

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ANDRESSA DA SILVA BEHENCK

**SENSIBILIDADE À ANSIEDADE E TRANSTORNO DE PÂNICO: AVALIAÇÃO DO
IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO**

Porto Alegre

2018

ANDRESSA DA SILVA BEHENCK

**SENSIBILIDADE À ANSIEDADE E TRANSTORNO DE PÂNICO: AVALIAÇÃO DO
IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO**

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: Prof^a Dr^a Elizeth Heldt

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Behenck, Andressa da Silva
Sensibilidade à ansiedade e transtorno de pânico:
avaliação do impacto da terapia cognitivo-
comportamental em grupo / Andressa da Silva Behenck.
-- 2018.
80 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. Sensibilidade à ansiedade. 2. Transtorno de
Pânico . 3. Terapia Cognitivo-Comportamental em
Grupo. I. Heldt, Elizeth, orient. II. Título.

ANDRESSA DA SILVA BEHENCK

Sensibilidade à Ansiedade e Transtorno de Pânico: avaliação do impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



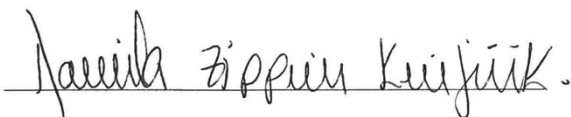
Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt

Presidente da Banca – Orientadora



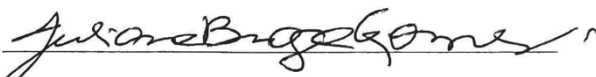
Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro da banca



Dra. Daniela Zippin Knijnik

Membro da banca



Dra. Juliana Braga Gomes

Membro da banca

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças nos momentos mais difíceis e me conceder tantas bênçãos e alegrias.

Aos meus pais, Mara e Vando, pelo esforço em conter minhas angústias, por sorrirem quando estive feliz, ou me trazerem de volta o sorriso nos dias em que eu não estive feliz. Obrigada por me darem todo o suporte de que precisei como pessoa até hoje.

Ao meu marido, Diego, por construir, ao meu lado, uma base familiar cada dia mais sólida, que me permitiu alcançar o sonho do doutorado. O amor que sentimos um pelo outro me faz mais forte. Obrigada por estar comigo nas horas de aflição e também nos momentos de alegria.

Gratidão a toda a minha família pelo apoio, especialmente à minha prima-irmã Vanessa pelo carinho e pela amizade.

À minha orientadora, Elizeth Heldt, fonte de inspiração e grande exemplo. Obrigada por me incentivar, apoiar, direcionar e ser meu veículo principal nessa conquista tão valiosa.

A todos os meus amigos queridos, aos quais não seria possível agradecer em poucas frases. Em especial às amigas Ana Cristina e Valesca, que me acompanharam desde o início do doutorado e estiveram presentes em cada momento de conquista e dificuldade dos estudos, que hoje está se transformando em uma grande vitória.

Às minhas colegas e amigas do HCPA, que me estimularam a dar seguimento nessa missão. Cada uma teve importância singular com um gesto ou uma palavra de incentivo durante essa jornada.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a todas as instituições e comitês envolvidos que permitiram a realização deste estudo.

A todos os professores e membros da banca pelas valiosas contribuições.

Aos pacientes que aceitaram participar da pesquisa. A cooperação de todos foi imprescindível para o desenvolvimento desta tese de doutorado.

Meus sinceros agradecimentos a todos(as) vocês!!

Com amor,

Andressa da Silva Behenck.

RESUMO

BEHENCK, A.S. **Sensibilidade à ansiedade e transtorno de pânico: avaliação do impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo.** 2018. 80f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

O transtorno de pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade e sensação de medo intenso. Embora haja tratamento efetivo com medicações e terapia cognitivo-comportamental (TCC), muitos pacientes tratados apresentam resposta parcial e tendem à cronicidade. A sensibilidade à ansiedade (SA) é um constructo multidimensional que expressa preocupações físicas, sociais e cognitivas da ansiedade, considerada uma tendência específica a reagir com medo aos sintomas de ansiedade. A SA tem sido associada à gênese e à manutenção dos sintomas do TP, porém ainda são escassos estudos que avaliam se a TCC em grupo (TCCG) modifica tal condição. Os objetivos deste estudo foram: 1) avaliar o impacto da TCCG na SA em pacientes com TP; 2) verificar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas (comorbidades, uso de medicação, gravidade do TP) relacionadas à SA; 3) verificar as variáveis clínicas relacionadas à mudança da SA após a TCCG; 4) analisar a SA e suas dimensões como preditor de resposta à TCCG. Trata-se de um ensaio clínico controlado para avaliação da SA em pacientes com TP que realizaram 12 sessões de TCCG comparados ao grupo controle sem a intervenção. A gravidade dos sintomas foi avaliada antes e depois da TCCG no grupo intervenção e uma vez no grupo controle. Utilizou-se a Escala de gravidade do TP (PDSS), a Impressão Clínica Global (CGI), a Hamilton Ansiedade (HAM-A), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Para avaliar a SA, foi utilizada a Escala de Sensibilidade à Ansiedade-Revisada (ESA-R) com quatro fatores: fator 1 – medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares; fator 2 – medo de descontrole cognitivo; fator 3 – medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente; fator 4 – medo de sintomas gastrintestinais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 14-0379). Os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A amostra foi composta por 89 sujeitos, com média de idade de 37,9 (DP=10,6) anos. Observou-se associação significativa entre a SA mais elevada em pacientes com comorbidade com agorafobia e sintomas mais elevados de ansiedade e de depressão. Um total de 37 (42%) pacientes participou do grupo intervenção e 52 (58%) pacientes do grupo controle. Houve melhora significativa em todos os sintomas específicos do TP, da ansiedade geral e dos sintomas depressivos. A SA também sofreu redução significativa em todos os fatores após a intervenção quando comparada aos escores iniciais, com tamanho de efeito (TE) de moderado a grande. Quando comparada a SA do grupo controle e do grupo intervenção após a TCCG, os escores da ESA-R diminuíram significativamente em todos os fatores e no total. Ou seja, a SA modifica-se com a TCCG tanto em termos de intragrupo intervenção quanto em termos de escores do grupo controle. Os resultados deste estudo confirmaram que a relação entre a SA é maior em pacientes com TP mais graves. Também foi evidenciada a eficácia da TCCG na redução das dimensões física, cognitiva e social da SA, confirmando a hipótese do impacto positivo da TCCG para a modificação desse quadro.

