uma situação de risco em sentido adaptativo⁽²⁷⁾.

A resiliência pode ser modulada por fatores de risco e proteção. Os fatores de risco aumentam a probabilidade de respostas negativas em situações adversas, sendo influenciado por variáveis pessoais e ambientais, enquanto os fatores de proteção aumentam a capacidade para lidar com situações de estresse e conflito. Os efeitos desses fatores manifestam-se e podem ser observados quando o risco está presente⁽¹¹²⁾.

Os fatores de risco e proteção são estabelecidos durante o desenvolvimento através de uma série de elementos. Entre os fatores de risco, podemos citar negligência afetiva, abuso, violência doméstica, baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, perda de uma pessoa significativa, entre outros. Os fatores de proteção são potencializados por relação familiar afetiva, autonomia, iniciativa, busca de auxílio, habilidade para resolver problemas, comunicação adequada, uso de estratégias de *coping* adaptadas, autoconceito positivo, crença religiosa e sistema de apoio na comunidade^(31,113,114).

A capacidade de crescer e de se desenvolver em condições difíceis ou de se recuperar a partir de experiências adversas são características de um indivíduo resiliente. Em outras palavras, atribuir novo significado a uma situação adversa, transformando-a em conhecimento que fomentará novas estratégias e habilidades para lidar com situações mais difíceis é o que torna uma pessoa resiliente. Portanto, a resiliência envolve diferenças individuais na resposta ao estresse ou à adversidade. No entanto, um indivíduo pode ser resiliente em relação a alguns tipos de riscos ambientais, mas não a outros⁽²⁸⁾.

A compreensão da resiliência como um estado indica um conjunto de características pessoais e ambientais associadas ao desenvolvimento saudável, incorporando competência emocional, social e de orientação para o futuro. Resiliência relacionada à condição ambiental é apoiada em oportunidades externas para minimizar os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção. A resiliência como prática ocorre a partir da aplicação do conhecimento para alcançar melhores resultados⁽¹¹⁵⁾. A competência emocional constitui-se de autoconceito positivo, autocontrole e regulação das emoções, autonomia pessoal e senso de humor. A competência social pode ser definida como capacidade de estabelecer relações sociais estáveis. A comunicação, o sentimento de pertencimento e a empatia são relevantes para a resiliência. A orientação para o futuro é evidenciada por senso de propósito, compromisso, habilidade para solução de problemas, pensamento crítico, comportamento otimista, flexibilidade e capacidade de adaptação em diferentes situações⁽¹¹⁵⁾.

Portanto, a resiliência pode ser vista como o resultado da interação entre aspectos individuais, contexto social, quantidade e qualidade dos acontecimentos no decorrer da vida e os chamados fatores de proteção encontrados na família e no meio social^(113,115). Trata-se de um processo de aprendizagem que muda de acordo com o contexto e que pode ser desenvolvido em qualquer momento da vida^(28,116). Assim, a habilidade de resistir a crises pode ser treinada e estimulada através da redução do impacto do risco, da redução de reações negativas, da visibilidade de novas oportunidades e da manutenção da autoestima e da autoeficácia⁽²⁷⁾.

A resiliência vem sendo pesquisada há três décadas e, ao longo desse período, pôde-se ver uma transição conceitual que se reflete na maneira como ela é estudada. Inicialmente, a resiliência era compreendida como uma traço pessoal, concepção que logo foi superada pelo seu entendimento como resultado de um processo de adaptação. Como tal, é parcialmente definida por diversos fatores⁽¹¹⁷⁾ que se inter-relacionam, como psicológicos, sociais, genéticos e ambientais⁽¹¹⁸⁾. Entre os fatores psicossociais passíveis de serem modificados, com fortes evidências de promover resiliência, estão o *coping* com foco na resolução de

problemas, a autoeficácia, o estilo atributivo positivo (ou uma forma de pensar otimista), o suporte social, a flexibilidade cognitiva (incluindo reatribuição positiva e aceitação), a espiritualidade, a autoestima, o senso de sentido de vida e o senso de coerência⁽¹¹⁸⁾. Com nível de evidência moderado, temos o uso flexível das estratégias de *coping*, o senso de controle interno, a esperança e o humor.

A diversidade conceitual ainda presente no campo da resiliência reflete-se na heterogeneidade de modelos de protocolos que se destinam a aumentar a resiliência em grupos variados. Nesse sentido, técnicas cognitivas e comportamentais podem ser eficazes para estimular a resiliência e promover os fatores psicossociais protetores associados a ela⁽³³⁾. Diversos estudos que avaliam o impacto de intervenções para promoção da resiliência comprovam a resposta positiva⁽¹¹⁹⁾. Por exemplo, um ensaio clínico randomizado sobre a eficácia de uma intervenção de quatro semanas para melhorar a resiliência, as estratégias de *coping* e os fatores de proteção, bem como diminuir a sintomatologia do estresse entre acadêmicos universitários, demonstrou que o grupo intervenção apresentou escores significativamente mais altos de resiliência, estratégias de *coping* mais eficazes (resolução de problemas), escores mais altos em fatores de proteção (afeto positivo, autoestima, autoeficácia) e menor pontuação na sintomatologia (sintomas depressivos, estresse percebido)⁽¹²⁰⁾.

Outro ensaio clínico randomizado avaliou a eficácia de um manual de autoajuda para promover a resiliência entre pacientes com diagnóstico de depressão. A intervenção consistiu em oito módulos semanais com psicoeducação, técnicas cognitivo-comportamentais e enfoque no aprendizado com as adversidades como modo de resiliência. O grupo de intervenção apresentou um aumento significativo dos níveis de resiliência em relação ao grupo controle⁽¹²¹⁾.

Um estudo retrospectivo que comparou a frequência, a classe de eventos de vida e o apoio social entre indivíduos com TP e indivíduos saudáveis demonstrou que os indivíduos com TP tinham um aumento significativo em relação à frequência de eventos negativos, como doenças somáticas, conflitos familiares e conjugais, separação de uma pessoa significativa e baixo nível de apoio social⁽¹²²⁾. No entanto, estudos que relacionam a resiliência e o TP são escassos. Portanto, pesquisas que investiguem a adição de técnicas cognitivas para a promoção da resiliência durante a TCC são necessárias para preencher essa lacuna.

3.5 Construção de Protocolos e Manuais

Os protocolos assistenciais ou manuais caracterizam-se como procedimentos em determinada área do conhecimento descritos minuciosamente para a realização de um cuidado direto ou indireto, isto é, detalham-se os passos a serem seguidos com base em evidências. A elaboração de protocolos assistenciais favorece a redução da variabilidade das ações entre os profissionais, padronizando e facilitando o uso de novas tecnologias. Por meio da pesquisa, sobretudo com o método de ensaio clínico, o uso de protocolos assistenciais padronizados possibilita a avaliação de resultados, a disseminação do conhecimento com evidência de eficácia e uma maior segurança para a tomada de decisões⁽¹²³⁾.

Na área de saúde mental, os protocolos ou manuais servem de modelos de orientação e podem ser aplicados com flexibilidade, mas com fidelidade, ou seja, os componentes cognitivos e/ou comportamentais do tratamento podem ser ajustados e modificados. Para isso, os terapeutas precisam ter habilidades clínicas, além de conhecimento das estratégias e das intervenções para fazer os ajustes necessários, tornando o protocolo adequado a uma população específica⁽¹²⁴⁾.

Nesta pesquisa, o manual utilizado partiu do estudo anterior sobre sessões de reforço⁽²⁵⁾. A elaboração do manual de quatro sessões de 90 minutos de reforço com técnicas cognitivas de *coping* e de resiliência foi baseada na revisão de livros e artigos sobre o tema, aliada à experiência clínica das pesquisadoras.

A estrutura das sessões fundamentou-se no modelo de TCCG padrão, a saber: agenda da sessão; ligação com a sessão anterior por meio da revisão das tarefas; desenvolvimento de técnicas cognitivas e/ou comportamentais; combinação de novas tarefas; síntese das principais pontos examinados e avaliação da sessão pelo paciente⁽¹²⁵⁾.

Na ocasião, as quatro sessões com o foco em *coping* e na resiliência foram organizadas em um manual distribuído para os pacientes que haviam realizado a TCCG há pelo menos um ano. Assim, na primeira sessão, foi necessário revisar o modelo cognitivo do TP (ciclo do medo) e praticar novamente as técnicas para enfrentar ansiedade: respiração diafragmática e relaxamento muscular. Na segunda sessão, iniciou-se com a técnica de solução de problemas para estimular novas alternativas de pensamentos e de ações em determinada situação, corrigindo-se respostas habituais e inapropriadas. Na terceira sessão, o tema foi a resiliência, incluindo-se os fatores de riscos e de proteção com mecanismos para promovê-la. Na quarta e última sessão, identificaram-se os eventos estressores e seus efeitos,

a necessidade de adaptação, os níveis de tolerância e as novas alternativas para enfrentar as situações adversas⁽²⁵⁾.

A resposta às sessões de reforço para os pacientes com TP que realizaram a TCCG foi avaliada por meio de um ensaio clínico controlado de 44 pacientes com TP (intervenção=20 e controle=24). Considerando-se o desfecho tempo, foi observada melhora significativa dos sintomas do TP e de depressão em ambos os grupos. Não houve diferença significativa no *coping* e as mudanças na resiliência foram dependentes dos sintomas, isto é, quanto menor a intensidade dos sintomas, maior foram os níveis de resiliência. O estudo concluiu que as sessões de reforço por meio de grupos após TCCG podem beneficiar os pacientes com TP, independentemente da utilização de técnicas cognitivas específicas. Também recomendou que novos estudos para verificar a eficácia de técnicas específicas de *coping* e resiliência acrescentadas à TCCG padrão possam ser realizados⁽²⁵⁾.

Pretende-se, com isso, acrescentar às sessões de TCCG para o TP novos ingredientes de técnicas cognitivas e comportamentais com foco no *coping* e na resiliência, assim como comparar a resposta em curto prazo com um grupo controle de pacientes com TP que realizou a TCCG padrão.

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de método misto, desenvolvido em duas etapas: a primeira compreende uma pesquisa metodológica e a segunda um ensaio clínico controlado. A pesquisa metodológica refere-se a estudos de validação, desenvolvimento e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Um exemplo de estudo metodológico é o de desenvolvimento de novos protocolos e de manuais⁽¹²⁶⁾.

A primeira etapa do presente estudo compreendeu o desenvolvimento de quatro sessões de TCCG organizadas em um manual de intervenção terapêutica. A segunda etapa consistiu em um ensaio clínico controlado de avaliação de resposta ao acréscimo de estratégias de *coping* e de resiliência ao protocolo padrão de TCCG para TP.

4.1 Etapa 1: Desenvolvimento do Manual

O manual desenvolvido neste estudo com o propósito de melhorar as habilidades de *coping* e a resiliência de pacientes com TP contou com psicoeducação e sessões com atividades práticas envolvendo o aprendizado de *coping* com foco no problema (voltado a resolver aspectos problemáticos de situações estressantes) e *coping* com foco nas emoções (voltado a promover afeto positivo ou manejo das emoções diante das situações estressantes).

A parte do manual com foco no *coping* baseou-se na teoria de estresse e *coping* de Lazarus^(102,103) e em um manual de *coping* para outra população clínica⁽¹²⁷⁾. O manual ainda abordou a comunicação assertiva, segundo Caballo (2011)⁽¹²⁸⁾, e promoveu psicoeducação sobre resiliência com ênfase no aprendizado com as experiências adversas proposto por Maddi et al. (2009)⁽¹²⁹⁾. As sessões foram organizadas em um manual da seguinte forma:

- 13^a sessão: definição do conceito de estresse, identificação de eventos estressores, abordagem da importância de administrar os eventos estressores gerais e específicos. No final da sessão, revisam-se as técnicas de relaxamento e respiração diafragmática.
- 14^a sessão: identificação de situações específicas de estresse que podem ou não ser modificadas e o tipo de enfrentamento que pode ser utilizado (focado no problema ou focado na emoção). Para o enfrentamento focado no problema, utiliza-se a técnica de solução de problemas para estimular novas alternativas de pensamentos e de ações em determinada situação, corrigindo-se respostas habituais e inapropriadas. Para o

enfrentamento focado na emoção, utilizam-se estratégias que auxiliam na regulação das emoções ou do sofrimento.

- 15^a sessão: identificação das armadilhas do pensamento automático e seus efeitos em relação às emoções e ao comportamento.
- 16^a sessão: abordagem do tema resiliência, análise dos fatores de risco e de proteção com mecanismos para promover a resiliência.

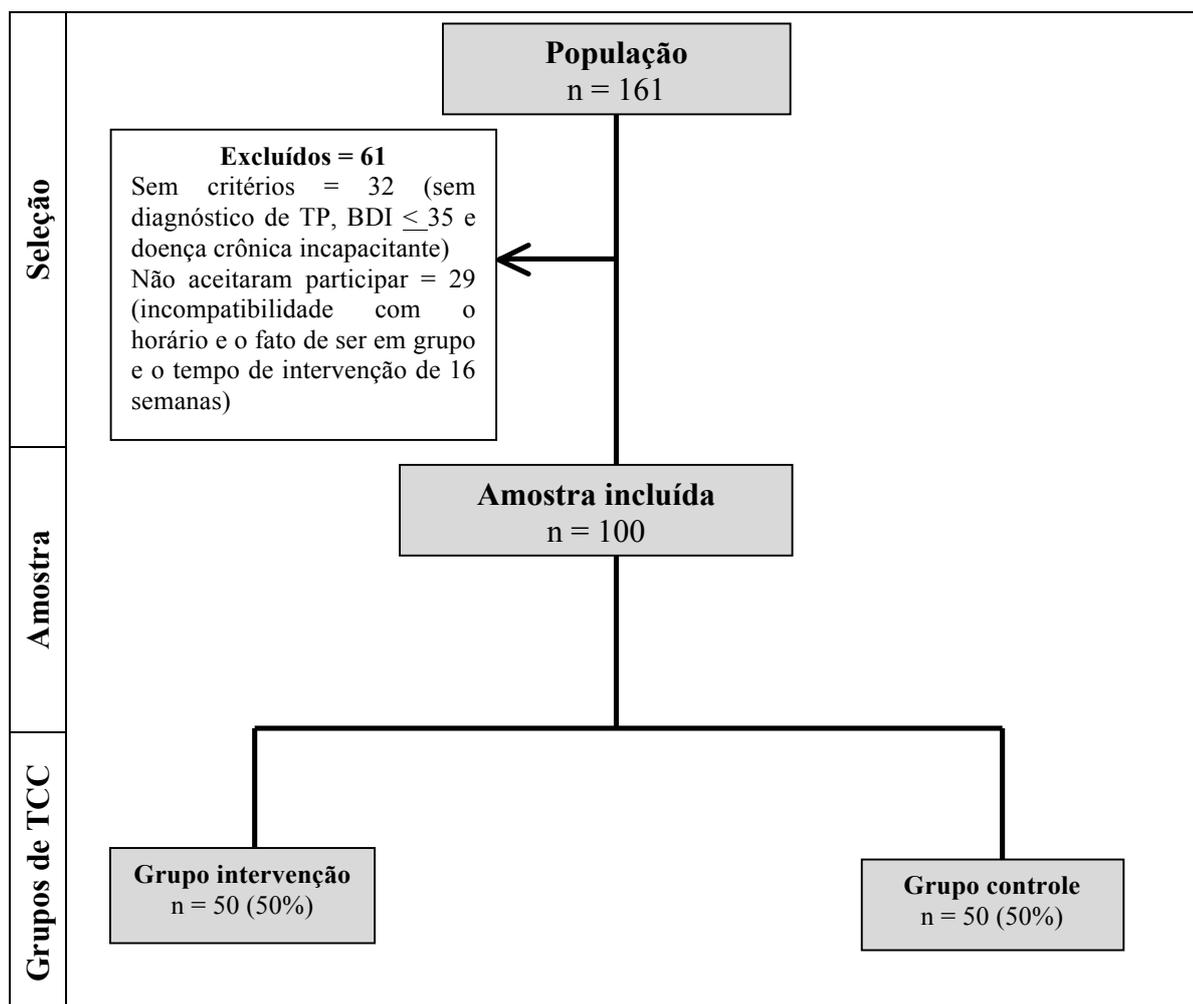
Para verificar a clareza do manual, foi realizado um grupo-piloto. As quatro sessões foram organizadas em um manual, distribuído para os pacientes a partir da 12^a sessão da TCCG padrão, totalizando 16 sessões de terapia. Os critérios para inclusão e exclusão do grupo-piloto foram os mesmos definidos para o ensaio clínico que está apresentado a seguir.

4.2 Etapa 2: Ensaio Clínico Controlado

Foram recrutados pacientes do PROTAN – HCPA e por meio de chamadas na mídia. Os critérios de inclusão considerados foram os seguintes: indivíduos adultos (18 a 65 anos), com diagnóstico para TP com ou sem agorafobia, se em uso de medicação, com dose estável há pelo menos 4 meses e com a Impressão Clínica Global (CGI) ≥ 3 . Os critérios de exclusão considerados foram os seguintes: pacientes com presença de sintomas psicóticos, de depressão maior de intensidade grave, com o Inventário de Depressão de Beck (BDI) ≥ 35 , de doença clínica descompensada ou doença crônica incapacitante nos últimos seis meses.

Foi realizada uma entrevista clínica semiestruturada com o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para confirmação diagnóstica e avaliação da presença de comorbidades⁽¹³⁰⁾. Na ocasião, também foram coletados os dados sociodemográficos e aplicados instrumentos descritos a seguir para avaliação da gravidade da doença e de aspectos psicossociais. Os pacientes elegíveis foram alocados de maneira aleatória através de sorteio para a formação dos grupos intervenção e controle. O diagrama de fluxo do ensaio clínico está apresentado na Figura 2.

Figura 2. Fluxo da amostra no estudo.



Fonte: dados da pesquisa.

4.3 Intervenção

O padrão com 12 sessões (uma sessão semanal de 90 minutos) de TCCG compreendeu os seguintes elementos: psicoeducação, técnicas para enfrentamento da ansiedade, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e naturalística e exposição ao vivo^(18,131). A coordenação de todos os grupos foi realizada por duas enfermeiras especialistas em saúde mental e com experiência prévia em TCCG.

Para o grupo controle, foi realizado o protocolo padrão de TCCG para TP com oito sessões com frequência semanal. A partir da 9^a à 12^a sessão, os encontros passaram a ser quinzenais (Quadro 1).