Palavras-chave: Sensibilidade à ansiedade. Transtorno de pânico. Terapia cognitivo-comportamental em grupo.

ABSTRACT

BEHENCK, A.S. **Anxiety sensitivity and panic disorder: assessment of the impact of cognitive-behavioral group therapy.** 2018. 80f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Panic disorder (PD) is characterized by the presence of sudden attacks of anxiety and intense fear sensation. Although there are effective treatments with medications and cognitive-behavioral therapy (CBT), many treated patients present partial response and tend to chronicity. Anxiety sensitivity (AS) is a multidimensional construct that expresses physical, social and cognitive anxiety concerns, considered a specific tendency to react with fear to the symptoms of anxiety. AS has been associated with the genesis and maintenance of PD symptoms, but there are still few studies evaluating whether CBT in group (CBT-G) modifies such condition. The objectives of this study were: 1) to evaluate the impact of CBT-G on AS in patients with PD; 2) to verify the association between sociodemographic and clinical characteristics (comorbidities, medication use, severity of PD) related to AS; 3) to verify the clinical variables related to the change in AS after CBT-G; 4) to analyze AS and its dimensions as a predictor of response to CBT-G. This is a controlled clinical trial for the evaluation of AS in patients with PD who performed 12 sessions of CBT-G compared to the control group without the intervention. The severity of the symptoms was evaluated before and after the CBT-G in the intervention group and once in the control group. We used the PD Severity Scale (PDSS), Clinical Global Impression (CGI), Hamilton Anxiety (HAM-A), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI). In order to evaluate the AS, the Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R) was used with four factors: factor 1 - fear of respiratory and cardiovascular symptoms; factor 2 - fear of cognitive uncontrol; factor 3 - fear that reactions to anxiety could be publicly observed; factor 4 - fear of gastrointestinal symptoms. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre (n° 14-0379). Patients signed the informed consent form (TCLE). The sample consisted of 89 subjects, with a mean age of 37.9 (SD = 10.6) years. A significant association was observed between the highest AS in patients with comorbidity with agoraphobia and higher anxiety and depression symptoms. A total of 37 (42%) patients participated in the intervention group and 52 (58%) patients in the control group. There was a significant improvement in all the specific symptoms of PD, general anxiety and depressive symptoms. AS also had a significant reduction in all factors after the intervention when compared to the initial scores, with moderate to large effect size (ES). When compared to AS of the control group and the intervention group after the CBT-G, ASI-R scores decreased significantly in all factors and in the total. That is to say, AS is modified with CBT-G both in terms of intragroup intervention and in terms of scores of the control group. The results of this study confirmed that the relationship between AS is higher in patients with more severe PD. The effectiveness of CBT-G in reducing the physical, cognitive and social dimensions of AS was also evidenced, confirming the hypothesis of the positive impact of CBT-G for the modification of this condition.

Keywords: Anxiety sensitivity. Panic disorder. Cognitive-behavioral group therapy.

RESUMEN

BEHENCK, A.S. **Sensibilidad a la ansiedad y trastorno de pánico: evaluación del impacto de la terapia cognitivo-conductual en grupo.** 2018. 80f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

El trastorno de pánico (TP) se caracteriza por la presencia de ataques súbitos de ansiedad y sensación de miedo intenso. Aunque hay tratamiento efectivo con medicamentos y terapia cognitivo-conductual (TCC), muchos pacientes tratados presentan respuesta parcial y tienden a la cronicidad. La sensibilidad a la ansiedad (SA) es un constructo multidimensional que expresa preocupaciones físicas, sociales y cognitivas de la ansiedad, y se considera una tendencia específica a reaccionar con miedo a los síntomas de ansiedad. La SA ha sido asociada a la génesis y al mantenimiento de los síntomas del TP, pero todavía son escasos estudios que evalúan si la TCC en grupo (TCCG) modifica tal condición. Los objetivos de este estudio fueron: 1) evaluar el impacto de la TCCG en la SA en pacientes con TP; 2) verificar la asociación entre las características sociodemográficas y clínicas (comorbilidades, uso de medicación, gravedad del TP) relacionadas con la SA; 3) verificar las variables clínicas relacionadas con el cambio de la SA después de la TCCG; 4) analizar la SA y sus dimensiones como predictor de respuesta a la TCCG. Se trata de un ensayo clínico controlado para evaluación de la SA en pacientes con TP que realizaron 12 sesiones de TCCG comparados al grupo control sin la intervención. La gravedad de los síntomas fue evaluada antes y después de la TCCG en el grupo intervención y una vez en el grupo control. Se utilizó la Escala de gravedad del TP (PDSS), la Impresión Clínica Global (CGI), la Hamilton Ansiedad (HAM-A), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Para evaluar la SA, se utilizó la Escala de Sensibilidad a la Ansiedad-Revisada (ESA-R) con cuatro factores: factor 1 - miedo a los síntomas respiratorios y cardiovasculares; factor 2 - miedo al descontrol cognitivo; factor 3 - miedo de que las reacciones a la ansiedad sean observadas públicamente; factor 4 - miedo a los síntomas gastrointestinales. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n° 14-0379). Los pacientes firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido (TCLE). La muestra fue compuesta por 89 personas, con una media de edad de 37,9 (DP = 10,6) años. Se observó una asociación significativa entre SA más elevada en pacientes con comorbilidad con agorafobia y síntomas más graves de ansiedad y depresión. Un total de 37 (42%) pacientes participó en el grupo intervención y 52 (58%) pacientes del grupo control. Hubo una mejora significativa en todos los síntomas específicos del TP, ansiedad general y síntomas depresivos. La SA también sufrió una reducción significativa en todos los factores después de la intervención cuando se compara a los scores iniciales, con tamaño de efecto (TE) de moderado a grande. Cuando se comparó la SA del grupo control y del grupo intervención después de la TCCG, los scores de la ESA-R disminuyeron significativamente en todos los factores y en el total. O sea, la SA se modifica con la TCCG tanto en términos de intragrupo intervención cuanto en términos de scores del grupo control. Los resultados de este estudio confirmaron que la relación entre la SA es mayor en pacientes con TP más graves. También se evidenció la eficacia de la TCCG en la reducción de las dimensiones física, cognitiva y social de la SA, confirmando la hipótesis del impacto positivo de la TCCG para la modificación de ese cuadro.