Quadro 1. Protocolo de TCC para o grupo controle.

| Sessão | Objetivos e procedimentos |
|---------------|--|
| 1 | <p style="text-align: center;">Psicoeducação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificando sintomas do pânico (manual educativo) • Diferença entre ansiedade normal e patológica • Modelo cognitivo do pânico <p style="text-align: center;">Tarefa para casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitura do manual para discussão das dúvidas na próxima sessão. |
| 2 3 | <p style="text-align: center;">Continuação da psicoeducação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão do modelo cognitivo do pânico <p style="text-align: center;">Técnicas para enfrentamento da ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiração diafragmática • Relaxamento muscular • Praticar durante a sessão <p style="text-align: center;">Tarefa para casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praticar o relaxamento muscular e a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu. |
| 4 5 | <p>Praticar na sessão a respiração diafragmática e o relaxamento muscular</p> <p style="text-align: center;">Correção de crenças distorcidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar pensamentos automáticos • Salientar o papel da hipervigilância das sensações físicas • Descatastrofizar • Questionamento socrático • Seta descendente <p style="text-align: center;">Tarefa para casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os pensamentos como hipóteses, e não como fatos, verificando as evidências que sustentam as hipóteses e explorando as novas alternativas de interpretações. • Avaliar a possibilidade real de que o “pior” aconteça e, se acontecer, o quanto, de fato, é tão horrível. |
| 6 7 8 | <p>Correção da interpretação distorcida</p> <p style="text-align: center;">Exposição interoceptiva e naturalística</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provocar, através de exercícios físicos, tontura, taquicardia, falta de ar e estranheza. • Provocar a exposição interoceptiva com atividades que evocam as sensações de forma natural em ambiente comum (subir escadas, por exemplo). • Identificar a sensação física, o grau de ansiedade e avaliar a semelhança como ataque de pânico. <p style="text-align: center;">Tarefa para casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provocar as sensações físicas em casa, diariamente, e anotar o grau de ansiedade, bem como a similaridade com o ataque. • Elaborar uma lista das situações evitadas, o mais completa possível, com o grau de ansiedade gerada (0 a 10), no caso em que tenha de enfrentá-la. |
| 9 | <p style="text-align: center;">Exposição ao vivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierarquizar a lista das situações: do menor grau de ansiedade para o maior. <p style="text-align: center;">Tarefa para casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinar as tarefas de exposição. |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o grau de dificuldade a cada sessão. <p>A partir dessa sessão, os próximos encontros passam a ser quinzenais.</p> |
| 10 | <p style="text-align: center;">Exposição ao vivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierarquizar a lista das situações: do menor grau de ansiedade para o maior. <p style="text-align: center;">Tarefa para casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinar as tarefas de exposição. • Aumentar o grau de dificuldade a cada sessão. |
| 11 | <p style="text-align: center;">Exposição ao vivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierarquizar a lista das situações: do menor grau de ansiedade para o maior. <p style="text-align: center;">Tarefa para casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinar as tarefas de exposição. • Aumentar o grau de dificuldade a cada sessão. |
| 12 | <p style="text-align: center;">Prevenção de recaída e encerramento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar a possibilidade de recaídas e orientar as atitudes frente a novos ataques. • Combinar a manutenção do enfrentamento das situações fóbicas, independentemente do acompanhamento em grupo. <p>Avaliar o tratamento.</p> |
| Fonte: adaptado de Heldt et al. (2008). | |

Para o grupo intervenção, foram realizadas as 12 sessões de TCCG padrão para o TP com o acréscimo de quatro sessões com frequência semanal, com duração de 90 minutos, envolvendo técnicas cognitivas de estratégias de *coping* e resiliência (Quadro 2).

Quadro 2. Sessões adicionais ao protocolo de TCC padrão para o grupo intervenção.

| Sessão | Objetivos e procedimentos |
|---------------------------|---|
| 13 | <p>Psicoeducação sobre o estresse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição de estresse • Identificando sinais de estresse e eventos estressores • Diferenciando condições gerais de estresse <i>versus</i> situações específicas de estresse • Técnicas de relaxamento |
| 14 | <p>Enfrentando o estresse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de enfrentamento • Estratégias para o enfrentamento focado no problema • Estratégias para o enfrentamento focado na emoção • Habilidade de negociação e comunicação assertiva |
| 15 | <p>Pensamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armadilhas dos pensamentos • Influência dos pensamentos sobre a emoção e o comportamento • Afirmativas positivas que podem auxiliar no enfrentamento de uma situação estressante |
| 16 | <p>Compreendendo a resiliência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco e proteção • Medidas para aumentar a resiliência |
| Fonte: dados da pesquisa. | |

4.4 Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos Hamilton-Ansiedade e Impressão Clínica Global e Escala de gravidade do TP foram aplicados antes e depois das sessões de TCCG, em ambos os grupos, por pesquisadores independentes e cegos para a condição de tratamento.

* **Hamilton para Ansiedade (HAM-A):** fornece informações confiáveis através de escores que variam de ausente (grau 0) até intensidade máxima (grau 4) em seus quatorze itens. A pontuação final determina a gravidade dos sintomas de ansiedade (ANEXO A)⁽¹³²⁾.

* **Impressão Clínica Global (CGI):** determina a gravidade global da doença, considerando-se frequência e intensidade dos ataques de pânico, grau de ansiedade antecipatória, nível de evitação fóbica, prejuízo à qualidade de vida e necessidade de adequação do tratamento. Seu escore varia de 1 (normal, não doente) até 7 (extremamente doente) (ANEXO B)⁽¹³³⁾.

* **Escala de severidade do TP (PDSS):** é uma escala traduzida e adaptada, constituída de sete itens, com cinco alternativas de resposta que avaliam frequência e intensidade dos ataques de pânico, ansiedade antecipatória, evitação fóbica de lugares, evitação fóbica de sensações físicas e prejuízo social e profissional (ANEXO C)⁽¹³⁴⁾.

Os instrumentos descritos a seguir são de autorrelato e foram preenchidos antes e depois das sessões de TCCG em ambos os grupos.

* **Inventário de Ansiedade de Beck (BAI):** trata-se de um instrumento validado para o português com o objetivo de identificar o grau de ansiedade. Consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (como sudorese e sentimentos de angústia), cuja intensidade varia de 0 a 3 em cada item. Escores de 0 a 10 representam mínima ansiedade. De 11 a 19, ansiedade leve. De 20 a 30, ansiedade moderada e, acima de 31, ansiedade grave (ANEXO D)⁽¹³⁵⁾. No presente estudo, o escore do BAI foi utilizado como variável contínua.

* **Inventário de Depressão de Beck (BDI):** trata-se de um instrumento validado para o português com o objetivo de identificar e quantificar quadros de depressão leve, moderada e severa tanto em pacientes internados quanto em pacientes ambulatoriais. Consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes que ocorreram na última semana, cuja intensidade varia de 0 a 3 em cada item. Escores de 0 a 11 representam depressão mínima. De 12 a 19, depressão leve. De 20 a 35, depressão moderada e, de 36 a 63, depressão grave (ANEXO E)⁽¹³⁵⁾. O escore do BDI foi utilizado como variável contínua.

* **Inventário de Estratégias de Coping (IEC):** trata-se de um questionário validado para o português⁽⁹⁸⁾ com 66 itens, abrangendo pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. A escala consiste em oito fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva (ANEXO F).

* **WHOQOL-Bref:** constituído de 26 questões, sendo duas gerais sobre a qualidade de vida e as demais (24) representam cada um dos domínios que compõem o instrumento original, ou seja, domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-Bref está validado para a nossa cultura⁽¹³⁶⁾ e a escala fornece escores de 1-20 ou de 1-100 em cada domínio, pontuando de forma crescente a qualidade de vida. No presente estudo, foi utilizada a escala de 1-100 (ANEXO G). Considera-se que, quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida.

* **Escala de Resiliência:** trata-se de um instrumento usado para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes. Apresenta 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *Likert*, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência (ANEXO I)⁽¹³⁷⁾.

4.5 Logística do Estudo

Preenchidos os critérios inclusão, os pacientes de ambos os grupos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – APÊNDICE A). A equipe de pesquisa foi composta por psicólogos, psiquiatras e enfermeiros capacitados para a avaliação e a aplicação dos instrumentos.

As pesquisadoras Ana Cristina Wesner Viana e Andressa Behenck realizaram as entrevistas iniciais (APÊNDICE B) e foram as coordenadoras dos grupos de TCC. Os demais pesquisadores da equipe realizaram a entrevista diagnóstica estruturada (M.I.N.I.) e aplicação das escalas de avaliação, sem conhecer a qual grupo o paciente pertencia, se controle ou intervenção.

4.6 Análise Estatística

Para comparar os grupos no tempo basal, foi realizada análise bivariada com qui-quadrado, teste t para amostras independentes e Mann-Whitney. O teste de *Shapiro-Wilk* foi usado para verificar a distribuição da variáveis.

Para comparação dos tempos antes e depois da TCCG, utilizou-se o modelo de equações de estimações generalizada (GEE), composto por uma matriz de correlação trabalho *Exchangeable*, uma matriz de covariância de estimador robusto. Para os desfechos dicotômicos (uso de medicação e psicoterapia), utilizou-se o modelo de GEE com distribuição binária e função ligação logito.

Para as variáveis com distribuição gaussiana, utilizou-se o modelo de GEE com distribuição normal com função ligação identidade. O teste post-hoc utilizado foi o de comparação múltipla de *Bonferroni*. As análises foram realizadas com o *intention to treat*.

Para verificar os preditores de resposta à TCCG, foi realizada regressão linear. O nível de significância adotado foi de 0,05. Utilizou-se o pacote estatístico SPSS 18.0.

4.7 Considerações Éticas

A pesquisa está vinculada ao projeto intitulado “Subtipo Respiratório do Transtorno de Pânico: Resposta à Terapia Cognitivo-Comportamental”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HCPA (ANEXO J), via Plataforma Brasil (CAEE 27515114.8.1001.5327).

O estudo realizado está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12)⁽¹³⁸⁾ e foi submetido à Comissão de Pesquisa de Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A terapia proposta apresentou riscos mínimos relativos a um aumento da ansiedade durante as tarefas de enfrentamento dos medos. O benefício em participar da pesquisa foi receber um tratamento com evidência comprovada de eficácia. Os participantes do estudo assinaram o TCLE (APÊNDICE A).

Os pacientes que não preencheram os critérios de inclusão foram orientados a retornar para o profissional que os encaminhou para a TCCG ou informados sobre os locais de tratamento na rede.

5 RESULTADOS

5.1 Avaliação do Manual de Intervenção

A avaliação da clareza das quatro sessões a partir da 12^a sessão da TCCG padrão foi realizada em um grupo-piloto de sete pacientes. As características do grupo-piloto foram as seguintes: predominantemente feminino (n=6; 86%), média de idade de 41 (DP=9,07) anos e 13,1 (DP=3,38) anos de escolaridade. Em relação às características clínicas, todos apresentavam diagnóstico de TP com agorafobia, 4 (57%) com outro transtorno de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada e ansiedade social) e 3 (43%) com transtorno de humor (depressão atual ou no passado). No momento de ingresso no estudo-piloto, todos os pacientes utilizavam medicações (antidepressivos e/ou benzodiazepínicos).

Após o grupo-piloto, realizaram-se algumas modificações no manual de intervenção, a saber:

- 13^a sessão: foi incluída a identificação de sinais de estresse (físico, emocionais, comportamentais, cognitivos e sociais). Além disso, foi realizada a inclusão de definições de termos pouco conhecidos pelos pacientes; por exemplo, nas condições gerais de estresse, foi adicionado que “se trata de condições mais amplas e que as condições específicas são consideradas menores, pontuais, ou seja, que realmente definem o problema”. As tabelas para realização dos exercícios propostos foram ampliadas conforme sugestão dos pacientes.
- 14^a sessão: foi modificada a redação de modo que ficasse mais clara para os pacientes. Assim, em vez de “julgar o que pode ser feito”, substituiu-se por “avaliar as alternativas”. Incluiu-se uma observação mencionando que uma estratégia resolutive, às vezes, precisa ser pensada no seu passo a passo e dividida em partes menores, elencando prioridades quanto ao que fazer primeiro, se necessário. Em relação ao enfrentamento focado na emoção, modificou-se a redação dos seguintes itens: aos verbos relaxar, meditar e visualizar incluiu-se a sentença “uma imagem tranquilizadora”; ao termo autoafirmação incluiu-se o adjetivo “positiva”; a expressão “usar drogas e álcool” foi substituída por “utilizar bebidas alcoólicas, remédios ou outras drogas”. Como muitas situações estressantes envolvem conflitos interpessoais, foi acrescentado um item sobre as habilidades de negociação para resolver problemas estimulando-se a comunicação assertiva.

- 15ª sessão: no quadro relacionado às armadilhas do pensamento, a redação foi modificada de modo a tornar-se mais pessoal. Ao início de algumas sentenças, acrescentou-se o pronome pessoal “você”. Nos exemplos de pensamentos que podem auxiliar durante o enfrentamento de situações estressantes, modificou-se a palavra “declarações” por “afirmações”.
- 16ª sessão: as mudanças foram relacionadas à redação do conceito de resiliência; por exemplo, a palavra “controle” foi substituída por “autocontrole”, a sentença “habilidades pró-sociais” por “habilidades para buscar apoio e ajuda de outras pessoas”. No texto sobre mecanismos de proteção, a palavra “eficácia” foi trocada por “capacidade”; a sentença “habilidade para avaliações cognitivas” por “habilidades para avaliar os seus pensamentos”. Em relação às medidas para aumentar a resiliência, foram acrescentadas ou modificadas sentenças ou palavras dos itens 2 a 7, conforme descritos a seguir:
 - * Item 2) Na sentença “manter o foco na resiliência”, acrescentou-se “na capacidade de aprender a lidar com os problemas – não apenas na solução do problema em si”.
 - * Item 3) Na sentença “desenvolver uma imagem”, acrescentou-se “pessoal positiva e que você possa construir continuamente na vida real”.
 - * Item 4) A palavra “cotidiano” foi substituída por “dia a dia”.
 - * Item 5) Na sentença “identificar a sua volta pessoas resilientes”, acrescentou-se a sentença “como fonte de aprendizado e inspiração”.
 - * Item 6) A sentença “criar experimentos que testem a sua resiliência” foi substituída por “criar situações de desafio para você mesmo que testem e treinem a sua resiliência”.
 - * Item 7) Na sentença “usar o humor para modificar a perspectiva”, acrescentou-se a expressão “das coisas”.

A versão final do manual, editada após o grupo-piloto e utilizada no ensaio clínico, encontra-se no Apêndice C.

5.2 Resultado do Ensaio Clínico Controlado

A amostra totalizou 100 sujeitos, sendo 50 (50%) para o grupo intervenção e 50 (50%) para o grupo controle. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação às características sociodemográficas, clínicas e gravidade dos sintomas, antes de iniciar a TCCG para o TP (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e de gravidade dos sintomas: comparação entre grupo intervenção e controle antes da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG).

| Características | Intervenção n= 50(50%) | Controle n= 50(50%) | p |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|----------|
| Sociodemográficas | | | |
| Sexo | | | |
| Feminino | 43 (86) | 39 (78) | 0,436 |
| Idade* | 36,8(11,5) | 38,1(11) | 0,552 |
| Escolaridade (anos de estudo) | 13,4(3,3) | 12,8(3,0) | 0,311 |
| Estado Civil | | | |
| Solteiro | 16 (32) | 18 (36) | |
| Casado/União estável | 28 (56) | 25 (50) | 0,753 |
| Separado/Divorciado | 5 (10) | 4 (14) | |
| Viúvo | 1 (2) | 0 (0) | |
| Clínicas | | | |
| Comorbidades | | | |
| Transtornos de Humor** | 32 (64) | 38 (76) | 0,245 |
| Transtornos de Ansiedade*** | 28 (56) | 32 (64) | 0,540 |
| Agorafobia | 42 (84) | 41 (82) | >0,999 |
| Medicação | | | |
| Antidepressivos | 28 (56) | 32 (64) | 0,541 |
| Benzodiazepínicos | 29 (58) | 26 (52) | 0,688 |
| Gravidade dos sintomas | | | |
| Impressão Clínica Global (CGI)* | 4,4(0,7) | 4,5(0,8) | 0,300 |
| Escala de Severidade do Transtorno de Pânico (PDSS)* | 15,9(4,2) | 15,6(4,6) | 0,768 |
| Hamilton Ansiedade (HAMA)* | 29,6(7,9) | 31,3(7,8) | 0,282 |
| Inventário de Depressão de Beck (BDI)* | 17,8(8,0) | 20,8(9,9) | 0,145 |
| Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)* | 32,5(11,4) | 30,5(11,2) | 0,431 |

Fonte: Dados de pesquisa

* Variáveis contínuas apresentadas como média (desvio padrão) e analisadas com test T. Variáveis categóricas apresentadas como frequência absoluta(%) e analisadas com Teste Exato de Fisher

**Transtornos de Humor: depressão maior atual e passada, distímia, episódio hipomaniaco.

***Transtornos de Ansiedade: fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático e ansiedade generalizada.

Um total de 36 (72%) pacientes do grupo intervenção e 29 (58%) do grupo controle concluíram as sessões da TCCG. Para a análise, utilizou-se o *intention to treat* e, após a TCCG, ambos os grupos apresentaram melhora significativa dos sintomas ao longo do tempo, embora não tenha havido interação significativa considerando-se o tipo de intervenção (tempo*grupo). Observou-se diferença significativa em termos de ansiedade (HAM-A $p_{\text{grupo}}=0,016$) e depressão (BDI $p_{\text{grupo}}=0,025$), sendo que no grupo intervenção os sintomas foram significativamente menores do que no grupo controle.

Em relação ao uso de medicação, observou-se uma diminuição significativa no uso de benzodiazepínico, constatada na interação tempo*grupo [$(p_{\text{tempo*grupo}}<0,001; p_{\text{grupo}}=0,309; p_{\text{tempo}}=0,001)$], sendo que no grupo intervenção houve uma redução de 28% no período pós-TCCG, ao passo que, no grupo controle, houve um aumento de 2% no período pós-TCCG (Tabela 2).

Tabela 2. Resultado da TCCG considerando a gravidade dos sintomas e uso de medicações, comparando os grupos intervenção e controle.

| | Grupo | TCCG | | Grupo | Tempo | P-valor |
|-------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| | | Antes | Depois | | | |
| Gravidade dos sintomas | Intervenção | 4,36[4,16 - 4,56] | 2,70[2,31 - 3,09] | 3,33[3,29 - 3,77] | 0,112 | <0,001 |
| | Controle | 4,52[4,30 - 4,74] | 3,08[2,74 - 3,42] | 3,80[3,57 - 4,03] | | |
| | Total(2) | 4,44[4,29 - 4,59]c | 2,89[2,63 - 3,15] | | | |
| PDSS | Intervenção | 15,86[14,71 - 17,01] | 9,44[7,82 - 11,06] | 12,65[11,51 - 13,79] | 0,830 | <0,001 |
| | Controle | 15,60[14,34 - 16,86] | 10,06[8,59 - 11,53] | 12,83[11,65 - 14,01] | | |
| | Total(2) | 15,73[14,88 - 16,58]c | 9,75[8,66 - 10,84]b | | | |
| HAM-A | Intervenção | 29,56[27,40 - 31,72] | 15,32[12,60 - 18,04] | 22,44[20,56 - 24,32]# | 0,016 | <0,001 |
| | Controle | 31,26[29,11 - 33,41] | 21,02[17,81 - 24,23] | 26,14[23,77 - 28,51]* | | |
| | Total(2) | 30,41[28,89 - 31,93]c | 18,17[16,06 - 20,28]b | | | |
| BAI | Intervenção | 32,46[29,33 - 35,59] | 18[14,60 - 21,40] | 25,23[22,58 - 27,88] | 0,937 | <0,001 |
| | Controle | 30,49[26,84 - 34,13] | 19,62[15,39 - 23,85] | 25,05[21,60 - 28,51] | | |
| | Total(2) | 31,47[29,07 - 33,87]c | 18,81[16,10 - 21,52]b | | | |
| BDI | Intervenção | 17,74[15,56 - 19,92] | 10,86[9,01 - 12,71] | 14,30[12,57 - 16,03]# | 0,025 | <0,001 |
| | Controle | 20,74[18,02 - 23,46] | 14,74[12,13 - 17,35] | 17,74[15,29 - 20,19]* | | |
| | Total(2) | 19,24[17,50 - 20,98]c | 12,80[11,20 - 14,40]b | | | |
| Uso de medicações | | | | | | |
| ANT | Intervenção | 56,0%[42,2 - 69,8] | 54,0%[40,2 - 67,8] | 55,0%[41,9 - 68,1] | 0,199 | 0,419 |
| | Controle | 64,0%[50,7 - 77,3] | 70,0%[57,3 - 82,7] | 67,1%[54,4 - 79,7] | | |
| | Total(2) | 60,1%[50,4 - 69,7] | 62,3%[52,7 - 72,0] | | | |
| BZD | Intervenção | 58,0% [44,3 - 71,7]aA | 30,0% [17,3 - 42,7]bA | 43,3% [30,8 - 56,1] | 0,309 | 0,001 |
| | Controle | 52,0% [38,2 - 65,8]aA | 54,0% [40,2 - 67,8]aB | 53,0% [39,9 - 66,1] | | |
| | Total(2) | 55,0% [45,2 - 64,8] | 41,5% [31,5 - 51,5] | | | |

Fonte: dados da pesquisa.

Representação por média [Intervalo de Confiança de 95%].