Palabras-clave: Sensibilidad a la ansiedad. Trastorno de pánico. Terapia cognitivo-conductual en grupo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Fatores da ESA-R conforme o estudo de validação da ESA-R para o Brasil	34
Quadro 2	Protocolo de TCCG para o transtorno de pânico	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas e clínicas da amostra	39
Tabela 2	Comparação das distribuições dos fatores da ESA-R entre as variáveis categóricas estudadas	41
Tabela 3	Correlação entre as variáveis contínuas de idade, anos de estudo, avaliação de sintomatologia e gravidade do TP com os fatores da ESA-R	42
Tabela 4	Comparação entre as características sociodemográficas e clínicas iniciais do grupo controle e intervenção	43
Tabela 5	Comparação das medidas de gravidade dos sintomas e da sensibilidade à ansiedade antes e depois da TCCG	44
Tabela 6	Resultados da sensibilidade à ansiedade comparando os níveis do grupo intervenção antes e depois da TCCG com o controle	45
Tabela 7	Correlação entre os deltas da gravidade dos sintomas e da sensibilidade à ansiedade do grupo intervenção	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACQ	Questionário de Cognições Agorafóbicas
ASI	Anxiety Sensitivity Index
ASP	Anxiety Sensitivity Profile
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BSQ	Questionário de Sensações Corporais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGI	Impressão Clínica Global
COMPESQ	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DP	Desvio Padrão
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
ESA-R	Escala de Sensibilidade a Ansiedade –Revisada
FOF	Fear of fear – “Medo do medo”
GPEAMAB	Grupo de Pesquisa em Enfermagem Ambulatorial e Atenção Básica
HAM-A	Hamilton para Ansiedade
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação da Serotonina
ITCC	Internet – Terapia Cognitivo-Comportamental
MBSR	Mindfulness Baseado em Redução de Estresse
MINI	Mini Internacional Neuropsychiatric Interview
PDSS	Escala de Gravidade do Transtorno de Pânico
PROTAN	Programa de Transtornos de Ansiedade
SA	Sensibilidade à Ansiedade
SEAMB	Serviço de Enfermagem Ambulatorial
SPSS	Statistical Package for de Social Sciences
SVV	Síndrome Vaso-Vagal
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	Transtorno de Ansiedade Social

TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tamanho de Efeito
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TP	Transtorno de Pânico
TPA	Transtorno de Pânico com Agorafobia
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Teorias do medo à ansiedade	19
3.2 Escala de Sensibilidade à Ansiedade (ESA-R)	21
3.3 Relação entre sensibilidade à ansiedade e transtorno de pânico	24
3.4 Tratamento do transtorno de pânico e sensibilidade à ansiedade	26
3.5 Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico	28
4 MÉTODOS	32
4.1 População e tamanho da amostra	32
4.2 Instrumentos de avaliação	33
4.3 Intervenção	35
4.4 Análise estatística	37
4.5 Considerações éticas	37
5 RESULTADOS	38
5.1 Características gerais da amostra	38
5.2 Relação entre as características da amostra e a sensibilidade à ansiedade	40
5.3 Avaliação da terapia cognitivo-comportamental em grupo na sensibilidade à ansiedade	42
5.4 Comparação das medidas de gravidade dos sintomas e sensibilidade à ansiedade antes e depois da terapia cognitivo-comportamental em grupo	44
6 DISCUSSÃO	47
7 CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A – Protocolo de Pesquisa	64
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	68

ANEXO A – Impressão Clínica Global (CGI)	69
ANEXO B – Escala de Gravidade do Transtorno de Pânico (PDSS)	70
ANEXO C – Hamilton para Ansiedade (HAM-A)	73
ANEXO D – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	74
ANEXO E – Inventário de Depressão de Beck (BDI)	75
ANEXO F – Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Revisada (ESA-R)	77
ANEXO G – Carta de Aprovação do Projeto	79

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade consiste em um estado emocional vivenciado com experiências subjetivas de medo, com predomínio da presença de sintomas fisiológicos. O medo representa um alarme primário normal, que todo ser humano manifesta quando confrontado com alguma ameaça à própria sobrevivência ou à sua integridade física. O cérebro reage ao perigo liberando substâncias químicas que preparam o indivíduo para defender-se (lutar), enfrentar a situação ou fugir dela (SADOCK; SADOCK, 2007). Contudo, quando a reação de alarme é desencadeada de forma automática, ou em situações nas quais não existe perigo real, considera-se uma resposta desadaptada ao medo e conseqüentemente à ansiedade.

A reação desadaptada de ansiedade pode chegar ao transtorno de pânico (TP), caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade que consistem em um período de sensação de medo e de desconforto intensos, acompanhados de sintomas físicos e afetivos que surgem abruptamente, atingindo um pico de intensidade máxima em poucos minutos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Os pacientes com TP apresentam sintomas físicos (palpitação e taquicardia, dor torácica, sudorese, tontura, tremores, falta de ar, calafrios, parestesias, desconforto abdominal, náusea), sintomas afetivos (medo de morrer, de enlouquecer ou de perder o controle) e despersonalização (sensação de distanciamento de si mesmo ou de desconexão do ambiente). Esses ataques costumam ser seguidos de ansiedade antecipatória, isto é, medo de sofrer uma nova crise e/ou apreensão persistente sobre conseqüências dos ataques de pânico. Também é frequente a presença da agorafobia, que se caracteriza por medo e evitação de lugares ou de situações de onde é difícil escapar ou obter ajuda caso ocorra um novo ataque (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O TP é uma doença frequente, com curso crônico, podendo acometer até 3,5% da população em geral ao longo da vida (KESSLER et al., 2012). Também está relacionado a alto custo social, uma vez que os pacientes apresentam comprometimento da produtividade e utilizam os serviços públicos de saúde com mais frequência do que a população em geral (STEIN et al., 2004; BANDELOW; MICHAELIS, 2015). Alterações neurobiológicas em estruturas como amígdala, ínsula anterior, córtex cingulado anterior e sistema límbico têm sido descritas na gênese e na manutenção dos sintomas do TP (DRESLER et al., 2013), assim como alterações biopsicossociais são evidenciadas na etiologia do TP, como história familiar positiva para doença mental, pior qualidade de vida, presença de estressores e baixo nível socioeconômico (MOITRA et al., 2011; CHEN; TSAI, 2016). A alteração neuropsicológica

chamada sensibilidade à ansiedade (SA) refere-se ao medo de sensações relacionadas à ansiedade e tem sido amplamente relacionada ao TP (KIM et al., 2016).

A SA é um constructo multidimensional que expressa preocupações somáticas, sociais e aspectos cognitivos da ansiedade (DEACON; ABRAMOWIT, 2006). Tais preocupações estão relacionadas com o medo que o paciente sente ao vivenciar sensações que causem ansiedade e que, geralmente, são interpretadas como nocivas e catastróficas. A SA é avaliada sobretudo pela Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Revisada (ESA-R), composta por quatro fatores (ESCOCARD; BASTOS; FERNANDEZ, 2009):

- Fator 1: medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares.
- Fator 2: medo de descontrolo cognitivo.
- Fator 3: medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente.
- Fator 4: medo de sintomas gastrintestinais.

A SA tem sido fortemente associada aos transtornos de ansiedade, sendo considerada como um agente de manutenção dos sintomas do TP (SIMON et al., 2004), como preditor de ataques de pânico e do próprio TP (REISS, 1991; PLEHN; PETERSON, 2002; KIM et al., 2016).

A correlação entre SA e TP foi observada recentemente em estudos de neuroimagem. Um dos estudos avaliou 112 pacientes com TP e 48 pessoas saudáveis por meio da ESA-R. Entre os pacientes com TP, as pontuações totais da ESA-R indicaram correlação positiva significativa entre SA e alterações em regiões cerebrais envolvidas no processamento interoceptivo (estímulos relacionados às ameaças), o que não foi observado no grupo controle (KIM et al., 2016).

Em outra pesquisa que avaliou uma amostra de 18 pacientes ambulatoriais com TP, foram estudadas regiões neurais de processamento emocional implícito de expressões faciais com um paradigma de correspondência de face por meio de ressonância magnética. As análises realizadas indicaram uma correlação positiva entre SA e atividade cerebral durante o processamento emocional em regiões próximas à ínsula. Os dados confirmaram que a SA é um componente importante do TP (POLETTI et al., 2015).

A terapia farmacológica tem sido usada como primeira escolha no tratamento do TP, apresentando eficácia comprovada no alívio da sintomatologia. No entanto, estudos demonstram que 30 a 48% dos pacientes continuam a apresentar sintomas e ataques de pânico, enquanto 53% dos pacientes seguem agorafóbicos, apesar do tratamento farmacológico (POLLACK, 2005; MARCHAND et al., 2009). Além disso, a escolha do

tratamento medicamentoso em monoterapia é menos eficaz e apresenta menor relação custo-benefício em longo prazo para pacientes com TP, especialmente se comparados à terapia cognitivo-comportamental (TCC) e à TCC combinada ao uso de psicofármaco (VAN-APELDOORN et al., 2014; BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017).

A TCC para o TP tem sido apontada como primeira escolha entre as terapias devido às evidências de boa resposta em curto (HELDT et al., 2003) e longo prazo, podendo ser realizada individualmente ou em grupo (TCCG) (HELDT et al., 2006). Os resultados positivos são observados principalmente no que diz respeito aos sintomas residuais e, muitas vezes, persistentes da doença, como ansiedade antecipatória e agorafobia (OTTO; DEVENNEY, 2005; MARCHAND et al., 2009; APELDOORN et al., 2014). Contudo, alguns pacientes ainda são refratários a diferentes modalidades de tratamentos e às suas combinações (MITTE, 2005).

As técnicas da TCC individual são as mesmas realizadas na TCCG e consistem em corrigir as distorções do pensamento (técnicas cognitivas), gerando novas alternativas para as interpretações catastróficas, como também em modificar o comportamento evitativo aprendido (técnicas comportamentais) que, por sua vez, mantém o transtorno. A TCCG baseia-se em tarefas nas quais os papéis desempenhados tanto pelo paciente quanto pelo terapeuta são ativos, e apresenta evidências de resposta positiva para pacientes com TP (MANFRO; HELDT; BLAYA, 2019).

O protocolo atual de 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, estando focado na reestruturação cognitiva, na exposição interoceptiva e ao vivo, na respiração abdominal e no relaxamento muscular (HELDT; BEHENCK; WESNER, 2019). Estudos que avaliam a SA no TP, em nosso meio, ainda são escassos. Considerando a SA como um fator de risco para a manutenção dos sintomas do TP, cabe questionar: a TCCG pode modificar a SA em pacientes com TP?

A presente pesquisa está vinculada ao projeto maior intitulado “Subtipo respiratório do transtorno de pânico: resposta à terapia cognitivo-comportamental”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HCPA. Entre os objetivos do projeto maior, destacam-se verificar a resposta a TCCG, considerando-se o subtipo respiratório e não respiratório do TP, e avaliar a resposta ao acréscimo de estratégias de *coping* e de resiliência ao protocolo padrão de TCCG. Nesse sentido, o foco deste projeto é avaliar o impacto da TCCG sobre a SA em pacientes com TP.