α, β - letras gregas distintas com destaque em negrito representam médias estatisticamente diferentes comparando tempos.

* - símbolos distintos com destaque em negrito representam médias estatisticamente diferentes comparando grupos.

a, b - letras minúsculas distintas representam médias ou proporções estatisticamente diferentes entre tempos, fixando grupos.

A, B - letras maiúsculas distintas representam médias ou proporções estatisticamente diferentes entre grupos fixando tempo.

Abreviaturas: TCCG - Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo; CGI - Impressão Clínica Global; PDSS - Escala de Severidade do Transtorno de Pânico; HAM-A - Hamilton para Ansiedade; BAI - Inventário de Ansiedade de Beck; BDI - Inventário de Depressão de Beck; ANT - Antidepressivos; BZD - Benzodiazepínicos.

Em relação ao *coping*, foi observada mudança significativa nas estratégias de confronto, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva ao longo do tempo em ambos os grupos (Tabela 3). Porém, não houve diferença entre os grupos controle e intervenção e nem na interação grupo*tempo. As estratégias de *coping* que diminuíram significativamente após a TCCG foram confronto ($p_{tempo}=0,019$) e fuga e esquiva ($p_{tempo}=0,005$). As estratégias que aumentaram após a TCCG foram resolução de problemas ($p_{tempo}=0,001$) e reavaliação positiva ($p_{tempo}=0,004$).

Observa-se que a mudança na qualidade de vida foi significativa em todos os domínios em ambos os grupos ao longo do tempo ($p_{tempo}<0,001$), sendo que, no domínio físico, o aumento foi significativamente maior no grupo intervenção ($p_{grupo}=0,028$). No domínio meio ambiente, o aumento foi significativo considerando-se a interação tempo*grupo. Verifica-se que as médias de cada grupo apresentaram diferença, sendo que o grupo intervenção apresentou uma maior variação entre os tempos. Em relação à resiliência, verificou-se que a interação tempo*grupo foi significativa ($p_{interação}=0,027$). Ao observarmos os grupos no tempo, constatamos que a média antes da TCCG é menor do que a média depois da TCCG, sendo que, no pós-TCCG, a resiliência apresentou um aumento significativo no grupo intervenção ($p_{grupo}=0,041$) (Tabela 4).

Tabela 3. Resultado das estratégias de coping: comparação entre os grupos intervenção e controle antes e depois da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG).

| Estratégias | Grupo | TCCG | | | P-valor | |
|-------------------------------|-------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------|---------|-----------|
| | | Antes | Depois | Total(1) | Grupo | Interação |
| Confronto | Intervenção | 6,06[4,99 - 7,13] | 4,86[4,07 - 5,65] | 5,46[4,68 - 6,24] | 0,540 | 0,019 |
| | Controle | 5,24[4,33 - 6,15] | 4,96[4,06 - 5,86] | 5,10[4,26 - 5,94] | | |
| | Total(2) | 5,65[4,95 - 6,35]c | 4,91[4,31 - 5,51]b | | | |
| Afastamento | Intervenção | 5,84[4,90 - 6,78] | 6,52[5,60 - 7,44] | 6,18[5,41 - 6,95] | 0,428 | 0,132 |
| | Controle | 5,54[4,81 - 6,27] | 5,96[4,95 - 6,97] | 5,75[5,01 - 6,49] | | |
| | Total(2) | 5,69[5,10 - 6,28] | 6,24[5,56 - 6,92] | | | |
| Auto Controle | Intervenção | 5,46[4,62 - 6,30] | 6,04[5,26 - 6,82] | 5,75[5,08 - 6,42] | 0,815 | 0,241 |
| | Controle | 5,58[4,86 - 6,30] | 5,70[4,96 - 6,44] | 5,64[5,01 - 6,27] | | |
| | Total(2) | 5,52[4,97 - 6,07] | 5,87[5,33 - 6,41] | | | |
| Suporte Social | Intervenção | 9,84[8,77 - 10,91] | 9,46[8,46 - 10,46] | 9,25[8,75 - 10,55] | 0,165 | 0,298 |
| | Controle | 8,86[7,73 - 9,99] | 8,52[7,44 - 9,60] | 8,69[7,67 - 9,71] | | |
| | Total(2) | 9,35[8,57 - 10,13] | 8,99[8,25 - 9,73] | | | |
| Aceitação da Responsabilidade | Intervenção | 9,30[8,10 - 10,50] | 9,30[8,18 - 10,42] | 9,30[8,30 - 10,30] | 0,124 | 0,307 |
| | Controle | 7,80[6,80 - 8,80] | 8,56[7,36 - 9,76] | 8,18[7,16 - 9,20] | | |
| | Total(2) | 8,55[7,77 - 9,33] | 8,93[8,11 - 9,75] | | | |
| Fuga e Esquiva | Intervenção | 3,26[2,76 - 3,76] | 2,42[1,94 - 2,90] | 2,84[2,44 - 3,24] | 0,289 | 0,005 |
| | Controle | 3,26[2,79 - 3,73] | 3,06[2,55 - 3,57] | 3,16[2,73 - 3,59] | | |
| | Total(2) | 3,26[2,92 - 3,60]c | 2,74[2,39 - 3,09]b | | | |
| Resolução de Problemas | Intervenção | 5,18[4,39 - 5,97] | 5,90[5,15 - 6,65] | 5,54[4,86 - 6,22] | 0,086 | 0,001 |
| | Controle | 4,18[3,35 - 5,01] | 5,08[4,23 - 5,93] | 4,63[3,84 - 5,42] | | |
| | Total(2) | 4,68[4,11 - 5,25]c | 5,49[4,92 - 6,06]b | | | |
| Reavaliação Positiva | Intervenção | 9,58[8,04 - 11,12] | 11,50[9,81 - 13,19] | 10,54[9,09 - 11,99] | 0,927 | 0,004 |
| | Controle | 10,02[8,37 - 11,67] | 10,86[9,11 - 12,61] | 10,44[8,86 - 12,02] | | |
| | Total(2) | 9,80[8,67 - 10,93]c | 11,18[9,96 - 12,40]b | | | |

Fonte: dados da pesquisa.

Representação por média [Intervalo de Confiança de 95%].

α , β - letras gregas distintas com destaque em negrito representam médias estatisticamente diferentes comparando tempos.

Abreviaturas: TCCG - Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo.

Tabela 4. Resultado dos domínios da qualidade de vida e resiliência: comparação entre os grupos intervenção e controle antes e depois da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG).

| Qualidade de Vida - Domínios | TCCG | | | P-valor | | | |
|------------------------------|-------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-------|--------|-----------|
| | Grupo | Antes | Depois | T total(t) | Grupo | Tempo | Interação |
| Físico | Intervenção | 45,21[40,61 - 49,82] | 59,86[54,96 - 64,75] | 52,54[48,36 - 56,71]# | 0,028 | <0,001 | 0,088 |
| | Controle | 40,79[35,50 - 46,07] | 49,79[44,22 - 55,35] | 45,29[40,38 - 50,20]* | | | |
| | Total(2) | 43,00[39,49 - 46,51]c | 54,82[51,11 - 58,53]b | | | | |
| Psicológico | Intervenção | 44,67[40,68 - 48,65] | 56,75[52,22 - 61,28] | 50,71[46,51 - 54,91] | 0,061 | <0,001 | 0,319 |
| | Controle | 40,83[36,50 - 45,17] | 49,92[44,96 - 54,87] | 45,38[41,24 - 49,51] | | | |
| | Total(2) | 42,75[39,81 - 45,69]c | 53,33[49,98 - 56,69]b | | | | |
| Relações Sociais | Intervenção | 48,33[42,68 - 53,99] | 55,17[49,86 - 60,47] | 51,75[46,81 - 56,69] | 0,912 | <0,001 | 0,348 |
| | Controle | 47,17[41,19 - 53,15] | 57,17[51,23 - 63,10] | 52,17[46,67 - 57,66] | | | |
| | Total(2) | 47,75[43,63 - 51,87]c | 56,17[52,19 - 60,15]b | | | | |
| Meio Ambiente | Intervenção | 48,19[43,94 - 52,43]aA | 57,94[54,28 - 61,60]bA | 53,06[49,41 - 56,71] | 0,946 | <0,001 | 0,027 |
| | Controle | 50,38[46,40 - 54,35]aA | 55,38[50,80 - 59,95]bA | 52,88[48,84 - 56,91] | | | |
| | Total(2) | 49,28[46,37 - 52,19] | 56,66[53,73 - 59,58] | | | | |
| Geral | Intervenção | 48,00[42,53 - 53,47] | 61,25[55,44 - 67,06] | 54,63[49,70 - 59,55] | 0,119 | <0,001 | 0,952 |
| | Controle | 42,00[35,51 - 48,49] | 55,00[48,18 - 61,82] | 48,50[42,57 - 54,43] | | | |
| | Total(2) | 45,00[40,75 - 49,25]c | 58,13[53,64 - 62,61]b | | | | |
| Resiliência | Intervenção | 112,78[107,41 - 118,15]aA | 124,94[119,01 - 130,87]bA | 118,86[113,59 - 124,13] | 0,041 | <0,001 | 0,013 |
| | Controle | 108,94[103,42 - 114,46]aA | 113,48[107,89 - 119,07]bB | 111,21[106,10 - 116,32] | | | |
| | Total(2) | 110,86[107,01 - 114,71] | 119,21[113,14 - 125,28] | | | | |

Fonte: dados da pesquisa.

Representação por média [Intervalo de Confiança de 95%].

α , β - letras gregas distintas com destaque em negrito representam médias estatisticamente diferentes comparando tempos.

#* - símbolos distintos com destaque em negrito representam médias estatisticamente diferentes comparando grupos.

a, b - letras minúsculas distintas representam médias ou proporções estatisticamente diferentes entre tempos, fixando grupos.

A, B - letras maiúsculas distintas representam médias ou proporções estatisticamente diferentes entre grupos fixando tempo.

5.3 Preditores de Resposta

Para verificar os preditores que influenciaram a mudança da resiliência e da qualidade de vida de meio ambiente, realizou-se regressão linear, com ajuste para o tipo de grupo (Tabela 5). Ter mais anos de estudo foi a característica sociodemográfica preditora de qualidade de vida meio ambiente, mas não de resiliência. Em relação ao sexo, não houve associação significativa com os desfechos.

Observa-se que a intensidade dos sintomas esteve associada ao aumento da resiliência e da qualidade de vida de meio ambiente, ou seja, os menores níveis de sintomas de depressão e ansiedade iniciais foram preditores de aumento de ambos os desfechos após a terapia. Já os sintomas específicos de TP foram preditores de aumento da qualidade de vida de meio ambiente, porém não apresentaram associação significativa com a resiliência.

Considerando os aspectos psicossociais, constatou-se que foram preditores para o aumento da resiliência e da qualidade de vida de meio ambiente ter escores iniciais mais elevados nos demais domínios da qualidade de vida (físico, psicológico e de relações sociais) e das estratégias de *coping*, como resolução de problemas, reavaliação positiva e suporte social. Cabe salientar que os níveis mais elevados de qualidade de vida de meio ambiente inicial não foram preditores para o aumento da resiliência após a TCCG. No entanto, a resiliência inicial foi preditor do desfecho para a qualidade de vida de meio ambiente.

Tab ela 5. Pred itores sociodemográficos, clínicos e psicossociais para resiliência e qualidade de vida após a TCCG.

| | Resiliência * | | Meio Ambiente * | |
|-----------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------|
| | β (IC95%) | p | β (IC95%) | p |
| Sociodemográficos | | | | |
| Sexo | 0,489 [-10,174; 11,152] | 0,928 | 1,134 [-6,524; 8,793] | 0,772 |
| Anos de estudo | 0,713 [-0,590; 2,016] | 0,283 | 1,195 [0,283; 2,107] | 0,010 |
| Clínicos | | | | |
| Sintomas do TP (PDSS) | -0,902 [-1,822; 0,018] | 0,055 | -0,781 [-1,436; -0,126] | 0,020 |
| Ansiedade (HAM-A) | -0,684 [-1,190; -0,177] | 0,008 | -0,708 [-1,058; -0,359] | <0,001 |
| Depressão (BDI) | -0,620 [-1,062; -0,179] | 0,006 | -0,651 [-0,954; -0,348] | <0,001 |
| Qualidade de Vida | | | | |
| Físico | 0,283 [0,062; 0,504] | 0,012 | 0,230 [0,073; 0,388] | 0,004 |
| Psicológico | 0,579 [0,333; 0,826] | <0,001 | 0,403 [0,224; 0,581] | <0,001 |
| Relações sociais | 0,242 [0,053; 0,430] | 0,012 | 0,301 [0,175; 0,428] | <0,001 |
| Meio ambiente | 0,247 [-0,023; 0,517] | 0,073 | - | - |
| Estratégia de Coping | | | | |
| Suporte Social | 0,950 [-0,058; 1,958] | 0,065 | 0,960 [0,248; 1,671] | 0,008 |
| Resolução de Problemas | 2,084 [0,751; 3,416] | 0,002 | 1,224 [0,251; 2,196] | 0,014 |
| Reavaliação Positiva | 0,694 [-0,001; 1,390] | 0,050 | 0,454 [-0,047; 0,956] | 0,076 |
| Resiliência | | | | |
| Escala de Resiliência | - | - | 0,233 [0,091; 0,374] | 0,001 |

Fonte: dados da pesquisa.

*Regressão linear ajustada para o grupo

Abreviaturas: TCCG – Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo; PDSS – Escala de Severidade do Transtorno de Pânico; HAM-A - Hamilton para Ansiedade; BDI – Inventário de Depressão de Beck.

6 DISCUSSÃO

A versão do manual utilizado no grupo intervenção no presente estudo foi ajustada após as contribuições dos pacientes de um grupo-piloto com características clínicas e demográficas semelhantes às da amostra incluída no ensaio clínico. Essa etapa de adequação mostrou-se necessária e útil para a produção da versão final, o que está de acordo com as orientações para a elaboração de manuais em saúde mental⁽¹²⁴⁾. Assim, além das 12 sessões do protocolo padrão que vem sendo utilizado em vários ensaios clínicos prévios, com evidências de eficácia⁽¹⁷⁾, agora também estão disponíveis as novas sessões com foco em aspectos de resiliência e enfrentamento que influenciam o prognóstico de pacientes com TP⁽²²⁾.

Em relação ao resultado do ensaio clínico, ressalta-se inicialmente que os grupos são homogêneos, já que não houve diferenças significativas entre o grupo controle e o grupo intervenção, considerando-se as características sociodemográficas e a gravidade dos sintomas antes da TCCG. Observa-se, ainda, que a prevalência de comorbidades com o TP foi elevada, sendo que outros transtornos de ansiedade e os transtornos de humor foram os mais frequentes. Tais características estão de acordo com outro estudo que aponta para a alta prevalência de transtornos mentais concomitantes ao TP⁽¹³⁾, sendo que a presença de agorafobia e de outras comorbidades está associada com pior prognóstico⁽²⁾, resposta limitada a medicação⁽¹³⁹⁾ e a TCC⁽¹⁴⁰⁾.

De fato, apesar da gravidade da amostra, tanto do grupo intervenção quanto do grupo controle, os resultados encontrados foram positivos. Considerando-se a resposta à TCCG, houve melhora dos sintomas do TP para ambos os grupos, comprovando-se a eficácia da terapia de acordo com estudos prévios^(65,141). Embora a resposta à TCCG tenha sido positiva para ambos os grupos, observa-se que, no grupo intervenção, a melhora de sintomas de ansiedade e de depressão foi significativamente superior. Esse resultado pode estar associado à estimulação da avaliação cognitiva da situação de estresse, assim como dos recursos de enfrentamento que podem ser utilizados através da regulação da emoção e/ou da gestão do problema. Nesse caso, situações que antes era consideradas um problema podem torna-se desafiadoras, produzindo sentimentos positivos⁽¹⁴¹⁾.

Observou-se, também, a redução de 28% no uso de benzodiazepínicos após o tratamento no grupo intervenção em comparação ao aumento de 2% no grupo controle. Sabe-se que a melhora dos sintomas, sobretudo da ansiedade, conduz à diminuição do uso de benzodiazepínicos⁽¹⁴²⁾. Entretanto, a melhora dos sintomas foi semelhante em ambos os grupos, sendo que a diferença foi observada na resiliência para o grupo intervenção. A nossa

hipótese é a de que a redução do uso da medicação pode estar relacionado ao aumento dos níveis de resiliência. Conforme um estudo prévio de TCCG para o TP, a melhora na capacidade de resiliência após o tratamento foi correlacionada inversamente à intensidade dos sintomas⁽²⁵⁾. No entanto, o delineamento do presente estudo não possibilita afirmar a relação de causalidade.

Em relação às estratégias de *coping*, não foram notadas diferenças significativas em ambos os grupos em termos de afastamento, autocontrole, suporte social e aceitação de responsabilidade. Em estudos com pacientes clínicos⁽¹⁴³⁾ ou pessoas expostas ao estresse crônico⁽¹⁴⁴⁾ que utilizaram uma intervenção breve baseada na teoria do enfrentamento, também não foi encontrada modificação das estratégias⁽¹²⁷⁾. No presente estudo, porém, verificaram-se mudanças significativas após a TCCG nas estratégias de confronto, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva em ambos os grupos. Observa-se que as estratégias de *coping* que diminuíram foram as consideradas desadaptadas (confronto e fuga e esquiva) e as que aumentaram foram as adaptativas (resolução de problemas e reavaliação positiva).

De fato, a estratégia de reavaliação positiva trata de criar um significado positivo focado no crescimento pessoal para enfrentar situações desafiadoras⁽¹⁰¹⁾, o que, conseqüentemente, melhora a adaptação psicológica⁽¹⁴⁵⁾. Da mesma forma, o uso da estratégia de resolução de problemas indica o esforço de análise e de busca de alternativas para lidar com situações estressantes de maneira positiva⁽¹⁰¹⁾. De acordo com estudo prévio, as técnicas cognitivas e comportamentais específicas para o TP (correção de pensamentos distorcidos e exposição interoceptiva e ao vivo) promovem flexibilidade cognitiva, a qual pode repercutir no processo de avaliação de circunstâncias estressoras com estratégias para enfrentamento mais adaptadas⁽¹⁸⁾.

Ainda conforme o resultado do nosso estudo, o uso das estratégias adaptativas de resolução de problemas e da reavaliação positiva antes de iniciar a TCCG foi preditor para o aumento da resiliência após a terapia, independentemente do grupo. Esse achado corresponde à lógica de associação entre a utilização de estratégias de *coping* com o padrão de resiliência. No entanto, o fato de o estudo avaliar a resposta em curto prazo não possibilita ponderações sobre a manutenção do uso das estratégias de *coping* abordadas no grupo intervenção ao longo do tempo sobre os desfechos do TP, como a recaída.

Em relação à qualidade de vida, a melhora foi significativa em todos os domínios em ambos os grupos ao longo do tempo, o que está de acordo com estudo prévio de TCCG para pacientes com TP⁽¹⁹⁾. Porém, no domínio de meio ambiente, houve interação do tempo*grupo

com a adição das estratégias de *coping* e de resiliência. O domínio de meio ambiente reflete as condições e oportunidades de bem-estar no ambiente externo, como a segurança física e a proteção, as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, a participação em oportunidades de recreação e lazer⁽¹³⁶⁾. Entre as técnicas de TCC, utilizou-se a correção das crenças distorcidas sobre os locais onde já ocorreram ataques de pânico, sendo que uma das tarefas realizadas foi a exposição em ambientes temidos ou evitados para promover o enfrentamento progressivo e a habituação⁽²¹⁾. Entende-se que a relação desse domínio específico ao acréscimo das novas estratégias pode estar associada ao aumento da resiliência, o que talvez tenha influenciado a percepção mais positiva dos participantes do grupo intervenção acerca do ambiente ao seu redor⁽¹⁴⁵⁾.