O interesse em realizar pesquisas deve-se à participação como membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Ambulatorial e em Atenção Básica (GPEAMAB). O tema surgiu a partir da prática clínica como terapeuta dos grupos de TCC para TP, vinculado ao Programa de Enfermagem em Saúde Mental do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do HCPA (SEAMB-HCPA). Os resultados do presente estudo poderão contribuir para uma melhor compreensão do TP e repercutir na prática clínica dos profissionais de saúde no que diz respeito ao cuidado aos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) na sensibilidade à ansiedade (SA) de pacientes com transtorno de pânico (TP).

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar as características sociodemográficas e clínicas (comorbidades, uso de medicação, gravidade do TP) relacionadas à SA.
- Verificar as variáveis clínicas relacionadas à mudança da SA após a TCCG.
- Analisar a SA e suas dimensões como preditor de resposta à TCCG.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Visando aprofundar o embasamento teórico, pretende-se abordar nesta revisão os seguintes temas: as teorias do medo da ansiedade; o uso da Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Revisada (ESA-R); a relação entre SA e TP; o tratamento do TP e SA e a abordagem cognitivo-comportamental em grupo para TP.

3.1 Teorias do medo à ansiedade

Desde o final da década de 1980, o “medo da ansiedade” (em inglês, “*fear of anxiety*”) vem sendo relacionado a uma gama de fenômenos além da agorafobia (REISS, 1987). Sob a ótica psicodinâmica, ao menos dois psicanalistas importantes comentaram sobre o medo da ansiedade. Freud (1924) relacionou-o à agorafobia e Fenichel (1945) associou-o à incubação de ansiedade e a uma tendência a “assustar-se com muita facilidade”.

Na visão dos teóricos do condicionamento, o medo da ansiedade é resultado de experiências de pânico. Ou seja, os pesquisadores consideraram que esse medo seja uma das várias condições necessárias e suficientes para a ocorrência de agorafobia. Tal visão relaciona o temor a sintomas patológicos, estreitando a hipótese do medo da ansiedade como um medo de ataques de pânico (EVANS, 1972; FENICHEL, 1945; REISS; McNALLY, 1985). Ian Evans (1972) sustentou que esse medo é um padrão neurótico comum e, por isso, não se restringe à agorafobia e ao TP (REISS, 1987).

De acordo com a teoria cognitiva, o medo da ansiedade é determinado pelas crenças que incluem experiências passadas sobre as consequências da ansiedade, ideias irracionais ou processos de aprendizagem social. Os teóricos cognitivos costumam explicar que as crenças sobre as consequências da ansiedade podem desempenhar um papel de causalidade na predisposição, no desenvolvimento e na manutenção de distúrbios relacionados à ansiedade. Ellis (1979) discutiu o conceito do medo da ansiedade a partir da perspectiva da teoria racional-emotiva, baseada em uma distinção entre dois tipos de ansiedade: a ansiedade do ego (referente à maior parte dos casos de ansiedade patológica) e a ansiedade do desconforto (referente ao medo de experiências aversivas). O medo da ansiedade é apenas um exemplo de ansiedade de desconforto, assim como o medo de experimentar depressão ou culpa.

Segundo Ellis, a ansiedade de desconforto representa o medo das reações de alguém frente a situações problemáticas. Indivíduos com alto nível de ansiedade de desconforto

tendem a apresentar baixa tolerância à frustração, sentindo raiva deles mesmos quando vivenciam emoções desconfortáveis que pretendiam evitar. Essa baixa tolerância à frustração está associada a ideias irracionais; por exemplo, os agorafóbicos que ficam ansiosos quando se aventuram fora de suas casas ou de seus ambientes considerados seguros. Em vez de perceber a ansiedade como uma inconveniência, os agorafóbicos continuam interpretando seus pensamentos de forma categórica e negativa: “Não devo experimentar esse tipo de reação dolorosa”, “É horrível sentir essa ansiedade desconfortável” e “Não suporto esse desconforto”. Conforme a teoria de Ellis (1979), essas ideias irracionais produzem ansiedade, estresse e preocupação obsessiva sobre a possibilidade de experimentar emoções aversivas no futuro, considerando-se também a ansiedade de desconforto como uma das causas de fobias graves.

Outro ponto de vista sobre o medo da ansiedade foi sugerido pelo conceito de expectativa de resposta (KIRSCH, 1985). Esse conceito representa um esforço para ampliar a teoria da aprendizagem social ao comportamento não volitivo. A ideia básica é a de que as expectativas de comportamento não volitivo, chamadas expectativas de resposta, têm um efeito direto e não mediado sobre a experiência subjetiva, o funcionamento fisiológico e o comportamento manifesto. De acordo com essa teoria, a antecipação do medo pode motivar a evitação e a experiência subjetiva do medo (KIRSCH, 1985).

A teoria de expectativa de Reiss e McNally (1985) sobre medo da ansiedade baseia-se no trabalho de Ellis (1979) e Kirsch (1985). Considerando o modelo da expectativa, o medo da ansiedade é composto por dois processos. O primeiro componente foi chamado de expectativa de ansiedade, que se refere a casos em que a motivação para evitação começa com a antecipação, em vez da experiência real de ansiedade. Nesse caso, existe uma semelhança entre o conceito de expectativa de ansiedade e o conceito de expectativa de resposta de Kirsch (1985). O segundo componente foi chamado de sensibilidade à ansiedade (SA), o qual se mostrou relevante para a hipótese de Ellis (1979): as ideias irracionais aumentam o nível de desconforto das emoções aversivas.

A SA foi definida como a crença de que a ansiedade tem consequências indesejadas além do seu desconforto imediato. Por exemplo, algumas pessoas acreditam que a ansiedade seja embaraçosa; outras que a ansiedade leve a doenças mentais e outras que a ansiedade cause um ataque cardíaco. Cada uma dessas crenças indica a presença de uma sensibilidade. Quanto mais crenças a respeito de SA uma pessoa tem, e quanto mais consolidada essa crença for, maior será o nível de SA. Assim, a sensibilidade aumenta a importância psicológica das experiências de ansiedade, ou seja, as pessoas estão mais propensas a se preocupar com ela.

Além disso, a SA eleva os níveis de ansiedade (incubação de ansiedade), porque o fato de se preocupar com ela produz ainda maior ansiedade. Teoricamente, a SA é vista como um fator predisponente ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade (REISS; McNALLY, 1985, KIM et al., 2016).

Tais hipóteses cognitivas sugerem que a SA deve estar inversamente relacionada à capacidade de tolerar altos níveis de ansiedade sem desenvolver um distúrbio emocional. As pessoas com baixa SA interpretam a ansiedade/o estresse como uma experiência temporária sem importância especial, além do seu desconforto. Essas pessoas têm uma boa oportunidade para mobilizar suas energias psicológicas a fim de resolver os problemas da vida que causam ansiedade/estresse. Também se mostram mais capazes de tolerar níveis maiores de ansiedade/estresse e de funcionar adequadamente em seus empregos ou nas suas interações sociais.

Por outro lado, as pessoas que têm alta SA apresentam baixa tolerância a situações de vida estressantes. Nesse caso, a ansiedade/o estresse tende a crescer significativamente, de modo que o indivíduo terá grande demanda de energia emocional para o gerenciamento desse quadro. Assim, à medida que o indivíduo preocupa-se com as situações de ansiedade/estresse, a atenção é desviada para encontrar soluções para os problemas de vida que dão início a tais condições de desconforto. A preocupação excessiva do indivíduo com a ansiedade pode contribuir para dificuldades de funcionamento no trabalho e em situações sociais. Dessa maneira, a SA pode colaborar para o desenvolvimento de um transtorno de ansiedade (REISS; McNALLY, 1985).

Um estudo recente apontou que a SA é considerada uma condição de vulnerabilidade na patogênese de transtornos mentais, destacando que pacientes com TP têm níveis elevados de SA em comparação a indivíduos saudáveis (INO et al., 2017). Considerando as teorias mencionadas sobre o medo da ansiedade, entende-se que a SA representa um elemento predisponente para transtornos de ansiedade e, em especial, para o TP. Compreender esses aspectos com maior aprofundamento pode contribuir para aprimorar o tratamento que atualmente é oferecido à população.

3.2 Escala de Sensibilidade à Ansiedade (ESA-R)

A Escala de Sensibilidade à Ansiedade (ESA), como é traduzida do inglês *Anxiety Sensitivity Index (ASI)*, foi desenvolvida em 1986 por Reiss et al., sendo a principal escala que

avalia a SA. Originalmente foi composta por 16 itens que têm por objetivo avaliar o quanto uma pessoa acredita que suas sensações relacionadas à ansiedade podem ser assustadoras ou catastróficas. Os itens desta primeira versão da escala questionam sobre o medo em diferentes aspectos, como preocupações relacionadas às sensações físicas (taquicardia, tontura, falta de ar, tremores, náuseas, etc.); preocupações acerca da possibilidade de descontrole mental e dos pensamentos (consequência do nervosismo, desconcentração) e preocupações relacionadas ao possível julgamento das outras pessoas.

O estudo psicométrico da ESA de 1997 apontou três principais fatores, os quais estão diretamente relacionados às dimensões da SA: 1) medo das sensações físicas (somáticas); 2) medo do descontrole cognitivo e 3) medo de que as reações da ansiedade sejam observadas publicamente (ZINBARG; BARLOW; BROWN, 1997).

Entretanto, alguns itens da ESA não eram suficientemente claros e precisos para avaliar os aspectos a que se objetivaram. Questões como “16. Fico assustado (a) quando estou nervoso (a)” sugeriam uma ampla possibilidade de interpretações e razões pelas quais uma pessoa poderia classificar-se como assustada e nervosa. Por exemplo, ela poderia sentir-se nervosa por estar tonta, ou por estar sendo observada por outras pessoas, ou ainda por ter receio do descontrole de seus pensamentos. Outro exemplo é a questão “14. Sensações corporais incomuns me assustam”; nesse caso, há margem para a percepção de diversas sensações corporais que a pessoa poderia considerar incomuns ou assustadoras. Também foram observadas poucas questões para a avaliação de sintomas cardiovasculares e respiratórios (TAYLOR; COX, 1998; DEACON et al., 2003).

Em uma segunda versão aprimorada da ESA, desenvolveu-se a versão revisada (ESA-R). Foi fruto da reformulação de sua primeira versão, somada a um questionário intermediário criado antes da ESA-R, chamado *Anxiety Sensitivity Profile (ASP)*, composto por 60 questões, e em seguida subutilizado por ser demasiadamente extenso e pouco funcional (TAYLOR; COX, 1998).

Como era o propósito, a ESA-R manteve o foco em avaliar “o quanto uma pessoa acredita que suas sensações relacionadas à ansiedade possam ser assustadoras ou catastróficas” para assim mensurar seu objetivo principal, a SA. Constitui-se de 36 questões, sendo que 10 itens foram reaproveitados de sua primeira versão, acrescidos de 26 novos itens desenvolvidos a partir de pesquisas realizadas com a ASP. É um questionário de autorrelato com três fatores dominantes: 1) medo das sensações somáticas; 2) medo de descontrole cognitivo e 3) medo de que os sintomas de ansiedade sejam observados publicamente. As questões são respondidas em cinco opções, que variam de “Muito Pouco” a “Muitíssimo”,

sendo que 0 equivale a Muito Pouco; 1 a Um Pouco; 2 a Moderadamente; 3 a Muito e 4 a Muítoíssimo. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 144. Quanto maior a pontuação final, maior é a SA (TAYLOR; COX, 1998; DEACON et al., 2003).

A ESA-R está validada em países como Espanha, França, Japão, Brasil, Camboja e seis países do leste Europeu, entre outros. Alguns estudos divergiram quanto à estrutura dos fatores da escala. O estudo psicométrico e de validação para o espanhol apontou somente um fator dominante em vez de três fatores, tal como a ESA-R original (SANDIN; CHOROT; McNALLY, 1996). Na avaliação psicométrica e na validação japonesa, observou-se uma estrutura de quatro fatores (MARUTA et al., 2007), assim como na versão cambojana (HINTON et al., 2006). Para a versão francesa, uma conformação de dois fatores foi apontada: todos os itens que envolviam questões sociais formaram um fator e todas as outras questões (sintomas cardiovasculares, respiratórias, gastrintestinais e cognitivos) compunham o outro fator (BOUVARD et al., 2003). A versão validada em seis países do Leste Europeu resultou em uma estrutura de dois fatores da ESA-R, sendo que os itens que representavam medos somáticos (sintomas físicos gastrintestinais, cardiovasculares e respiratórios) constituíam um fator, enquanto os itens relacionados aos medos das consequências cognitivas, emocionais e sociais correspondiam ao outro fator (ZVOLENSKY et al., 2003).