Após a análise de regressão, observou-se que várias características prévias influenciam a melhora significativa do domínio meio ambiente e o aumento da resiliência após a TCCG, independentemente do grupo intervenção ou controle. O fato de ingressar na terapia com melhor qualidade de vida, maior capacidade de resiliência e melhor uso de estratégias de *coping* parece facilitar o aumento da própria resiliência e do domínio qualidade de vida ao final do tratamento. Estudos prévios demonstram a relação entre menor gravidade dos sintomas de ansiedade, depressivos e de sintomas do TP com a melhor qualidade de vida⁽¹⁴⁶⁾. Em nosso estudo, também verificamos que os pacientes com menor gravidade da doença apresentaram aumento significativo da resiliência e do domínio de meio ambiente, indicando que há uma estreita relação entre os aspectos psicossociais e clínicos.

Considerando-se que, de modo geral, os estudos avaliam a mudança dos sintomas específicos do TP após a terapia⁽¹⁴⁷⁾, o presente estudo contribui para a compreensão de aspectos psicossociais que se modificam no processo terapêutico e que estão associados aos resultados da TCCG. Por exemplo, o enfrentamento de situações estressantes ao longo da vida em pacientes com TP pode ser preditor de recaída^(22,147). Portanto, investir em estratégias de *coping* e resiliência no processo terapêutico fortalece o paciente com TP a enfrentar eventos de vida, o que é um fator de risco para a recaídas dos sintomas. Essa hipótese ainda precisa ser confirmada ou refutada em futuros estudos de seguimento.

Este estudo apresenta limitações relativas ao pequeno tamanho da amostra e às perdas ao longo do tratamento, que foi controlado com a análise de *intention to treat*. Outro aspecto é a avaliação de fenômenos complexos e processuais como o *coping* e a resiliência por meio de escalas de autorrelato aplicados somente antes e depois da TCCG. Na concepção de avaliação do *coping*, foram indicadas mensurações repetidas com o objetivo de alcançar uma medida mais apropriada. Contudo, a utilização de grupo controle pareado e a avaliação realizada por

meio de diferentes instrumentos de aspectos psicossociais contribuíram para uma compreensão consistente dos resultados. A pesquisa mostra-se relevante, uma vez que ainda são escassos estudos que investiguem a adição de técnicas cognitivas para o uso adaptativo de estratégias de *coping* e a promoção da resiliência na TCCG para o TP.

7 CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo, que consistiu em avaliar a resposta em curto prazo ao acréscimo de estratégias de *coping* e de resiliência ao protocolo padrão de TCCG para o TP, foi atingido. A hipótese inicial era a de que as estratégias de *coping* e de resiliência adicionadas poderiam alterar o enfrentamento, bem como melhorar a capacidade de resiliência e de qualidade de vida dos pacientes.

A hipótese confirmou-se parcialmente, sendo que os resultados deste estudo evidenciaram que, no grupo intervenção, a capacidade de resiliência e de qualidade de vida no domínio físico aumentou significativamente em relação ao grupo controle, que recebeu o protocolo padrão. No entanto, a mudança das estratégias de *coping* e dos demais domínios da qualidade de vida não foi relacionada ao acréscimo das estratégias cognitivas do grupo intervenção. Os resultados demonstraram melhora significativa dos sintomas do TP e de depressão em ambos os grupos, confirmando a efetividade da TCCG no tratamento de pacientes com TP.

Além disso, para realizar a pesquisa, foi elaborado um manual com o detalhamento de cada sessão da intervenção proposta, favorecendo a redução da variabilidade das ações entre os profissionais. Adicionalmente, a clareza e a viabilidade do manual foram avaliadas em um grupo-piloto, contribuindo, assim, para a produção de evidências robustas ao cuidado do paciente com TP. Portanto, adicionar estratégias cognitivas de *coping* e de resiliência ao protocolo padrão de TCCG mostrou-se viável e efetiva para melhorar tanto a capacidade de resiliência quanto a qualidade de vida dos pacientes com TP.

Ensaio clínico randomizado que avalie intervenções para pacientes com TP desenvolvido com foco no *coping* e na resiliência em amostras maiores são recomendados. Além disso, ainda são necessários estudos de seguimento com avaliações repetidas a médio e longo prazo para que se obtenha uma melhor compreensão da TCCG sobre os efeitos da intervenção nos desfechos do TP, como a recaída.

REFERÊNCIAS

1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948p.
2. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012;21(3):169-84.
3. Buccelletti F, Ojetti V, Merra G, Carroccia A, Marsiliani D, Mangiola F, et al. Recurrent use of the Emergency Department in patients with anxiety disorder. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;17 Suppl 1:100-6.
4. Foldes-Busque G, Marchand A, Chauny JM, Poitras J, Diodati J, Denis I, et al. Unexplained chest pain in the ED: could it be panic? *Am J Emerg Med.* 2011;29(7):743-51.
5. Fleury MJ, Ngui AN, Bamvita JM, Grenier G, Caron J. Predictors of healthcare service utilization for mental health reasons. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(10):10559-86.
6. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry.* 2000;157(4):493-505.
7. Dresler T, Guhn A, Tupak SV, Ehrlis AC, Herrmann MJ, Fallgatter AJ, et al. Revise the revised? New dimensions of the neuroanatomical hypothesis of panic disorder. *J Neural Transm.* 2013;120(1):3-29.
8. Bouton ME, Mineka S, Barlow DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol Rev.* 2001;108(1):4-32.
9. Klauke B, Deckert J, Reif A, Pauli P, Domschke K. Life events in panic disorder-an update on "candidate stressors". *Depress Anxiety.* 2010;27(8):716-30.
10. Moitra E, Dyck I, Beard C, Bjornsson AS, Sibrava NJ, Weisberg RB, et al. Impact of stressful life events on the course of panic disorder in adults. *J Affect Disord.* 2011;134(1-3):373-6.
11. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2010;136(5):768-821.
12. Baker R, Holloway J, Thomas PW, Thomas S, Owens M. Emotional processing and panic. *Behav Res Ther.* 2004;42(11):1271-87.
13. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(4):415-24.
14. Pollack MH. The pharmacotherapy of panic disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005;66 Suppl 4:23-7.
15. Pull CB, Damsa C. Pharmacotherapy of panic disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008;4(4):779-95.
16. Freire RC, Machado S, Arias-Carrión O, Nardi AE. Current pharmacological interventions in panic disorder. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2014;13(6):1057-65.
17. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, et al. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom.* 2003;72(1):43-8.
18. Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Blaya C, Manfro GG, Heldt E. Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Compr Psychiatry.* 2014;55(1):87-92.

19. Heldt E, Gus Manfro G, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: Outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther.* 2006;44(5):657-65.
20. Otto MW, Pollack MH, Maki KM. Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):556-63.
21. Manfro GG, Heldt E, Cordioli AV, Otto MW. [Cognitive-behavioral therapy in panic disorder]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30 Suppl 2:s81-7.
22. Heldt E, Kipper L, Blaya C, Salum GA, Hirakata VN, Otto MW, et al. Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(1):23-9.
23. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord.* 2005;88(1):27-45.
24. Hino T, Takeuchi T, Yamanouchi N. A 1-year follow-up study of coping in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry.* 2002;43(4):279-84.
25. Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Guimarães LS, Heldt E. Booster sessions after cognitive-behavioural group therapy for panic disorder: impact on resilience, coping, and quality of life. *Behav Cogn Psychother.* 2015;43(5):513-25.
26. Savoia MG, Bernik M. Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 2004;59(6):337-40.
27. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry.* 1987;57(3):316-31.
28. Rutter M. Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Negl.* 2007;31(3):205-9.
29. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol.* 2012;24(2):335-44.
30. Davis MC, University AS, Luecken L, University AS, Lemery-Chalfant K, University AS. Resilience in common life: introduction to the special issue. *J. Pers* 2015;77(6):1637-44.
31. Yates TM TF, Masten AS. Resilience theory and the practice of positive psychology from individuals to societies. In: Joseph S, editor. *Positive psychology in practice: promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life.* 2 ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2015. p.773-88.
32. Robertson IT, UK RCM, UK MBSUoM, Cooper CL, UK LULUMS, Sarkar M, et al. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *J. Occup. Organ. Psychol.* 2015;88(3):533-62.
33. Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience. *Clin Psychol Psychother.* 2012.
34. Reivich KJ, Seligman MEP, McBride S. Master resilience training in the U.S. Army. *Am Psychol.* 2011;66(1):25.
35. Gournay K, Denford L, Parr AM, Newell R. British nurses in behavioural psychotherapy: a 25-year follow-up. *J Adv Nurs.* 2000;32(2):343-51.
36. Reasor JE, Farrell SP. The effectiveness of advanced practice registered nurses as psychotherapists. *Arch Psychiatr Nurs.* 2005;19(2):81-92.
37. Sampaio FM, Sequeira CA, Lluch Canut MT. Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *J Clin Nurs.* 2015;24(15-16):2096-105.
38. Nay W, Brown R, Roberson-Nay R. Longitudinal course of panic disorder with and without agoraphobia using the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychiatry Res.* 2013;208(1):54-61.

39. Takayanagi Y, Spira AP, Roth KB, Gallo JJ, Eaton WW, Mojtabai R. Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders: results from the Baltimore Epidemiological Catchment Area study. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(3):273-80.
40. Smoller JW, Gardner-Schuster E, Covino J. The genetic basis of panic and phobic anxiety disorders. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2008;148C(2):118-26.
41. Domschke K, Zwanzger P. GABAergic and endocannabinoid dysfunction in anxiety – future therapeutic targets? *Curr Pharm Des*. 2008;14(33):3508-17.
42. Nikolaus S, Antke C, Beu M, Müller HW. Cortical GABA, striatal dopamine and midbrain serotonin as the key players in compulsive and anxiety disorders – results from in vivo imaging studies. *Rev Neurosci*. 2010;21(2):119-39.
43. Cortese BM, Phan KL. The role of glutamate in anxiety and related disorders. *CNS Spectr*. 2005;10(10):820-30.
44. Ehlers A, Margraf J, Roth WT, Taylor CB, Maddock RJ, Sheikh J, et al. Lactate infusions and panic attacks: do patients and controls respond differently? *Psychiatry Res*. 1986;17(4):295-308.
45. Gorman JM, Askanazi J, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein J, Kinney JM, et al. Response to hyperventilation in a group of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1984;141(7):857-61.
46. Dager SR, Strauss WL, Marro KI, Richards TL, Metzger GD, Artru AA. Proton magnetic resonance spectroscopy investigation of hyperventilation in subjects with panic disorder and comparison subjects. *Am J Psychiatry*. 1995;152(5):666-72.
47. Graeff FG, Garcia-Leal C, Del-Ben CM, Guimarães FS. Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis? *An Acad Bras Cienc*. 2005;77(3):477-91.
48. Knappe S, Beesdo-Baum K, Nocon A, Wittchen HU. Re-examining the differential familial liability of agoraphobia and panic disorder. *Depress Anxiety*. 2012;29(11):931-8.
49. Crowe RR, Noyes R, Pauls DL, Slymen D. A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(10):1065-9.
50. Scocco P, Barbieri I, Frank E. Interpersonal problem areas and onset of panic disorder. *Psychopathology*. 2007;40(1):8-13.
51. Manfro GG, Otto MW, McArdle ET, Worthington JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *J Affect Disord*. 1996;41(2):135-9.
52. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*. 1986;24(4):461-70.
53. Reiss S. Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clin Psychol Rev*. 1991;11(2):141-53.
54. Taylor S. Anxiety sensitivity: theoretical perspectives and recent findings. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):243-58.
55. Briggs AC, Stretch DD, Brandon S. Subtyping of panic disorder by symptom profile. *Br J Psychiatry*. 1993;163:201-9.
56. Zugliani MM, Freire RC, Perna G, Crippa JA, Nardi AE. Laboratory, clinical and therapeutic features of respiratory panic disorder subtype. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2015;14(5):627-35.
57. Levitan MN, Nardi AE. Nocturnal panic attacks: clinical features and respiratory connections. *Expert Rev Neurother*. 2009;9(2):245-54.
58. Marchand A, Roberge P, Primiano S, Germain V. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *J Anxiety Disord*. 2009;23(8):1139-47.
59. Otto MW, Deveney C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 4:28-32.

60. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327-35.
61. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, et al. Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1179-87.
62. Hendriks SM, Spijker J, Licht CM, Beekman AT, Penninx BW. Two-year course of anxiety disorders: different across disorders or dimensions? *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(3):212-21.
63. Ramsawh HJ, Weisberg RB, Dyck I, Stout R, Keller MB. Age of onset, clinical characteristics, and 15-year course of anxiety disorders in a prospective, longitudinal, observational study. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):260-4.
64. Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, et al. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry*. 17. France2002. p. 394-8.
65. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012;36(5):427-40.
66. Manfro GG, Heldt E, Cordioli AV. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 431-48.
67. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(4):413-21.
68. Norton PJ, Price EC. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(6):521-31.
69. Hans E, Hiller W. A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):954-64.
70. Stewart RE, Chambless DL. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(4):595-606.
71. Bandelow B, Zohar J, Kasper S, Möller HJ. How to grade categories of evidence. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):242-7.
72. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2012;16(2):77-84.
73. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(5):403-39.
74. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(1):CD004364.
75. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. 2015;30(4):183-92.
76. Gould RA, Ott MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev*. 1995;15(8):819-44.

77. Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety*. 2011;28(7):560-7.
78. Pollack MH, Smoller JW. The longitudinal course and outcome of panic disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1995;18(4):785-801.
79. Otto MW, Jones JC, Craske MG, Barlow DH. Stopping anxiety medication: panic control therapy for benzodiazepine discontinuation (therapist Guide). San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
80. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2007;7:18.
81. Van Apeldoorn FJ, Timmerman ME, Mersch PP, Van Hout WJ, Visser S, Van Dyck R, et al. A randomized trial of cognitive-behavioral therapy or selective serotonin reuptake inhibitor or both combined for panic disorder with or without agoraphobia: treatment results through 1-year follow-up. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(5):574-86.
82. Gloster AT, Hauke C, Höfler M, Einsle F, Fydrich T, Hamm A, et al. Long-term stability of cognitive behavioral therapy effects for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up study. *Behav Res Ther*. 2013;51(12):830-9.
83. Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, Wedekind D, Rütger E. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(3):175-87.
84. Castonguay LG, Beutler LE. Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships, and techniques factors. *J Clin Psychol*. 2006;62(6):631-8.
85. Huppert JD, Kivivity Y, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther*. 2014;52:26-34.
86. Porter E, Chambless DL. A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clin Psychol Rev*. 2015.
87. White KS, Payne LA, Gorman JM, Shear MK, Woods SW, Saksa JR, et al. Does Maintenance CBT Contribute to Long-Term Treatment Response of Panic Disorder With or Without Agoraphobia? A Randomized Controlled Clinical Trial. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(1):47-57.
88. Gloster AT, Sonntag R, Hoyer J, Meyer AH, Heinze S, Ströhle A, et al. Treating Treatment-Resistant Patients with Panic Disorder and Agoraphobia Using Psychotherapy: A Randomized Controlled Switching Trial. *Psychother Psychosom*. 2015;84(2):100-9.
89. Behenck A, Wesner AC, Finkler, D, Heldt E. Contribution of Group Therapeutic Factors to the Outcome of Cognitive–Behavioral Therapy for Patients with Panic Disorder. *Arch Psychiatr Nurs*, 2017;31(2): 142-46
90. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980;21(3):219-39.
91. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*. 1985;48(1):150-70.
92. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(3):571-9.
93. Dunkel-Schetter C, Folkman S, Lazarus RS. Correlates of social support receipt. *J Pers Soc Psychol*. 1987;53(1):71-80.

94. Delfino JP, Barragán E, Botella C, Braun S, Bridler R, Camussi E, et al. Quantifying insufficient coping behavior under chronic stress: a cross-cultural study of 1,303 students from Italy, Spain and Argentina. *Psychopathology*. 2015;48(4):230-9.
95. Mohr C, Braun S, Bridler R, Chmetz F, Delfino JP, Kluckner VJ, et al. Insufficient coping behavior under chronic stress and vulnerability to psychiatric disorders. *Psychopathology*. 2014;47(4):235-43.
96. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med*. 2002;25(6):551-603.
97. Folkman S, Lazarus RS. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire: Research Edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1988.
98. Savoia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP*. 1996; 7(1-2):183-201.
99. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(2):267-83.
100. Kato T. Frequently used coping scales: a meta-analysis. *Stress Health*. 2015;31(4):315-23.
101. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(5):992-1003.
102. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer; 1984. p. 141-80.
103. Lazarus RS. The psychology of stress and coping. *Issues Ment Health Nurs*. 1985;7(1-4):399-418.
104. Strentz T, Auerbach SM. Adjustment to the stress of simulated captivity: effects of emotion-focused versus problem-focused preparation on hostages differing in locus of control. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55(4):652-60.
105. Lazarus RS. Costs and benefits of denial In: Breznitz S, editor. *The denial of stress*. New York: International Universities Press; 1983. p. 1-30.
106. Cooper C, Balamurali TB, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(2):175-95.
107. Li R, Cooper C, Bradley J, Shulman A, Livingston G. Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;139(1):1-11.
108. Perez-Ordóñez F, Frías-Osuna A, Romero-Rodríguez Y, Del-Pino-Casado R. Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016;25(4):600-7.
109. del-Pino-Casado R, Pérez-Cruz M, Frías-Osuna A. Coping, subjective burden and anxiety among family caregivers of older dependents. *J Clin Nurs*. 2014;23(23-24):3335-44.
110. Li R, Cooper C, Austin A, Livingston G. Do changes in coping style explain the effectiveness of interventions for psychological morbidity in family carers of people with dementia? A systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(2):204-14.
111. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP, Norton GR. Situations and specific coping strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks. *Behav Res Ther*. 1992;30(1):67-9.
112. Cabanyes Truffino J. Resilience: An approach to the concept. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010;3(4):145-51.

113. Werner EE. Resilience in development. *Curr Dir Psychol Sci.* 1995;4(3):81-5.
114. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol.* 1990;2(04):425-44.
115. Knight C, Stewart D, McWhirter J. A resilience framework: perspectives for educators. 2007;107(6):543-55.
116. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemp Nurse.* 2007;25(1-2):124-35.
117. Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behav Brain Sci.* 2015;38:e92.
118. Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(2):1-43. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012527/pdf>.
119. Leppin AL, Gionfriddo MR, Sood A, Montori VM, Erwin PJ, Zeballos-Palacios C, et al. The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2014;3:20.
120. Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *J Am Coll Health.* 2008;56(4):445-53.
121. Songprakun W, McCann TV. Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2012;12:12.
122. Batinic B, Trajkovic G, Duisin D, Nikolic-Balkoski G. Life events and social support in a 1-year preceding panic disorder. *Psychiatr Danub.* 2009;21(1):33-40.
123. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichert K, Gonçalves MRCB, Gomes PC, Solha RKT, et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2015. Available from: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>.
124. Kendall PC, Gosch E, Furr JM, Sood E. Flexibility within fidelity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(9):987-93.
125. Heldt E, Cordioli AV, Knijnik DZ, Manfro GG. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapias: abordagens atuais.* 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 317-40.
126. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.* 7.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669p.
127. Chesney MA, Chambers DB, Taylor JM, Johnson LM, Folkman S. Coping effectiveness training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosom Med.* 2003;65(6):1038-46.
128. Caballo VE. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais.* São Paulo: Santos, 2003. 408p.
129. Maddi SR, Harvey RH, Khoshaba DM, Fazel M, Resurreccion N. Hardiness training facilitates performance in college. *J. Posit. Psychol.* 2009;4(6):566-77.
130. Amorin P. International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; 22:106-15.
131. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, et al. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom.* 2003;73:43-8.
132. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5.