Após a ESA-R de 36 itens, Taylor e colaboradores (2007) desenvolveram a ESA-3, com 18 itens, que foi testada por meio de análise fatorial exploratória em 2.361 participantes não clínicos norte-americanos e canadenses. A nova configuração avaliou as três dimensões da SA mais relevantes, conforme a pesquisa anterior: preocupações físicas, cognitivas e sociais. A validade do ESA-3 foi verificada por meio de análises fatoriais confirmatórias em seis amostras não clínicas dos Estados Unidos, Canadá, França, México, Países Baixos e Espanha (n=4.494) e uma amostra clínica dos Estados Unidos e Canadá (n=390). A ESA-3 apresentou bom desempenho em termos de confiabilidade, além das evidências de propriedades psicométricas superiores às da ESA-R original (TAYLOR et al., 2007).

De acordo com o constructo da ESA-3, a dimensão de preocupações cognitivas refere-se ao fator medo do descontrole dos pensamentos, as preocupações físicas refletem o medo de sensações físicas que são provocadas pela ansiedade e as preocupações sociais representam o medo de que as reações da ansiedade sejam observadas publicamente, podendo causar rejeição social. Na conclusão do estudo, a subdivisão da SA em três dimensões permite avaliar os fatores que se relacionam mais enfaticamente a determinados transtornos (TAYLOR et al., 2007; ALLAN et al., 2014).

Embora a ESA-3 seja a última versão da escala a ESA-R é a escala validada para a utilização no Brasil. Estudos que utilizaram a ESA-R em pacientes com transtornos de ansiedade e indicaram que o fator correspondente às preocupações físicas está diretamente relacionado ao TP e, em grau menos elevado, ao transtorno de estresse pós-traumático, assim como o fator que representa as preocupações cognitivas está associado à depressão e às preocupações sociais relacionadas ao transtorno de ansiedade social e também à depressão (NARAGON-GAINEY, 2010; ALLAN et al., 2014).

A versão da ESA-R traduzida para o português falado no Brasil foi validada em 2009 (ESCOCARD; BASTOS; FERNANDEZ, 2009). O estudo avaliou as propriedades psicométricas em 585 pacientes com transtornos de ansiedade e, após a análise fatorial, resultou em uma composição de quatro fatores:

- fator 2: itens relacionados ao medo de descontrole cognitivo;
- fator 3: itens relacionados ao medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente;
- fator 4: itens relacionados ao medo de sintomas gastrintestinais.

A consistência interna total da escala foi de $\alpha=0,96$, sendo que os fatores também apresentaram coeficiente α entre 0,84 a 0,95. O estudo comparou ainda os escores da ESA-R entre os transtornos de ansiedade: o resultado foi de que os pacientes com TP apresentaram maiores escores no total dos itens, como nos fatores 1 e 4 (ESCOCARD; BASTOS; FERNANDEZ, 2009). Para a realização da presente pesquisa, foi considerada a escala validada para utilização no Brasil, isto é, a ESA-R com os quatro fatores.

3.3 Relação entre sensibilidade à ansiedade e transtorno de pânico

A SA é uma tendência específica de reagir com medo aos sintomas de ansiedade. Tal medo baseia-se em crenças de que esses sintomas de ansiedade tenham consequências indesejáveis. É uma variável de atribuição, ou seja, que atribui causalidade a fatores internos à pessoa, sendo especialmente elevada em pessoas com TP e, na maioria das vezes, medida pela ESA-R. Independentemente do diagnóstico, as pontuações da ESA-R, em geral, predizem sintomas de pânico em resposta a desafios biológicos (por exemplo: inibição de dióxido de carbono) que provocam as sensações corporais temidas. Estudos indicam que as pontuações na ESA e na ESA-R preveem ataques de pânico espontâneos subsequentes (REISS, 1991;

SCHMIDT; ZVOLENSKY; MANER, 2006), indicando que SA elevada é um fator de risco tanto para os ataques de pânico quanto para o desenvolvimento do TP (McNALLY, 2002; INO et al., 2017).

De acordo com a teoria da expectativa, um alto nível de SA aumenta o risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e desempenha um papel particularmente importante no TP (REISS; McNALLY, 1985). Um estudo avaliou 313 pacientes utilizando para a medida de SA a escala ESA, levando em consideração cada um dos seis transtornos de ansiedade, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- III Revisado (DSM-III-R): transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de pânico (TP), transtorno de ansiedade social (TAS), fobia específica e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). As pontuações da ESA associadas a cada transtorno de ansiedade foram maiores do que as dos controles normais, exceto para fobia simples. As pontuações da ESA associadas ao TP foram significativamente maiores do que as dos outros transtornos de ansiedade, com exceção do TEPT, que apresentou tendência à significância em ser menor do que os escores da ESA de pacientes com TP (TAYLOR; KOCH; McNALLY, 1992).

Em outro estudo, o objetivo principal foi determinar se a SA atuava como um aspecto de vulnerabilidade específico no desenvolvimento das patologias de ansiedade em uma amostra não clínica de adultos jovens (n=1.401). O estudo avaliou prospectivamente a amostra durante um período de tempo de cinco semanas altamente estressantes (por exemplo, treinamento básico militar). Aproximadamente 20% daqueles classificados como altos escores na ESA experimentaram um ataque de pânico durante o *follow-up* de cinco semanas em comparação com apenas 6% do restante da amostra. A SA também previa sintomatologia de ansiedade e comprometimento funcional gerado pela ansiedade. Esses dados corroboram as evidências da SA como fator de risco no desenvolvimento de ataques de pânico e outros sintomas de ansiedade (SCHMIDT; LEREW; JACKSON, 1997).