133. Guy W, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. *Clinical Global Impressions*. CGI. Rockville (MD): US National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch, 1976 ed1998.
134. Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, et al. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psychiatry*. 1997;154(11):1571-5.
135. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011. p. 172.
136. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "Whoqol-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000; 32:178-83.
137. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes, Raquel. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:436-48.
138. Brasil MS. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
139. Chen MH, Tsai SJ. Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016;70:219-26.
140. Freire RC, Zugliani MM, Garcia RF, Nardi AE. Treatment-resistant panic disorder: a systematic review. *Expert Opin Pharmacother*. 2016;17(2):159-68.
141. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1984;46(4):839-52.
142. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):93-107.
143. Nahlén Bose C, Persson H, Björling G, Ljunggren G, Elfström ML, Saboonchi F. Evaluation of a Coping Effectiveness Training intervention in patients with chronic heart failure – a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(7):537-48.
144. Haakonsen Smith C, Turbitt E, Muschelli J, Leonard L, Lewis KL, Freedman B, et al. Feasibility of Coping Effectiveness Training for Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder: a Genetic Counseling Intervention. *J Genet Couns*. 2017. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10897-017-0144-1>
145. Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; (2):1-43.
146. Ogawa S, Kondo M, Okazaki J, Imai R, Ino K, Furukawa TA, et al. The relationships between symptoms and quality of life over the course of cognitive-behavioral therapy for panic disorder in Japan. *Asia Pac Psychiatry*. 2017;9(2).
147. Fentz HN, Arendt M, O'Toole MS, Hoffart A, Hougaard E. The mediational role of panic self-efficacy in cognitive behavioral therapy for panic disorder: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2014;60:23-33.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Prezado(a) participante:

Estamos convidando você para participar deste estudo intitulado “Subtipo Respiratório do Transtorno de Pânico: Resposta à Terapia Cognitivo-Comportamental”. Sabe-se que alguns pacientes, em virtude de terem sintomas mais específicos, podem apresentar melhor resposta a diferentes técnicas. Os objetivos da pesquisa são identificar a resposta a essa modalidade de terapia e ao acréscimo de sessões com técnicas para o enfrentamento de eventos de vida. A terapia cognitivo-comportamental é uma das abordagens disponíveis para o tratamento do transtorno de pânico e é oferecida rotineiramente nesta instituição. Há outras opções de tratamento, tais como medicamentos ou outras técnicas de terapia. Caso você esteja usando algum medicamento para tratamento do transtorno de pânico, não deverá interromper o uso.

Para participar deste estudo, você será convidado a responder perguntas referentes aos sintomas do transtorno do pânico, de ansiedade e de depressão e sobre alguns traços de sua personalidade. Além disso, será feita uma coleta de sangue para que possamos observar a existência de um marcador específico que possa guiar-nos nessa resposta à terapia, além de podermos identificar patologias que influenciem em sua resposta ao tratamento ou que possam até mesmo impedir que você seja incluído no estudo.

Para a sua participação, será necessário responder a questionários antes do tratamento, ao final do tratamento e um ano após o término do grupo, o que levará em torno de uma hora cada preenchimento. A coleta de sangue será realizada duas vezes, antes do início das sessões de terapia e após o término do tratamento. As sessões, que duram 90 minutos, ocorrem uma vez por semana, durante 12 ou 16 semanas, conforme o grupo do qual você irá participar.

A participação na pesquisa é voluntária. Não está previsto qualquer tipo de pagamento pela participação no estudo, e você não terá nenhum custo com os procedimentos envolvidos. A terapia proposta pode apresentar certo desconforto pelo aumento da ansiedade durante as tarefas de enfrentamento dos medos. Além disso, a coleta de sangue pode causar tontura, desconforto no local da coleta e também um pequeno hematoma. Se você decidir não participar, tem absoluta liberdade de fazê-lo, não acarretando nenhum prejuízo na continuidade do seu tratamento. Da mesma forma, durante qualquer momento do estudo, você pode retirar o seu consentimento para participar da pesquisa e seu tratamento será mantido.

Você poderá beneficiar-se com a terapia oferecida para diminuir os sintomas de ansiedade, embora a participação na pesquisa não traga benefícios diretos. Contudo, você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa. Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e ou aos seus direitos, deverá contatar com a Prof^a Elizeth Heldt, pesquisadora responsável, ou com a pesquisadora Ana Cristina Wesner pelo fone (51) 85470691. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pode ser consultado pelo fone (51) 3359-7640 ou na Rua Ramiro Barcelos 2350 sala 2227 F, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

O pesquisador certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e, em caso de divulgação, serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Atenciosamente,

Nome do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Aceito participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome do(a) paciente: _____

Assinatura do(a) paciente: _____

Porto Alegre, de de

APÊNDICE B – Protocolo de Pesquisa

PROJETOS

Subtipo Respiratório do Transtorno de Pânico: Resposta à Terapia Cognitivo-Comportamental

Avaliação de resposta ao acréscimo de estratégias de *coping* ao padrão de terapia cognitivo-comportamental em grupo para o transtorno de pânico

PESQUISADORES: Gisele Gus Manfro
 Carolina Blaya
 Elizeth Heldt
 Ana Cristina Wesner Viana
 Andressa Behenck
 Débora Flincker
 Pedro Beria

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Serviço de Psiquiatria: HCPA () HMIPV ()

PROTOCOLO DE PESQUISA

PACIENTE

NOME COMPLETO:

ENDEREÇO

CEP _____ CIDADE: _____

BAIRRO _____

TELEFONE RESIDENCIAL: (____) _____ COMERCIAL: (____) _____

CELULAR: (____) _____ TELEFONE P/ RECADOS: (____) _____

E-MAIL: _____

Você checa seus e-mails frequentemente (a cada semana, p.ex.)? (1) Sim (2) Não

DATA DA PRIMEIRA ENTREVISTA: ___/___/_____ (entrada no estudo)

DATA DA ÚLTIMA ENTREVISTA: ___/___/_____ (final do estudo)

PRONTUÁRIO

Dados Demográficos

- 1. Nome:** _____ **2. Sexo:** Masculino(1) Feminino(2)
3. Data de Nascimento: ____/____/____ **4. Idade:** ____ anos
5. Nível Educacional
 (1) Fundamental Incompleto (2) Fundamental Completo (3) Médio Incompleto
 (4) Médio Completo (5) Superior Incompleto (6) Superior Completo
 (7) Pós-graduação (8) Outros (Especificar): _____
6. Anos completos de estudo (desprezar repetências): _____ anos

Perfil Socioeconômico

- 10. Procedência**
 (1) POA (2) G. POA (3) Interior (4) Outros estados (5) Estrangeiro
11. Situação conjugal atual
 (1) Solteiro (2) Casado/Marital (3) Separado ou Divorciado (4) Viúvo
12. Com quem vive atualmente
 (1) Sozinho (2) c/ pais (3) c/ cônjuge (4) c/ filhos (5) c/ família
 (6) Instituição (7) Outro (Especificar): _____
13. Ocupação
 (1) Estudante (2) Empregado (3) Com ocupação
 (4) Desempregado (5) Do lar (6) Auxílio-doença
 (7) Aposentadoria por invalidez (8) Aposentadoria por tempo de serviço
 (9) Outro (Especificar): _____
14. Renda individual: _____ salários mínimos (R\$ _____)
15. Renda familiar: _____ salários mínimos (R\$ _____)
16. Classe Socioeconômica (IBGE)
 (1) Classe A: 35 ou + pontos (2) Classe B: 21-34 ponto (3) Classe C: 10-20 pontos
 (1) Classe D: 5-9 pontos (2) Classe E: 0-4 pontos (3) Classe C: 10-20 pontos

| Item | Não tem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 ou + |
|--|---------|---|----|----|----|---------------|--------|
| TV | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 | 12 |
| Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Banheiro | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 | 12 |
| Carro | 0 | 4 | 8 | 12 | 16 | 16 | 16 |
| Empregada | 0 | 6 | 12 | 18 | 24 | 24 | 24 |
| Telefone | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Geladeira | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Instrução do chefe da família | | | | | | Pontos | |
| Analfabeto/Ensino fundamental incompleto | | | | | | 0 | |
| Ensino fundamental completo | | | | | | 1 | |
| Ensino médio incompleto | | | | | | 3 | |
| Ensino médio completo/Ensino superior incompleto | | | | | | 5 | |
| Ensino superior completo | | | | | | 10 | |
| | | | | | | | |

Dados Clínicos Pré-TCCG

17. Idade de início dos sintomas (aproximadamente): _____ anos

18. Associação de fator estressor e início da doença

(0) Não (1) Sim (2) Não lembra

19. Qual a natureza desse estressor?

(1) **Trabalho** (mudança de trabalho, dificuldade com a chefia, perda de emprego, reconhecimento profissional)

(2) **Perda do suporte social** (morte de alguém da família, morte de um amigo, morte de um cônjuge)

(3) **Família** (doença na família, separação, casamento, gravidez, nascimento na família)

(4) **Mudanças no ambiente** (mudança na escola, mudança de casa, mudança do número de pessoas morando na casa)

(5) **Dificuldades pessoais** (problemas de saúde, mudanças de hábitos pessoais, mudanças de atividades sociais, mudanças recreativas, mudanças de atividades religiosas, acidentes, dificuldades sexuais, aposentadoria)

(6) **Finanças** (perdas financeiras, dívidas)

(7) **Não teve**

20. Transtorno psiquiátrico prévio (descartar TP): (0) Não (1) Sim **Qual?** _____

21. Tratamento? Qual medicação? _____

(0) Nenhum (1) ISRS (2) Benzodiazepínico (3) Tricíclico (4) Antipsicótico; (5) iMAO (6) Psicoterapia

22. Tratamento psiquiátrico prévio para TP: (0) Não (1) Sim

Se medicação, qual(is) medicação(ões)? _____

Se ISRS, por quanto tempo? _____ Qual dose? _____ Por que parou? _____

() Terapia cognitiva () Psicoterapia psicodinâmica () Não sabe

23. Eixo III – Algum tipo de condição clínica associada/concomitante: (0) Não (1) Sim

24. Qual? _____

Resultados do M.I.N.I.

Circule a letra correspondente quando há transtorno relacionado:

- A EDM – atual (2 últimas semanas)
- A EDM – passado
- ' Distímia – atual (2 últimos anos)
- B Risco de suicídio – atual (último mês)
- C Episódio (hipo)maníaco – vida inteira + atual (último mês)
- D Transtorno do pânico – vida inteira + atual (último mês)
- E Agorafobia (atual)
- F Fobia social
- G Transtorno obsessivo compulsivo – atual (último mês)
- H Transtorno de estresse pós-traumático – atual (último mês)
- I Dependência/Abuso de álcool – atual (últimos 12 meses)
- J Dependência/Abuso de substância – atual (últimos 12 meses)
- K Síndrome psicótica (vida inteira + atual)
- L Anorexia nervosa – atual (últimos 3 meses)
- M
- N Bulimia nervosa – atual (últimos 3 meses)
- O Transtorno de ansiedade generalizada – atual (últimos 6 meses)

Caracterização do Transtorno do Pânico Pré-TCCG**1. Conteúdo dos ataques**

- | | | | |
|-----------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| (1) Falta de ar | (2) Sudorese | (3) Visão turva | (4) Mãos frias e úmidas |
| (5) Coração acelerado | (6) Tremor nas mãos | (7) Náusea | (8) Boca seca |
| (9) Dormência labial | (10) Ondas de frio | (11) Ondas de calor | (12) Formigamento das extremidades |

- (13) Urgência para urinar (14) Urgência para urinar (15) Tontura, balanço e flutuação (16) Estranheza em relação ao corpo/ambiente
- 2. Critérios de Briggs:** (1) Medo de morrer (2) Desconforto/dor no peito (3) Falta de ar (4) Parestesia (5) Sensação de engasgamento
- 3. Subtipo do Pânico:** (1) Respiratório presença de 4 ou 5 sintomas (2) Não Respiratório menos de 4 sintomas
- 4. Duração média das crises:** _____ minutos
- 5. Em um ataque de pânico, você tem medo de quê? (morrer, sofrer ataque cardíaco etc.)**
-
- 6. Condição atual:**
 (1) Só situacional (2) + situacionais (3) Ambos = (4) + espontâneos (5) Só espontâneo

Registro das Medicações

Baseline

Dose: _____ Sintomas atuais: _____

Plano: _____

12ª Sessão

Dose: _____ Sintomas atuais: _____

Plano: _____

1º Ano

Dose: _____ Sintomas atuais: _____

Plano: _____

História Médica (exclusão)

Doença cardiorrespiratória () renal () hepática () diabetes () câncer ativo ()

Desnutrição () cx TGI () diarreia crônica () dx tireoide () dx paratireoide ()

Medicações: antiácidos (alumínio/magnésio) () bifosfonados () vit D () calcitriol ()

acetazolamida ()

Outros: _____

Caracterização do Transtorno do Pânico Pós-TCCG

1. Conteúdo dos ataques

(1) Falta de ar (2) Sudorese (3) Visão turva (4) Mãos frias e úmidas

(5) Coração acelerado (6) Tremor nas mãos (7) Náusea (8) Boca seca

(9) Dormência labial (10) Ondas de frio (11) Ondas de calor (12) Formigamento das extremidades

(13) Urgência para urinar (14) Urgência para urinar (15) Tontura, balanço e flutuação (16) Estranheza em relação ao corpo/ambiente

2. Critérios de Briggs: (1) Medo de morrer (2) Desconforto/dor no peito (3) Falta de ar

(4) Parestesia (5) Sensação de engasgamento

3. Subtipo do Pânico: (1) Respiratório presença de 4 ou 5 sintomas

(2) Não Respiratório menos de 4 sintomas

4. Duração média das crises: _____ minutos

5. Em um ataque de pânico, você tem medo de quê? (morrer, sofrer ataque cardíaco, etc.)?

6. Condição atual:

(1) Só situacional (2) + situacionais (3) Ambos = (4) + espontâneos (5) Só espontâneo

APÊNDICE C – Manual de Intervenção

Terapia Cognitivo-Comportamental

Transtorno de Pânico

Ana Cristina Wesner Viana**Andressa Behenck****Débora Cassiane Finkler****Elizeth Heldt**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

FUNCIONAMENTO DAS SESSÕES

As sessões do nosso grupo vão ocorrer semanalmente, conforme ocorreu no grupo de TCC para o transtorno de pânico. Contudo, o horário e o local serão definidos pelo coordenador com o novo grupo selecionado.

FREQUÊNCIA

É **muito importante** que você venha a todas as sessões!!

Se você faltar a alguma sessão, perderá o que vimos naquele encontro, pois não vamos repetir o que já aprendemos.

MATERIAL

Você está recebendo um manual impresso que vamos utilizar durante as sessões. É muito importante que você cuide do seu material, pois algumas vezes, durante o tratamento (e até depois), você vai precisar dele!

TAREFA DE CASA

Nós sempre vamos terminar as sessões com uma tarefa de casa. Você vai aprender muitas coisas novas com o seu terapeuta e fazendo os exercícios deste manual! Nós queremos que você leve o que vai aprender aqui e utilize essas novas habilidades em outras situações. Por isso a tarefa de casa é tão importante! Você vai ter a oportunidade de praticar em casa o que aprender. No começo de cada sessão, o terapeuta vai revisar a sua tarefa de casa.

Sessão 1

Agenda da sessão:

- ★ Apresentação
- ★ Definindo o estresse
- ★ Técnicas para enfrentar ansiedade: relaxamento e respiração
- ★ Tarefa de casa
- ★ Resumo da sessão

Estresse

O estresse é uma experiência individual e depende da visão subjetiva de um indivíduo a determinada situação, ou seja, o modo como percebe, a interpretação e o sentido que atribui ao evento é que o classificará ou não como condição de estresse. Por essa razão, um evento pode ser enfrentado como perigoso, difícil ou doloroso por um indivíduo e, para outro, ser apenas um desafio.

Os estressores podem ser encontrados no local de trabalho (as pressões de tempo, os conflitos inter e intrapessoais), ou estar ligados a assuntos pessoais (as preocupações financeiras, os problemas com os filhos, os problemas conjugais, as preocupações de saúde) e do meio ambiente (o local onde reside). Entretanto, deve-se ressaltar que as pessoas têm diferentes níveis de tolerância a situações estressantes, até no mesmo indivíduo, conforme o período de vida em que o estresse ocorre. Algumas são perturbadas pela mais leve mudança ou emergência, enquanto outras são afetadas apenas por estressores de maior magnitude ou quando a exposição a eles é muito prolongada. No entanto, pequenos eventos do dia a dia (microestressores) podem agir de maneira cumulativa e transformar-se em grandes fontes de estresse.

As suas reações ao estresse são em parte determinadas pela sensibilidade do seu sistema nervoso simpático (SNS). Esse sistema produz a reação de “luta ou fuga” em resposta ao estresse e à excitação, elevando fatores como pulsação, respiração, tensão muscular e circulação sanguínea, preparando-o para a ação. É um processo totalmente normal. Se você sente muito estresse na sua vida, seu SNS pode estar sempre pronto para

reagir, colocando-o em estado constante de tensão. Desse modo, você tende a reagir a um pequeno estresse do mesmo modo que reagiria a uma emergência real. Se você tem muitas reações (luta ou fuga) que diminuem as suas reservas de energia, elas podem levar ao esgotamento. Porém, você pode quebrar este ciclo. Neste manual, você encontrará algumas maneiras para fazer isso!

Identifique os seus sinais de estresse

Existem vários sintomas ligados ao estresse que variam de pessoa para pessoa e também variam na mesma pessoa diante de diferentes intensidades de estresse. Veja a lista a baixo e circule os sentimentos ou comportamentos que ocorrem com você em momentos de estresse.

- **Físicos:** falta de ar, palpitação, rigidez ou tensão muscular, dores de cabeça, dor de barriga, mandíbula ou pulsos cerrados, tonturas, tremedeiras, diarreia, ranger de dentes, sudorese, fraqueza, perda de interesse por sexo, cansaço, inquietação.
- **Emocionais:** irritabilidade, raiva, preocupação, problemas de concentração, atitudes negativas, solidão, sentimentos negativos e deprimidos, tensão, mau humor, inabilidade para relaxar.
- **Comportamentais:** aumento ou perda de apetite, problemas para dormir, propensão a acidentes, beber mais álcool, evitar as tarefas, problemas com o sono, dificuldade em finalizar tarefas do trabalho, incomodações, tremores, choro, fumar mais.
- **Cognitivos:** pensamentos de ansiedade, mais rápidos ou mais lentos, sofrer por antecipação, pouca concentração, dificuldades de memorizar.
- **Sociais:** evitar as outras pessoas, isolamento, não querer ficar só, desabafos, ficar irritado facilmente com outras pessoas.

Identifique os eventos estressores com que são mais difíceis de lidar

- a) Trabalho: mudança de trabalho, dificuldade com a chefia, perda de emprego, reconhecimento profissional.
- b) Perda de suporte social: morte de alguém da família, morte de um amigo, morte do cônjuge.
- c) Família: doença na família, separação, casamento, gravidez, nascimento na família.

- d) Mudanças no ambiente: mudança na escola, mudança de casa, mudança do número de pessoas morando na casa.
- e) Dificuldades pessoais: problemas de saúde, mudanças de hábitos pessoais, mudanças de atividades sociais, mudanças recreativas, mudanças de atividades religiosas, acidentes, dificuldades sexuais, aposentadoria.
- f) Finanças: perdas financeiras, dívidas.

Elabore sua lista de eventos e classifique, de acordo com o impacto, sendo “10” o evento estressor que é mais difícil para você enfrentar. Utilize os exemplos acima.

| Eventos estressores | Impacto (0 a 10) |
|---------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Administrando o estresse

É importante que você desenvolva habilidades que o ajudem a administrar o estresse em vez de tentar controlá-lo.

Pense: o que ajuda você a lidar com o estresse em sua vida?

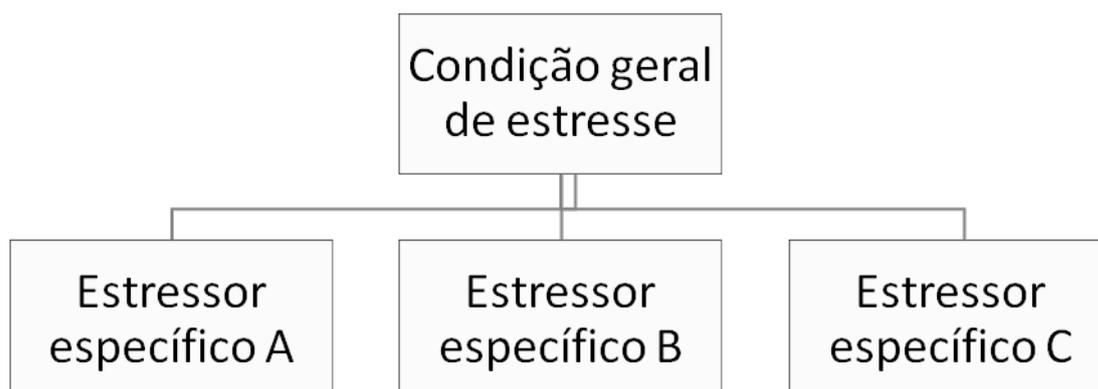
Assim como o estresse é uma experiência individual, a forma como você lida com ele também é individual.

Você é a única pessoa que pode dizer o que é estressante em sua vida, assim como é a única pessoa que sabe o que lhe faz bem.

Enfrentando o estresse

Geralmente, há condições estressantes amplas e globais. Alguns exemplos são "minha saúde" ou "o relacionamento com minha mãe". É muito difícil lidar com condições gerais de estresse que sejam muito amplas sem dividi-las em situações específicas menores. Podemos identificar condições gerais de estresse pelo modo como são descritas. Com frequência, são descritas em termos como **sempre**, em **qualquer lugar** ou **todo mundo**. Por exemplo, se você acredita que "em **qualquer lugar** onde esteve, **todo mundo** que você conheceu **sempre** o odiou muito", você estaria falando sobre uma condição geral de estresse e provavelmente estaria sentindo-se muito estressado.

O primeiro passo do enfrentamento é considerar essas **condições gerais de estresse** e dividi-las em **situações específicas de estresse**.



Você pode identificar situações específicas de estresse reduzindo o âmbito de uma condição geral. Um modo de reduzir o âmbito de uma condição geral é fazer perguntas que comecem com **Quem, O Que/Quais, Onde e Quando**.

Situações específicas de estresse

Tomemos o exemplo de uma condição geral de estresse:

"Meu relacionamento com minha mãe".

Quem: quem faz o relacionamento com sua mãe ser estressante?

"Só eu, ela não parece estar estressada com isso."

O que/Quais: quais os tipos de situações com ela que deixam você estressado?

"Quando ela me pergunta quando vou me casar."

Onde: onde este tipo de pergunta deixa você mais estressada?

"Quando estou sentada à mesa de jantar na casa dela junto com todos os parentes."

Quando: quando foi a última vez em que isso ocorreu?

"Há duas semanas, na festa de seu aniversário de 62 anos."

A situação específica de estresse, que realmente define o problema, é a seguinte:

Há duas semanas, eu me senti muito estressada quando minha mãe me perguntou:

"Quando você vai se casar?" na frente de todos os nossos parentes no seu aniversário.

Além de ser mais específico, também é mais pessoal; portanto, você pode fazer muito mais para lidar com a situação quando ela se torna mais pessoal.

Condições gerais de estresse versus situações específicas de estresse

| Condições gerais de estresse | |
|--|--|
| Divida a lista a seguir em condições gerais e situações estressantes específicas: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Descobrir que preciso tomar medicamentos. • Não conseguir dormir uma noite. • Estar com transtorno de pânico. • Sentir-se deprimido(a) com a vida. • Ser convocado(a) para uma reunião de avaliação com meu chefe na sexta-feira. • O cheque do aluguel deste mês voltou. • Acordar com dor de garganta esta manhã. • Ir a um local onde é difícil de escapar ou de obter ajuda. • Beber demais em um final de semana. • Minha relação familiar. • Ninguém entende o que está se passando comigo. • Desconto do Imposto de Renda. | |
| Condições gerais de estresse | Situações específicas de estresse |
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |
| 4. | 4. |
| 5. | 5. |
| 6. | 6. |
| 7. | 7. |

Revisão: como relaxar

Com os seguintes exercícios de relaxamento, você pode diminuir sua respiração, as batidas do coração e até a pressão sanguínea! Você pode fazer o seu corpo sentir-se da mesma maneira quando está quase pegando no sono, ou quando está em profundo relaxamento.

Passo 1: Focalização e Respiração Abdominal

Ficar em um lugar tranquilo, onde você gosta de ficar sozinho. Você pode escolher focalizar em sua própria respiração ou em uma parte do seu corpo. O que quer que seja que você esteja focalizando, concentre toda a sua atenção; inspire e expire lenta e profundamente (respiração abdominal) por 1 a 2 minutos. Enquanto está fazendo os exercícios, tente não deixar que outros pensamentos ou sentimentos venham à mente. Se eles aparecerem, volte sua atenção para a respiração. No final de seus exercícios, você provavelmente se sentirá mais tranquilo e calmo.

Passo 2: Relaxamento Muscular Progressivo

- Deite de costas ou sente em uma posição confortável. Deixe seus braços repousarem ao lado do corpo, com as palmas das mãos para baixo. Você pode colocar uma música instrumental em volume baixo. Esse tipo de música pode acalmar sua mente, as batidas do coração, a pressão sanguínea e diminuir seu nível de estresse. Sons da natureza, como ondas do oceano e da chuva caindo, também podem ser relaxantes. Ouça alguns e escolha aquele que mais for agradável e tranquilizador para você.
- Para facilitar a concentração, convém fechar os olhos e realizar um tensionamento muscular, focando na sensação de tensão que deve iniciar pelos pés, pernas, quadris, abdômen, mãos e braços, ombros, pescoço, boca, olhos, nariz, testa e cabeça. Manter essa tensão por 5 a 10 segundos e então “soltar” todos os músculos ao mesmo tempo, focando agora na sensação de leveza e relaxamento que vai intensificando-se.
- Se você sentir que uma parte tensa do corpo permanece tensa, repita mais 2 ou 3 vezes a tensão e o relaxamento nesse local.

Classifique os eventos estressores citados no exercício anterior em gerais e específicos.

| Eventos estressores gerais | Eventos estressores específicos |
|----------------------------|---------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Pratique o relaxamento e respiração por 10 minutos a 15 minutos duas vezes ao dia. Escreva no manual como foi. Além disso, registre uma situação em que sentiu ansiedade e as suas reações corporais (com as pistas ou sinais) e o que pensou durante esse episódio.

Sessão 2

Agenda da sessão:

- ★ Revisão da tarefa de casa
- ★ Identificar os tipos de enfrentamento
- ★ Encontrar solução para os problemas
- ★ Tarefa de casa
- ★ Resumo da sessão

Tipos de Enfrentamento

Depois de definir as situações específicas de estresse, é importante esclarecer:

1. **O que pode ser mudado nesta situação**
2. **O que não pode ser mudado**

Muitas vezes, você pode ficar exausto tentando mudar o que não pode ser mudado, perdendo a oportunidade de mudar coisas que podem ser mudadas em uma situação estressante. Ao definir primeiramente os aspectos que podem ser mudados e os que não podem ser mudados em situações estressantes, conseguimos decidir o que fazer com eles.

Pergunte-se:

- O que posso fazer para mudar essa situação?
- O que outras pessoas podem fazer para mudar essa situação?
- O que pode ser feito para evitar ou eliminar essa situação?

Em muitas situações, em consequência dessas questões, você descobrirá aspectos sobre os quais algo pode ser feito e aspectos sobre os quais nada pode ser feito.

Os dois tipos de desfecho (que pode mudar e o que não pode mudar) exigem tipos diferentes de enfrentamento.

1. **Enfrentamento focado no problema:** pensamentos e ações direcionadas aos aspectos de uma situação específica de estresse que pode ser mudada.
2. **Enfrentamento focado na emoção:** pensamentos e ações que podem moldar suas reações em uma situação de estresse que não pode ser modificada.

Vejamos um exemplo:

Você sofre de uma doença crônica e seu médico prescreveu um tratamento específico. Você está tomando a medicação há dois meses. Porém, está tendo náuseas muito fortes e cada músculo de seu corpo parece estar queimando. Você precisa decidir o que fazer. É sexta-feira à tarde e seu médico não poderá vê-lo até segunda-feira.

Aspectos que podem ser mudados

- * Dosagem dos remédios.
- * O medicamento que você toma.
- * Quantas informações você tem sobre outras opções de tratamento.

Aspectos que não podem ser mudados

- * Ter uma doença crônica.
- * Sentir os efeitos colaterais do tratamento específico.
- * Ter de esperar até segunda-feira para ver o seu médico.

Após ter identificado o que pode ser mudado e o que não pode ser mudado nessa situação estressante específica, você pode começar o enfrentamento.

Eis alguns exemplos que são possíveis para essa situação:

- ❖ **Enfrentamento focado no problema:** fazer uma lista de coisas de que você precisa para discutir com o seu médico na segunda-feira; assim, você tem certeza de que não se esquecerá de nenhum assunto para falar. Buscar informações sobre o tratamento.
- ❖ **Enfrentamento focado na emoção:** telefonar para um amigo próximo e contar a ele o que está sentindo. Conversar com alguém que já passou por uma situação semelhante para dividir sua angústia. Ficar calmo e respirar pausadamente. Ver um filme.

Um dos objetivos desse treinamento é obter um estilo de enfrentamento equilibrado, aumentando seu repertório de opções de enfrentamento. Assim, pode ser útil identificar seu estilo geral de enfrentar as situações.

Por exemplo, quando há uma ameaça ou uma mudança relacionada a algo que é importante para você, talvez em seu relacionamento afetivo ou em seu trabalho, qual é o seu estilo de enfrentamento? O que mais lhe chama a atenção? Seus sentimentos? Ou uma tentativa de mudar os aspectos de uma situação que pode estar causando esses sentimentos?

Talvez seja necessário fazer um “ajuste”.

Você sabe que há duas estratégias principais de enfrentamento, uma focada no problema e outra focada na emoção. A maneira mais eficaz de lidar com situações estressantes é ajustar a estratégia de enfrentamento a determinada situação.

| Seu modo de lidar com o estresse |
|---|
| Qual é o seu modo pessoal para lidar com estresse? Como você geralmente lida com o sentimento de estresse? Inclua todas as coisas que você faz, sem se preocupar se são consideradas construtivas ou não. |

Enfrentamento focado no problema

Agora iremos trabalhar o enfrentamento focado no problema para ensiná-lo a determinar maneiras de "ajustar" estratégias focadas no problema e aspectos que podem ser mudados em situações estressantes.

Solução de Problemas

1. Primeiro, faça uma lista de coisas que você pode fazer frente à situação. Não as julgue agora! Você está apenas listando. Liste o máximo possível.
2. Agora você pode avaliar cada uma das alternativas. Classifique-as de 1 a 10. Um indica que essa possibilidade provavelmente não solucionará o problema, não poderá nem ser feita, ou ainda piorará as coisas. Dez indica que é uma ótima ideia, que provavelmente solucionará o problema, não demorará muito para ser feita e não afetará o outro. Observação importante: mesmo uma estratégia resolutiva, às vezes, precisa ser pensada no seu passo a passo, dividida em partes menores, elencando prioridades quanto ao quê fazer primeiro, se necessário.
3. Agora vamos testar a melhor ideia. Em outras palavras, execute-a!
4. Ela funcionou? Não? Tente a segunda melhor.
5. Repita os passos 3 e 4 até o problema ser resolvido ou melhorado.

| Escolha um problema atual e aplique os passos da solução de problema | | |
|---|-----------------------|-----------------------------|
| Passo 1 | Passo 2 | Passo 3 |
| Lista de opções para enfrentar a situação | Nota de 1 a 10 | Teste a melhor ideia |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Enfrentamento focado na emoção

Ao pensar em situações que não podem ser mudadas você deve usar estratégias que auxiliem na regulação das emoções ou do sofrimento.

Você provavelmente já utiliza estratégias de enfrentamento focado na emoção. Cheque os itens da lista a seguir e sinalize aqueles que você usa para modular suas emoções em situações estressantes:

| Você utiliza essas estratégias? | Sim | Não |
|---|------------|------------|
| Fazer uso do humor | | |
| Minimizar a importância | | |
| Confiar em outra pessoa | | |
| Desviar a atenção para outra coisa | | |
| Exercitar-se: correr, ir à academia | | |
| Relaxar, meditar, visualizar uma imagem tranquilizadora | | |
| Olhar o lado positivo das coisas | | |
| Entregar o problema nas mãos de um "poder superior" | | |
| Buscar uma ajuda espiritual | | |
| Fazer autoafirmação positiva | | |
| Fazer compras | | |
| Fumar | | |
| Utilizar bebidas alcoólicas, remédios ou outras drogas | | |
| Fingir que nada aconteceu | | |
| Dormir mais que o normal | | |
| Criticar-se, repreender-se | | |
| Concordar com os fatos, aceitar o seu destino | | |
| Esperar que um milagre aconteça | | |
| Fugir das pessoas em geral | | |
| Descontar a raiva em outras pessoas | | |

Eis três passos para desenvolver uma estratégia de enfrentamento focado na emoção:

1. **Gerar opções:** você mesmo pode fazer uma “tempestade de ideias” com outra pessoa. Geralmente, ajuda a ver uma maior variedade de opções, incluindo algumas soluções engraçadas ou bizarras.

2. **Antecipar os resultados/efeitos/consequência:** você pode olhar as vantagens e os custos de cada opção. A opção "se ajusta" ao problema? Terá o efeito pretendido ou não?

3. **Ordenar as opções:** ordene as opções hierarquicamente, de acordo com a sua preferência.

Lembre-se: o enfrentamento focado na emoção auxilia a se sentir melhor. Portanto, essas estratégias não o ajudam a resolver um problema em particular, mas sim a encará-lo.



TAREFA DE CASA

Durante a semana, preste atenção às situações vividas por você.

Tente usar o enfrentamento focado no problema para os aspectos que podem ser mudados, praticando a solução de problemas e o enfrentamento focado na emoção para os aspectos que não podem ser mudados, usando estratégias para a regulação da emoção e do sofrimento causados pela situação.

Primeiro, descreva a situação estressante específica:

Quem estava envolvido?

Exatamente **o que** aconteceu?

Onde aconteceu?

Quando isso aconteceu?

Segundo, pergunte-se: trata-se de aspectos de uma situação que pode ser mudada? Se sim, elas são focadas no problema. Trata-se das suas reações emocionais à situação? Se sim, elas são focadas na emoção.

O que **posso** fazer?

O que **outra pessoa poderia** fazer?

O que **pode ser feito** para evitar ou eliminar essa situação?

Finalmente, avalie as opções, antecipe os resultados e ordene as suas opções para testar as melhores ideias.

Saiba mais sobre habilidades de negociação para resolver problemas

Muitas das situações estressantes envolvem **conflito interpessoal**. Por isso, **para resolver problemas, pode ser útil aprender habilidades de negociação**, que irão ajudá-lo a resolver proativamente esse tipo de problema. Pessoas que não sabem como negociar qualquer questão frequentemente se frustram, e a frustração soma-se aos problemas que já existiam, demandando estratégias adicionais.

Os objetivos de uma negociação sempre envolvem a construção de um **acordo satisfatório para ambos os envolvidos** e que se dê de forma amigável, possivelmente cada um cedendo um pouco.

Para isso, atente para as seguintes etapas:

- 1) Início: seja cordial, ouça, defina qual é o problema.**
- 2) Exploração: dos interesses, das opções, da situação. Levante inúmeras opções de pontos de vista.**
- 3) Ofereça e peça: troquem alternativas. Identifique áreas de concordância e desacordo.**
- 4) Encerramento: verifique a sua concordância.** Se necessário, afirme para a outra pessoa que o **objetivo é negociarem juntos e chegarem a um acordo satisfatório para ambos**. Se uma solução não for possível, você pode tranquilizar-se com a

alternativa de não concordar e manter sua posição, ceder se não for tão importante ou buscar outra alternativa de negociação.

Um aspecto importante em qualquer negociação de interesses, além do conteúdo do que falar, é **como você fala e comporta-se no momento**, incluindo a linguagem não verbal de seu corpo. Em uma negociação, costuma ser necessário **ser assertivo**, ou seja, **nem passivo demais, nem agressivo demais**.

Mude a sua comunicação para assertiva

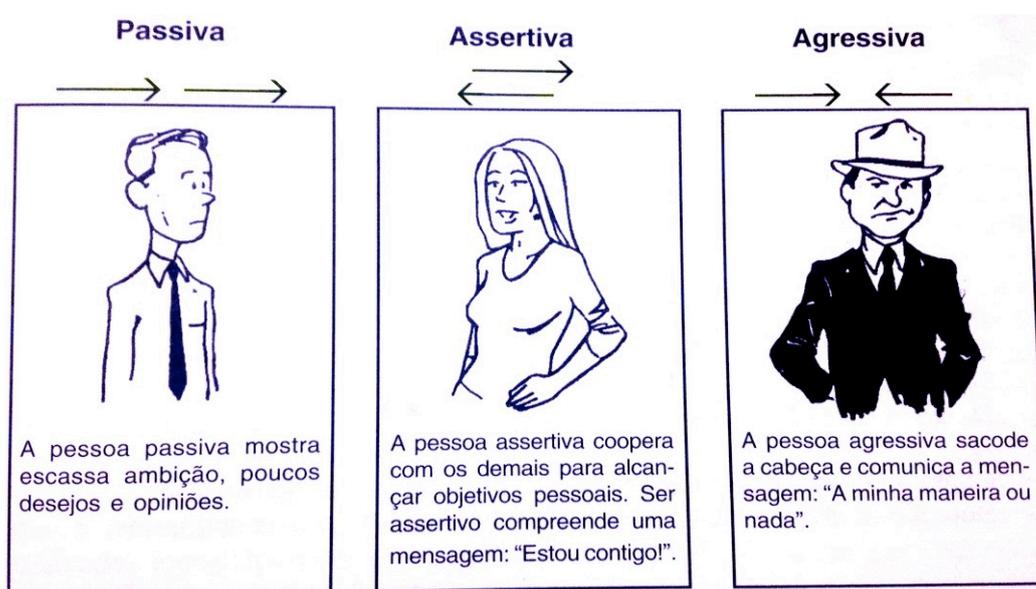


Ilustração de Vicente E. Caballo. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. 4.ed. São Paulo: Editora Santos, 2011.

Busque ser assertivo, dizer o que você pensa, dar a sua opinião, levando em conta os outros e respeitando as diferentes opiniões para alcançar acordos nas discordâncias.

Precisamos também ser **assertivos** na **busca de ajuda** para resolver nossos problemas ou para **aceitar e agradecer** o apoio recebido.

Sessão 3

Agenda da sessão:

- ★ Revisão da tarefa de casa
- ★ Identificar pensamentos de enfrentamento
- ★ Encontrar solução para os problemas
- ★ Tarefa de casa
- ★ Resumo da sessão

Escutando seus Pensamentos

No que você está pensando agora?

Talvez seja difícil de dizer o que está passando pela sua cabeça...

Os nossos pensamentos automáticos seguidamente fornecem pistas das coisas ruins que esperamos que pudessem acontecer nas situações que tememos ou com as quais nos preocupamos. Prestar atenção aos pensamentos automáticos ajuda a reduzir a ansiedade.

Como?

Uma vez que você identifique quais são os seus pensamentos automáticos, pode começar a desafiá-los e a juntar evidências para ver se estão corretos ou não.

Pergunte-se:

- Eu sei com certeza que isso acontecerá?
- O que mais pode acontecer na situação, diferente do que eu pensei primeiro?
- O que aconteceu antes?
- Quantas vezes isso aconteceu antes?
- Será que estou caindo numa armadilha de pensamento?



Armadilhas do Pensamento

Apresentamos aqui algumas formas de pensar que são bastante comuns, mas que distorcem a realidade.

| |
|--|
| <p>Filtro mental</p> <p>Quando você presta atenção a um pequeno detalhe, em lugar de ver o quadro por inteiro, “filtrando” apenas uma parte da realidade.</p> <p>Ontem eu não consegui sair de casa sozinho (foi a única vez em um mês), estou cada vez pior!</p> |
| <p>Polarização</p> <p>Quando você vê as coisas como se fossem preto ou branco, boas ou ruins. Você precisa ser perfeito ou será um fracasso. Não há meio-termo.</p> <p>É importante que eu faça tudo com perfeição, senão serei um fracassado.</p> |
| <p>Generalização</p> <p>Você chega a uma conclusão geral com base em um único evento. Se algo ruim acontecer, você espera que aconteça de novo e de novo.</p> <p>Se eu não conseguir lidar com o problema, será sempre assim.</p> <p>Se eu tiver um ataque quando sair sozinho, nunca mais poderei sair sem estar acompanhado.</p> |
| <p>Catastrofização</p> <p>Predizer o futuro negativamente, sem levar em consideração outros resultados mais prováveis.</p> <p>Não vou conseguir resolver a situação, vou passar mal e tudo estará perdido.</p> |
| <p>Evitação</p> <p>Evitar ou ficar longe de situações ou coisas que pense serem assustadoras, antes de verificar se realmente é perigoso ou assustador como imagina.</p> <p>Não vou ir trabalhar, pois, se for, vou discutir e será horrível...</p> |
| <p>Leitura mental</p> <p>Quando você acredita que consegue ler a mente das pessoas, ou seja, tira conclusões precipitadamente sobre o que alguém está pensando, geralmente “supondo” que pensam coisas ruins a respeito de você.</p> <p>Eu sei que os meus colegas me acharão ridículo quando perceberem que não sei lidar com a situação.</p> |

| |
|--|
| <p>Exigência</p> <p>Quando você exige de si mesmo as coisas com excessivo rigor e exagero.</p> <p>Eu devo sempre resolver os problemas e não posso sentir medo ou ansiedade.</p> |
| <p>Controle</p> <p>Quando você acredita que pode controlar tudo, acredita que é responsável pelos resultados em tudo, inclusive pela dor e felicidade de todos ao seu redor. Sou responsável pelo sentimento dos outros.</p> |
| <p>Raciocínio emocional</p> <p>Você acredita que o que sente é automaticamente verdadeiro, desconsiderando evidências contrárias.</p> <p>Sinto medo, logo vai acontecer algo ruim.</p> |
| <p>Culpa</p> <p>Você responsabiliza outras pessoas por sua dor ou sofrimento.</p> <p>Eu piorei porque vocês não souberam cuidar bem de mim.</p> <p>Culpa a si mesmo por todos os problemas.</p> <p>Ele se prejudicou por minha causa. Sou um incompetente!</p> |
| <p>Aumentar/Minimizar</p> <p>Ao fazer uma avaliação de si mesmo, de outra pessoa, ou de uma situação, sem razão você aumenta aspectos negativos e minimiza aspectos positivos.</p> <p>Ter conseguido ficar no cinema até o final não foi nada de mais, qualquer um consegue.</p> |
| <p>Personalização</p> <p>Acreditar que os outros estão comportando-se de determinada forma por sua causa, sem considerar outras explicações mais plausíveis para o comportamento.</p> <p>Ela foi indiferente comigo porque eu fiz alguma coisa errada.</p> |
| <p>Externalização</p> <p>O contrário da personalização. Tudo é culpa dos outros.</p> <p>Não adianta eu tentar, pois minha esposa nunca vai mudar.</p> |

O problema todo é que os pensamentos que nós temos em diferentes situações podem afetar o que sentimos e como nos comportamos nessas situações.

Você consegue pensar em alguns exemplos?

| Situação | Pensamentos | Emoções/Comportamento |
|----------|-------------|-----------------------|
| 1) | | |
| 2) | | |
| 3) | | |
| 4) | | |
| 5) | | |

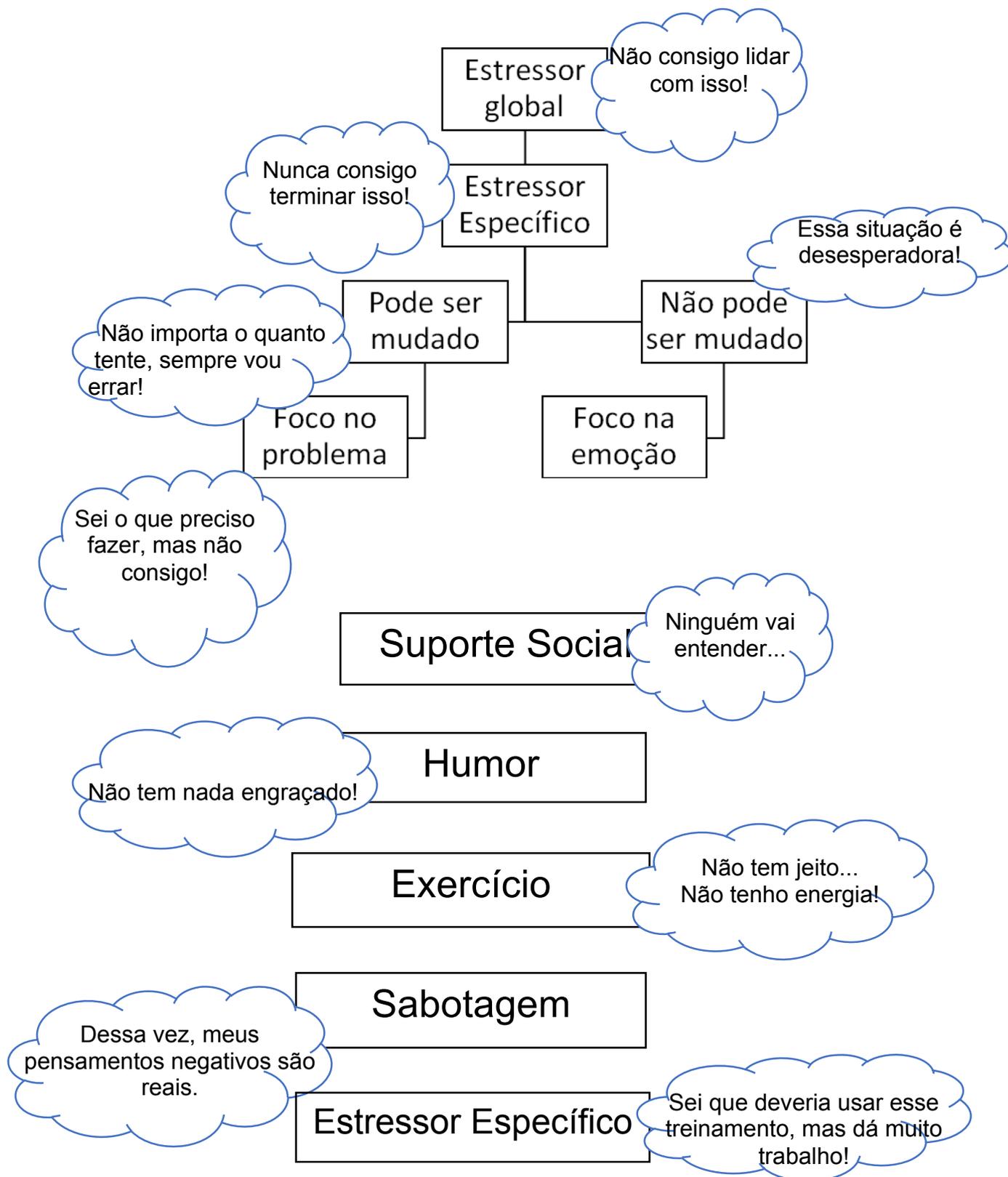
Você percebeu se os seus pensamentos tinham alguma coisa a ver com o que estava sentindo?

Possivelmente os seus pensamentos aumentaram o que você estava sentindo e o fizeram agir de forma diferente, influenciando o resultado final da situação.

A seguir apresentamos um diagrama com caixas e nuvens.

Nas caixas estão listados os elementos centrais para entender como enfrentar as situações, conforme temos aprendido e praticado nas últimas sessões. Nas nuvens estão listados os exemplos de autoafirmações que dificultam o processo de enfrentamento.

Muitas dessas declarações refletem os sentimentos de desesperança ou pensamentos negativos.



Os pensamentos influenciam as emoções e o comportamento. Monitorar os nossos pensamentos e o modo como agimos ao lidar com situações estressantes pode nos ajudar a melhorar as nossas estratégias de enfrentamento.

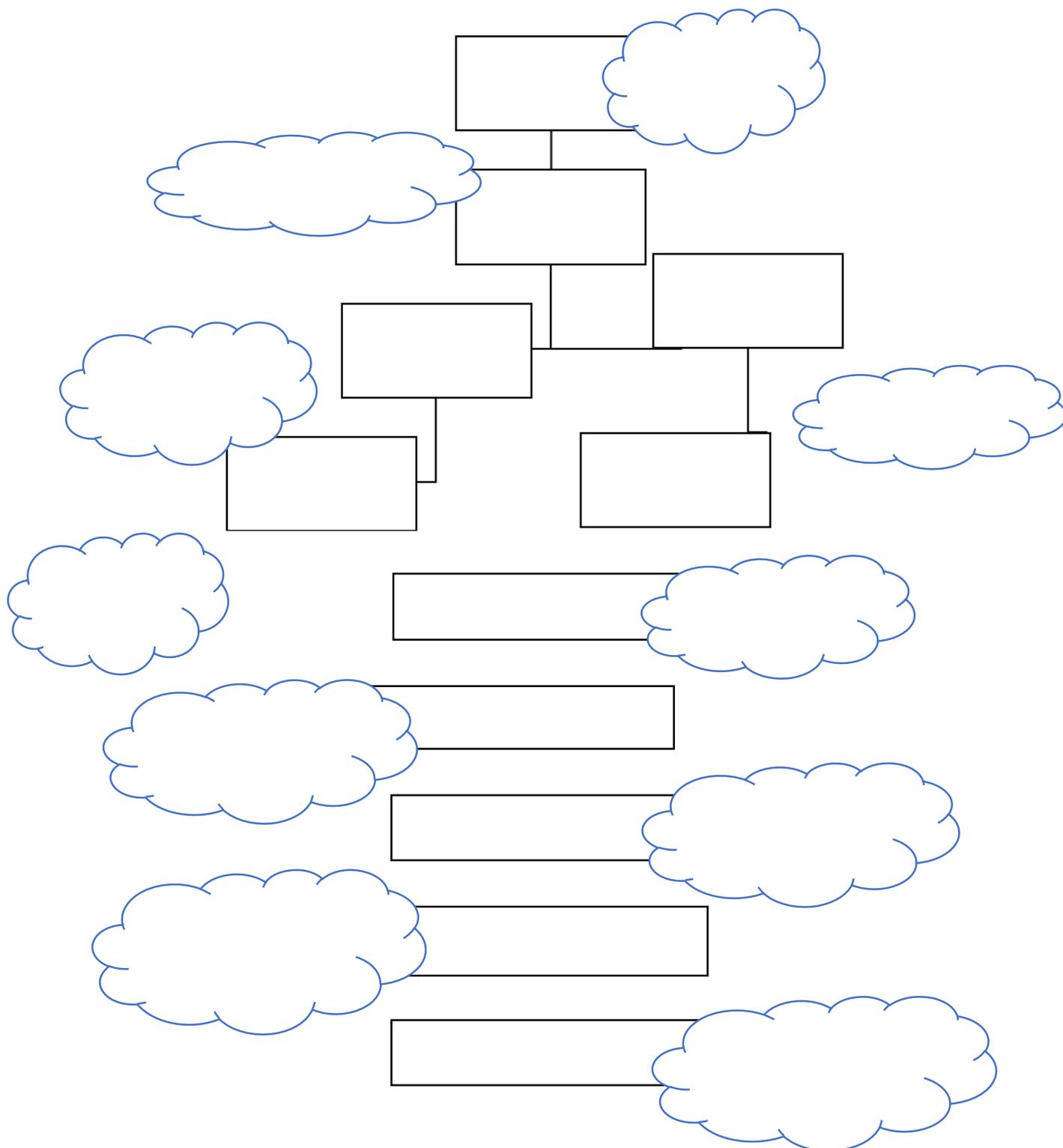
Veja alguns exemplos de pensamentos que podem auxiliar durante o enfrentamento de uma situação estressante:

1. **Afirmações orientadas à situação** ajudam a reduzir o potencial de ameaça ou a gravidade antecipada.
Não vai ser tão ruim.
Isso pode ser um desafio.
2. **Afirmações orientadas à tarefa** referem-se aos planos, passos e comportamentos que quero obter durante a situação estressante.
Vou me concentrar no que quero dizer.
Vou me concentrar no que quero fazer.
Vou pensar sobre a tarefa agora, preciso ter foco!
O que quero alcançar?
3. **Afirmações de enfrentamento para minimizar a ansiedade** ajudam a acalmar e relaxar em momentos tensos
Fique relaxado!
Relaxe e respire profundamente!
Fique calmo!
4. **Afirmações positivas** são usadas para nos encorajar ou reforçar nossos esforços de enfrentamento
Ótimo! Eu consegui fazer!
Passei por isso muito bem!
Conseguir lidar muito bem com essa situação!



TAREFA DE CASA

Preencha o diagrama em branco: nas caixas você irá citar uma situação estressante vivida por você e descreverá a forma como enfrentou essa situação usando o enfrentamento focado no problema e na emoção. Nas nuvens você fará afirmações positivas que poderiam tê-lo auxiliado no enfrentamento dessa situação estressante.



Sessão 4

Agenda da sessão:

- ★ Revisão da tarefa de casa
 - ★ Compreendendo a resiliência
 - ★ Dicas para melhorar a capacidade de resiliência
 - ★ Tarefa
 - ★ Resumo
-

Resiliência

A resiliência pode ser compreendida como a capacidade humana de enfrentar mudanças e situações adversas ao longo da vida de forma positiva e, em alguns casos, de acordo com as circunstâncias, ressignificando tal situação, não simplesmente eliminando o problema, mas transformando-o em estratégias e habilidades para lidar com situações mais difíceis, às quais chamamos de fatores de risco.

Os fatores de risco relacionam-se a todos os eventos negativos que ocorrem ao longo da vida e que, quando aparecem, aumentam a probabilidade de você apresentar problemas físicos, sociais e/ou emocionais.

Alguns mecanismos atuam como proteção para situação de risco, diminuindo a probabilidade de consequências negativas e reduzindo a sua gravidade. Estão relacionados à maneira como você lida com situações de mudanças e transições.

Os processos que possibilitam um “final feliz” em uma trajetória de risco são:

Condições individuais – habilidades ou características pessoais, como a autoestima positiva e o temperamento maleável, o autocontrole, habilidades para buscar apoio e ajuda de outras pessoas, habilidade para lidar com as próprias emoções, entre outras.

Condições familiares – características da família, estabilidade, flexibilidade, adaptabilidade, qualidade das interações e um sistema de apoio.

Condições relacionadas ao apoio/suporte do meio ambiente – o suporte ou apoio oferecido fora do círculo familiar, como, por exemplo, um grupo de amigos, igrejas e outras instituições.

Mas como desenvolver mecanismos de proteção? Seguem algumas dicas:

- ❖ Presença de relações interpessoais positivas e bom relacionamento familiar.
- ❖ Otimismo e autoestima positiva. Bom humor é fundamental.
- ❖ Busca de autonomia, exercitando tomar decisões e agir independentemente dos outros.
- ❖ Mente aberta e receptiva a mudanças.
- ❖ Capacidade para reconhecer e expressar seus sentimentos.
- ❖ Habilidade para fazer amigos e capacidade de espelhar-se de modo positivo em outra pessoa.
- ❖ Flexibilidade.
- ❖ Capacidade para estabelecer objetivos e metas.
- ❖ Apoio familiar.
- ❖ Participação em diferentes atividades (educativas, de trabalho, sociais, etc.).
- ❖ Autoconfiança e crença na própria capacidade.
- ❖ Autoconhecimento, reflexão sobre si e conhecimento sobre o que o desestabiliza.
- ❖ Habilidade para avaliar seus pensamentos, para resolver os problemas, para aprender com a prática, para refletir sobre as situações comuns ou estressoras.
 - ❖ Cuidado com as armadilhas cognitivas.



Medidas para aumentar a resiliência

- 1) Desenvolver um **comprometimento com a mudança**.
- 2) Manter o foco na resiliência (capacidade de **aprender a lidar** com os problemas), e não apenas na solução do problema em si.
- 3) Desenvolver uma imagem pessoal positiva e que possa ser construída continuamente na vida real.
- 4) Identificar evidências de resiliência em eventos do dia a dia.
- 5) Identificar a sua volta pessoas resilientes como fonte de aprendizado e inspiração.
- 6) Criar situações de desafio para você mesmo(a) que testem e treinem a sua resiliência.
- 7) Usar o humor para modificar a perspectiva das coisas.
- 8) Celebrar as resiliências criadas e descobertas.

| Exercício | |
|---|------------------------------|
| Escolha duas situações que atualmente têm gerado estresse. Pode ser de relacionamento em casa ou no trabalho, por exemplo. Identifique a armadilha de pensamento que normalmente você utiliza em situações como essa. | |
| Armadilha de Pensamento | Medida de Resiliência |
| | |

Em resumo

Chegamos ao fim dos nossos encontros com foco nas estratégias para enfrentar as situações de estresse. Vimos que é importante **observar os primeiros sinais** de estresse e tomar medidas para restabelecer o controle e bem-estar do nosso corpo através da **respiração** e do **relaxamento**, usando a nossa mente da melhor forma possível, evitando as armadilhas de pensamento, que tornam tudo muito mais difícil.

Vimos que precisamos avaliar a situação de estresse para defini-la bem, tirando **do geral para especificar qual é o problema** e, assim, poder lidar com ele. A partir desse momento, temos então duas possibilidades:

- 1) tentar **resolver o que é resolvível**; ou
- 2) tentar **melhorar o nosso estado emocional e a nossa aceitação** diante do que não pode ser resolvido.

Assuma uma postura de vida de aprender sempre! Treine as habilidades de resolução de problemas, de negociar com as pessoas, conhecendo-se cada vez mais e, sobretudo, aprendendo a ter cada vez mais resiliência e habilidade para lidar com os problemas da vida.

ANEXO A – Escala Hamilton de Ansiedade (HAM-A)

ESCALA HAMILTON DE ANSIEDADE

Com escore padronizado

| ESCORE PADRONIZADO MÁXIMO = um ou mais sintomas máximos OU mais que dois sintomas fortes FORTE = um ou mais sintomas fortes OU mais que dois sintomas médios MÉDIO = um ou mais sintomas médios OU mais que dois sintomas leves LEVE = qualquer sintoma leve | Ausente | Leve | Médio | Forte | Máximo |
|---|---------|------|-------|-------|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| HUMOR ANSIOSO – () inquietude, () temor do pior, () apreensão quanto ao futuro ou presente, () irritabilidade | | | | | |
| TENSÃO – () sensação de tensão, () fadigabilidade, () tremores, () choro fácil, () incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto | | | | | |
| MEDO – () de escuro, () de desconhecidos, () de multidão, () de ser abandonado, () de animais grandes, () de trânsito | | | | | |
| INSÔNIA – () dificuldade de adormecer, () sonhos penosos, () sono interrompido, () sono insatisfatório, () fadiga ao acordar, () pesadelos, () terrores noturnos | | | | | |
| DIFICULDADES INTELECTUAIS – () dificuldade de concentração, () distúrbios de memória | | | | | |
| HUMOR DEPRESSIVO – () perda de interesse, () humor variável, () indiferença às atividades de rotina, () despertar precoce, () depressão | | | | | |
| SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) – () dores e lassidão muscular, () rigidez muscular, () mioclonias, () ranger de dentes, () voz insegura | | | | | |
| SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) – () visão turva, () ondas de calor ou frio, () sensação de fraqueza, () sensação de picada, () zumbidos | | | | | |
| SINTOMAS CARDIOVASCULARES – () taquicardia, () palpitações, () dores pré-cordiais, () batidas, () pulsações arteriais, () sensação de desmaio | | | | | |
| SINTOMAS RESPIRATÓRIOS – () sensação de opressão, () dispneia, () suspiro, () constrição torácica, () bolo faríngeo | | | | | |
| SINTOMAS GASTRINTESTINAIS – () dificuldade de engolir, () aerofagia, () dispepsia, () dor pré ou pós-prandial, () queimações, () empanzinamento, () náuseas, () vômitos, () cólicas/diarreias, () constipação, () perda de peso | | | | | |
| SINTOMAS GENITURINÁRIOS – () micções frequentes, () urgência de micção, () frigidez, () amenorreia, () ejaculação precoce, () ausência de ereção, () impotência | | | | | |
| SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO – () secura na boca, () ruborização, () palidez, () tendência a sudação, () vertigens, () cefaleia de tensão | | | | | |
| COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA – GERAL: () tenso, () pouco à vontade, () agitação das mãos, () dos dedos, () tiques, () inquietação, () respiração suspirosa. FISIOLÓGICO: () eructações, () taquicardia em repouso, () ritmo respiratório > 20 mpm | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

ANEXO B – Impressão Clínica Global (CGI)

CGI – Impressão Clínica Global

| CGI | Intensidade dos Sintomas | Nível de Ansiedade | Nível de Evitação | Nível de Funcionamento | Adicionais |
|-------------------------|--|---|--|---|---|
| 1 Ausente | (1) Nenhuma | (1) Nenhuma | (1) Nenhum | (1) Nenhum Sem dificuldades | (1) Nenhum |
| 2 Limítrofe | (2) Limítrofe Nenhuma a leve ≤ 1 x ao mês | (2) Limítrofe Nenhuma a leve Ansiedade antecipatória infrequente (sem outros medos) | (2) Limítrofe Nenhum | (2) Limítrofe Sem efeito no funcionamento; angústia em relação aos sintomas | (2) Limítrofe Sem SPA para automedicação |
| 3 Leve | (3) Leve ≤ 1 x semana > 1 x ao mês | (3) Leve Ansiedade antecipatória infrequente (medos leves) | (3) Leve Apenas atividades infrequentes; sem consequências | (3) Leve Sem efeito significativo Leve preocupação e angústia em relação aos sintomas | (3) Leve Sem drogas para automedicação |
| 4 Moderado | (4) Moderado > 1 x semana | (4) Moderado > 1 x semana | (4) Moderado > 1 x semana Algumas atividades sociais necessárias são evitadas | (4) Moderado Sem diminuição significativa no desempenho de papéis. Faz algum esforço para manter o desempenho normal | (4) Moderado Pode se automedicar |
| 5 Grave | (5) Grave Quase diariamente Gravidade significativa | (5) Grave Quase diariamente | (5) Grave Algumas atividades sociais necessárias e desejadas são evitadas | (5) Grave Prejuízo no desempenho de papéis necessários. Pode necessitar de assistência | (5) Grave Alguma desadaptação familiar |
| 6 Muito Grave | (6) Muito grave Diariamente com pequena mudança de intensidade | (6) Muito grave Diariamente | (6) Muito grave Evita diariamente. Não pode fazer muitas atividades necessárias e desejadas | (6) Muito grave Prejuízo grave no desempenho de papéis necessários (abandonou o emprego, foi demitido, p.ex.) | (6) Muito grave Relacionamentos pessoais podem estar extremamente desadaptados |
| 7 Extremamente Grave | (7) Extremamente grave Incapacitante | (7) Extremamente grave Incapacitante | (7) Extremamente grave Não sai de casa ou está hospitalizado devido ao TP ou a evitações incapacitantes | (7) Extremamente grave Prejuízo total no desempenho de papéis | (7) Extremamente grave Entre os pacientes extremamente doentes |

| Registro dos itens da CGI no período pré e pós-TCCG | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|------------|
| CGI | Intensidade dos Sintomas | Nível de Ansiedade | Nível de Evitação | Nível de Funcionamento | Adicionais |
| Antes | | | | | |
| Após | | | | | |

ANEXO C – Escala de Gravidade do Transtorno de Pânico (PDSS)

1. FREQUÊNCIA DOS ATAQUES DE PÂNICO, inclusive ataques de pânico com sintomas limitados (APSE).

Comece explicando ao paciente que definimos ataques de pânico como uma sensação de medo ou apreensão de início súbito com elevação rápida de intensidade, atingindo geralmente um pico em menos de 10 minutos. Essa sensação está associada com sensações físicas desconfortáveis, como taquicardia ou palpitações, falta de ar, calafrios, tontura, sudorese e tremores. Com frequência, há pensamentos perturbadores e catastróficos, como medo de perder o controle, ter um ataque cardíaco ou morrer.

Um episódio de pânico completo deve ter ao menos quatro dos sintomas. Um ataque de pânico com sintomas limitados é semelhante ao ataque completo, porém tem menos de quatro sintomas. Com base nessas definições, por favor, me diga:

Q. No último mês, quantos **ataques de pânico completos você teve**, do tipo com quatro ou mais sintomas? E só com ataques de pânico com sintomas limitados, aquele com menos de quatro sintomas? Em média, você teve mais do que um episódio de sintomas limitados/dia? *(Calcule as frequências semanais dividindo o n° total de ataques de pânico completos pelo intervalo de tempo da avaliação pelo n° de semanas no intervalo de tempo da avaliação).*

0 = Sem **ataques de pânico completos ou limitados**.

1 = **Leve**, inferior à média de um ataque de pânico completo semanal e não mais que um ataque de sintomas limitados por dia.

2= **Moderado**, um ou dois ataques de pânico completos semanais e/ou múltiplos episódios de sintomas limitados/dia.

3= **Severo**, mais de dois ataques completos por semana, porém não mais que um por dia em média.

4= **Extremo**, ataques completos ocorrendo mais que uma vez ao dia na maior parte dos dias.

2. AFLIÇÃO DURANTE OS ATAQUES DE PÂNICO, inclusive ataques de pânico com sintomas limitados.

(Este item gradua o grau médio de aflição e desconforto que o paciente vivencia durante ataques de pânico em um intervalo de tempo determinado. Ataques de pânico com sintomas limitados deveriam ser graduados apenas se eles causam mais aflição do que ataques completos de pânico. Tenha certeza de distinguir entre a aflição DURANTE o ataque de pânico e medo antecipatório de que um ataque de pânico aconteça).

Q. No último mês, quando você teve um ataque de pânico ou ataque de sintomas parciais, **quanta aflição ele causou em você?** Agora eu estou lhe perguntando sobre a **aflição que você sentiu durante o AP propriamente dito**.

O quão **preocupado ou temerário você se sentiu durante os ataques?** Você foi capaz de permanecer fazendo o que estava realizando quando o AP aconteceu? Você se desconcentrou? Se você necessitou interromper o que estava fazendo, foi capaz de permanecer na situação onde o ataque ocorreu ou precisou sair?

0 = **Sem pânico** ou APSL ou ausência de aflição durante o AP.

1 = **Leve** prejuízo, mas capaz de continuar as atividades com pouca ou nenhuma interferência.

2 = **Aflição moderada**, porém ainda manejável, capaz de continuar atividade e/ou manter concentração, mas com dificuldade.

3 = **Severo**, importante prejuízo e interferência, desconcentrou-se e/ou necessitou parar a atividade, porém capaz de permanecer no local ou na situação.

4 = **Extremo**, aflição severa e incapacitante, necessita parar as atividades, deixará a situação se possível, mas permanece incapaz para concentrar-se e o faz com grande prejuízo.

3. GRAVIDADE DA ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA (medo relacionado ao pânico, apreensão ou preocupação).

(A ansiedade antecipatória pode ser relacionada ao significado dos ataques ao invés de ter um ataque de pânico, então pode haver considerável ansiedade acerca de ter um ataque mesmo se a aflição durante o ataque não for intensa. Lembre-se que, algumas vezes, o paciente não se preocupa a respeito de quando o próximo ataque irá ocorrer, mas, ao invés disso, preocupa-se sobre o significado dos AP para a sua saúde física e mental).

Q: No último mês, em média, o **quanto você se preocupou**, sentiu-se amedrontado ou apreensivo a respeito de quando o **próximo AP iria acontecer ou sobre o que o AP poderia significar a respeito de sua integridade física e mental**? Eu estou perguntando sobre períodos em que você não estava realmente tendo um AP. Qual era a intensidade da ansiedade? Com que frequência você tem tais preocupações ou medos? A ansiedade chegou a ponto de interferir na sua vida? **SE SIM**, quanto interferiu?

0 = **Nenhuma preocupação** sobre o pânico.

1 = **Leve**, há um medo ocasional, preocupação ou apreensão em relação ao pânico.

2 = **Moderado**, frequentemente preocupado, temerário ou apreensivo, mas tem períodos sem ansiedade. Há uma notável alteração no estilo de vida, mas a ansiedade é ainda controlável e o funcionamento global não está prejudicado.

3 = **Severo**, preocupado com o medo, apreensão ou preocupação sobre o pânico, interferência substancial na concentração e/ou na capacidade para funcionar efetivamente.

4 = **Extremo**, ansiedade quase constante e incapacitante, incapaz de **desempenhar** tarefas importantes devido a medo, preocupação ou apreensão sobre o pânico.

4. MEDO /EVITAÇÃO AGORAFÓBICA

Q: No último mês, **existiram** locais onde você se sentiu com medo ou que você evitou porque imaginou que, se tivesse um AP, seria difícil conseguir auxílio ou sair com facilidade? Situações como utilizar transporte público, dirigir um carro, estar em túnel ou ponte, indo ao cinema, para o supermercado ou shopping ou estando em outros locais com multidões? Algum outro local? Você teve medo de estar em casa sozinho ou completamente só em outros locais? Com que frequência você vem sentindo medo dessas situações? Qual a intensidade do medo? Você evita alguma dessas situações? Há diferença quando você está com uma companhia de confiança? Havia coisas que você faria acompanhado, mas não sozinho? Quanto o medo e a evitação afetam sua vida? Você necessitou alterar seu estilo de vida para acomodar seus medos?

0 = **Nenhum**, sem medo ou evitação.

1 = **Leve**, medo/evitação ocasional, mas com frequência suportaria ou confrontaria a situação. Há pouca ou nenhuma modificação no estilo de vida.

2 = **Moderado**, medo/evitação notável, porém ainda manejável, evita situações temidas, mas confronta com companhia. Há alguma alteração no estilo de vida, mas no geral o funcionamento não está prejudicado.

3 = **Severo**, evitações extremas, modificações substanciais no estilo de vida são necessárias para acomodar a fobia, tornando difícil manejar atividades usuais.

4 = Medos e evitações **extremas e pervasivos**, modificação extensa no estilo de vida é necessária, tanto que tarefas importantes não são realizadas.

5. SENSACIONES LIGADAS AO PÂNICO MEDO/EVITAÇÃO

Q: Algumas vezes, pessoas com TP experimentam sensações físicas que podem assemelhar-se ao pânico e fazem com que elas se sintam assustadas ou incomodadas. No último mês, você evitou fazer algo porque pensou que isso poderia causar esse tipo de sensação física desconfortável? Por exemplo, atividades que provoquem taquicardia, como praticar exercícios vigorosos ou caminhadas? Jogos? Trabalhar no quintal? O que me diz sobre eventos esportivos excitantes, filmes assustadores ou uma discussão? Atividade sexual ou orgasmo? Você temeu ou evitou sensações em sua pele como calor ou tremor? Sensações de tontura ou falta de ar? Você evitou alguma comida, bebida ou outra substância porque poderia lhe trazer alguma sensação física, como café, álcool ou medicamentos como comprimidos para gripe? Quanto a evitação das situações ou de atividades como essas afetou sua vida? Você necessitou mudar seu estilo de vida para adaptar-se aos medos?

0 = **Sem medo** ou evitação de situações ou atividades que provoquem sensações físicas incômodas (afritivas).

1 = **Leve**, medo e/ou evitação ocasional, mas geralmente confrontaria ou desafiaria com pouco desconforto atividades e situações que provoquem sensações físicas. Há pouca modificação do estilo de vida.

2 = **Moderado**, evitação evidente, mas ainda manejável. Definida, mas limitada a modificação no estilo de vida, tal que o funcionamento geral não é prejudicado.

3 = **Severo**, extrema evitação causa modificação substancial do estilo de vida ou interfere no funcionamento.

4 = Evitação **extrema, pervasiva e incapacitante**. Extensa modificação no estilo de vida é necessária, tal que importantes tarefas ou atividades não são realizadas.

ANEXO D – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

| Inventário de Ansiedade de Beck – BAI | | | | |
|--|--------------------------|--|---|---|
| Abaixo é apresentada uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje , colocando um “x” no espaço correspondente na mesma linha de cada sintoma. | | | | |
| | Absolutamente não | Levemente Não me incomodou muito | Moderadamente Foi muito desagradável, mas pode suportar | Gravemente Difícilmente pude suportar |
| 1. Dormência ou formigamento | | | | |
| 2. Sensação de calor | | | | |
| 3. Tremores nas pernas | | | | |
| 4. Incapaz de relaxar | | | | |
| 5. Medo que aconteça o pior | | | | |
| 6. Atordoado ou tonto | | | | |
| 7. Palpitação ou aceleração do coração | | | | |
| 8. Sem equilíbrio | | | | |
| 9. Aterrorizado | | | | |
| 10. Nervoso | | | | |
| 11. Sensação de sufocamento | | | | |
| 12. Tremores nas mãos | | | | |
| 13. Trêmulo | | | | |
| 14. Medo de perder o controle | | | | |
| 15. Dificuldade de respirar | | | | |
| 16. Medo de morrer | | | | |
| 17. Assustado | | | | |
| 18. Indigestão ou desconforto no abdômen | | | | |
| 19. Sensação de desmaio | | | | |
| 20. Rosto afogueado | | | | |
| 21. Suor (não devido ao calor) | | | | |

ANEXO E – Inventário de Depressão de Beck (BDI)

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

INSTRUÇÕES: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE!** Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

0 Não me sinto triste

1 Eu me sinto triste

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso

3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar

0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro

1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

0 Não me sinto um fracasso

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes

2 Não encontro um prazer real em mais nada

3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

0 Não me sinto especialmente culpado(a)

1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo

2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo

3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

0 Não acho que esteja sendo punido(a)

1 Acho que posso ser punido(a)

2 Creio que vou ser punido(a)

3 Acho que estou sendo punido(a)

0 Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a)

1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)

2 Estou enojado(a) de mim mesmo(a)

3 Eu me odeio

0 Não me sinto de qualquer modo pior do que os outros

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

0 Não tenho quaisquer ideias de me matar

1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade

0 Não choro mais que o habitual

1 Choro mais agora do que costumava

2 Choro agora o tempo todo

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava

2 Agora eu me sinto irritado(a) o tempo todo

3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

0 Tomo decisões tão bem quanto antes

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava

2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes

3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes

1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativo

3 Acredito que pareço feio(a)

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes

1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa

3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

0 Consigo dormir tão bem como o habitual

1 Não durmo tão bem como costumava

2 Acordo de uma a duas horas mais cedo do que habitualmente e é difícil voltar a dormir

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual

1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava

2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa

3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

0 Meu apetite não está pior do que o habitual

1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 Meu apetite é muito pior agora

3 Absolutamente não tenho mais apetite

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

1 Perdi mais do que 2 quilos e meio

2 Perdi mais do que 5 quilos

3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: () Sim () Não

0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual

1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa

3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado em sexo do que costumava

2 Estou muito menos interessado por sexo agora

3 Perdi completamente o interesse por sexo

Subtotal da página 1 _____

Subtotal da página 2 _____

SCORE TOTAL _____

ANEXO F – Inventário de Estratégias de *Coping***INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING**

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada sobre o que você fez na situação.

0 não usei essa estratégia

1 usei um pouco

2 usei bastante

3 usei em grande quantidade

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida no próximo passo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Deixei o tempo passar. A melhor coisa que poderia fazer era esperar. O tempo é o melhor remédio. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Procurei tirar alguma vantagem da situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Critiquei-me, repreendi-me. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Esperei que um milagre acontecesse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Agi como se nada tivesse acontecido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Procurei encontrar o lado bom da situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Dormi mais que o normal. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Mostrei raiva para as pessoas que causaram o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a sentir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Inspirou-me a fazer algo criativo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Procurei a situação desagradável. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Procurei ajuda profissional. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Tracei um plano de ação e o segui. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Extravasei os meus sentimentos de alguma forma. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Compreendi que o problema foi provocado por mim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Saí da experiência melhor do que eu esperava. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Tentei descansar, tirar férias, a fim de esquecer o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Procurei me sentir melhor comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 36. Encontrei novas crenças. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Mantive o meu orgulho, não demonstrando os meus sentimentos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Redescobri o que é importante na vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Procurei fugir das pessoas em geral. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Minimizei a situação, recusando-me a me preocupar seriamente com ela. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. Eu sabia o que deveria ser feito, então redobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Recusei-me a acreditar que aquilo estava acontecendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes da próxima vez. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53. Aceitei que nada poderia ser feito. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 59. Tinha fantasias de como as coisas aconteceriam, de como se encaminhariam. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60. Rezei. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 61. Preparei-me para o pior. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista de outra pessoa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 65. Eu disse a mim mesmo(a) que as coisas poderiam ter sido piores. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66. Corri ou fiz exercícios. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Fonte: adaptado por Savoia et al. (1976) do original de Folkman & Lazarus (1985).

ANEXO G – WHOQOL-breve

WHOQOL - breve

INSTRUÇÕES: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, de sua saúde e de outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas aquela que lhe parecer mais apropriada. Essa, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha. Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando **o que você pensa de sua vida**, tomando como referência as **duas últimas semanas**. **Leia cada questão, veja o que você considera e circule o número que lhe parecer a melhor resposta.**

| | | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem boa | Boa | Muito boa |
|---|---|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1 | Como você avaliaria a sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões a seguir referem-se **a quanto** você tem sentido algumas coisas **nas últimas duas semanas..**

| | | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|---|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) o impede de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões a seguir referem-se **a quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas **nessas últimas duas semanas.**

| | | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|----|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10 | Você tem energia suficiente em seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações de que precisa em seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões a seguir referem-se a **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida **nas últimas duas semanas**.

| | | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|----|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões a seguir referem-se à **frequência com que** você sentiu ou experimentou certas coisas **nas últimas duas semanas**.

| | | Nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequentemente | Sempre |
|----|--|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões a seguir referem-se às **suas crenças pessoais e ao quanto** elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito a religião, espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Também se referem às **duas últimas semanas**.

| | | Nunca | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|----|---|-------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 27 | Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Em que medida você pensa que sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Em que medida suas crenças pessoais o(a) ajudam a entender as dificuldades da vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO H – Escala de Resiliência

Escala de Resiliência

Marque o item de que você discorda ou com o qual concorda nas seguintes afirmações:

| | Discordo | | | Nem concordo nem discordo | Concordo | | |
|---|------------|-------|-------|---------------------------|----------|-------|------------|
| | Totalmente | Muito | Pouco | | Pouco | Muito | Totalmente |
| 1. Quando faço planos, eu os levo até o fim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Manter interesse nas coisas é importante para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Eu posso estar por minha conta se precisar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Eu sou amigo de mim mesmo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Eu sou determinado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | Discordo | | | Nem concordo nem discordo | Concordo | | |
|---|------------|-------|-------|---------------------------|----------|-------|------------|
| | Totalmente | Muito | Pouco | | Pouco | Muito | Totalmente |
| 12. Eu faço as coisas um dia de cada vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Eu sou disciplinado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Eu mantenho interesse nas coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Eu normalmente posso achar motivo para rir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa com quem as outras podem contar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Minha vida tem sentido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Eu não insisto em coisas sobre as quais eu não posso fazer nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Quando estou em uma situação difícil, normalmente acho uma saída. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

ANEXO J – Carta de Aprovação do Projeto



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140379

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

GISELE GUS MANFRO

CAROLINA BLAYA

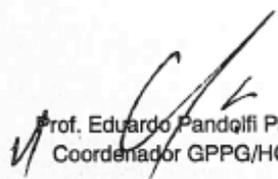
ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT

Título: Subtipo Respiratório do Transtorno de Pânico: Resposta à Terapia Cognitivo Comportamental

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 21 de julho de 2014.


Prof. Eduardo Pandolfi Passos
Coordenador GPPG/HCPA