O estudo de metanálise das relações a respeito das dimensões da SA com agorafobia, TAG, TOC, TP, TAS, TEPT, fobia específica e depressão investigou 117 estudos e 792 tamanhos de efeito. O estudo evidenciou que agorafobia, TP, TAG e TEPT estão mais fortemente associados à SA. As preocupações cognitivas demonstraram maior ligação com depressão e TAG. O TAS esteve relacionado a preocupações sociais e, por sua vez, o TP mostrou maior associação com as preocupações físicas e cognitivas. Para TOC e fobia específica, a avaliação não indicou diferença significativa, demonstrando associação com as três dimensões de forma similar (NARAGON-GAINEY, 2010).

Outro estudo que avaliou amplamente as três dimensões da SA também relacionou os três aspectos ao desenvolvimento e à manutenção dos transtornos de ansiedade e de humor. O estudo sugeriu que intervenções que tenham como alvo o trabalho específico das dimensões da SA poderiam ser úteis aos tratamentos (ALLAN et al., 2014).

3.4 Tratamento do transtorno de pânico e sensibilidade à ansiedade

Embora já existam evidências de tratamentos eficazes para TP, como a TCC ou a TCCG (BEHENCK et al., 2017; BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017), há ainda pouco enfoque para as intervenções relacionadas à SA. Um estudo prévio observou que tanto a TCC quanto o uso do fármaco imipramina reduziram a SA em pacientes com TP (McNALLY, 2002). Outro estudo controlado de 12 semanas investigou a eficácia dos medicamentos paroxetina e clonazepam para pacientes com TP em comparação ao tratamento com TCC, tendo como um dos desfechos a SA. Evidenciou-se nesse último estudo que houve redução significativa dos escores de SA, o que se correlacionou com a melhora sintomática do transtorno, porém não foi diferente entre os grupos. Não houve, portanto, diferença significativa entre o tratamento farmacológico e a TCC para pacientes com TP, considerando-se a redução da SA (SIMON et al., 2004).

Em um ensaio clínico randomizado (ECR), 54 pacientes com transtornos de ansiedade (TP, TAS, TAG e TOC) e com níveis de SA elevados receberam 15 sessões de TCC individual. Os pacientes foram avaliados no pré-tratamento e após a quarta, a oitava, a décima segunda, ao final das 15 sessões e em *follow-up* após seis meses de tratamento. Foi possível observar que houve uma redução significativa dos níveis de SA após a oitava sessão, período em que são incluídas técnicas de exposição interoceptiva. A conclusão do estudo indicou que a exposição interoceptiva esteve relacionada à redução dos escores de SA. A diminuição da SA também foi correlacionada à redução dos sintomas específicos dos transtornos de ansiedade avaliados na pesquisa, e a mudança manteve-se na avaliação de seguimento após seis meses (BOSWELL et al., 2013).

A TCC também foi intervenção de outro ECR que avaliou SA e crenças de autoeficácia em 361 pacientes com TP. Os participantes receberam 11 sessões de TCC individualmente. Os resultados demonstraram forte evidência de que as mudanças na SA e a autoeficácia durante a TCC influenciam as mudanças subsequentes nos sintomas do TP, atuando como dois mecanismos distintos. Além disso, a pesquisa aponta que a redução da SA

pode ser um importante mediador de resposta ao tratamento de TCC para TP (GALLAGHER et al., 2013), confirmando os resultados de outro estudo em que a SA foi considerada como um potencial mediador de resposta à TCC (SMITS et al., 2004). Em contraste, as crenças de autoeficácia demonstram ser um fator transversal relevante em todos os transtornos de ansiedade (GALLAGHER et al., 2013).

Outra pesquisa investigou uma seleção de preditores e moderadores de resultado da TCC realizada pela internet (ITCC) para pacientes com TP, com base em dados de um estudo controlado randomizado em que ITCC guiada por terapeuta foi comparado à TCCG presencial. Os participantes (n=104) receberam 10 sessões semanais de ITCC ou TCCG e foram avaliados antes e depois do tratamento, assim como seis meses depois. Foram utilizadas análises de regressão múltipla para testar preditores significativos de resultados do tratamento. Um dos achados do estudo indicou que a SA pode aumentar a resposta do tratamento em ambas as abordagens, isto é, tanto on-line quanto presencial (ALAOUI et al., 2013).

Um estudo recente comparou quatro grupos de pacientes com TP e agorafobia em relação à SA, referindo-se aos aspectos gerais de medo, à ansiedade generalizada, aos sintomas depressivos e à avaliação de ativação neurofuncional. O primeiro grupo recebeu tratamento farmacológico, o segundo recebeu TCC com exposição guiada por terapeuta, o terceiro realizou TCC com exposição não guiada e o quarto formava um grupo em lista de espera. As avaliações comparativas envolveram o uso de escalas, incluindo a ESA-R para avaliar a SA. Para observação neurofuncional, foi usada ressonância magnética. Os grupos que realizaram a TCC apresentaram significativa redução de comportamentos evitativos, de sintomas de ansiedade e do medo de situações fóbicas – especialmente o grupo de TCC com exposição guiada que, além da melhora dos sintomas, apresentou redução na ativação da amígdala (estrutura cerebral implicada nas reações emocionais) quando comparado aos grupos de tratamento farmacológico e ao de lista de espera (LIEBSCHER et al., 2016).

Em relação à TCCG, uma pesquisa recente apontou que pacientes com altos escores da dimensão “preocupações sociais” da SA têm tendência à maior dificuldade em trabalhos desenvolvidos em grupo e também à exposição ao vivo, justamente pelo fato de estarem expondo-se inevitavelmente. No entanto, os enfrentamentos indicados para pacientes que têm dificuldades com habilidades sociais, na perspectiva cognitivo-comportamental, é exatamente a exposição pública, ou seja, o tratamento em grupo pode atuar também para tratar aspectos do TAS, uma vez que, necessariamente, um grupo envolve um conjunto de pessoas cujas competências sociais são desenvolvidas. A pesquisa também sugeriu que pacientes com

maiores escores de SA em preocupações cognitivas têm benefícios com a TCCG, devido ao trabalho ativo de distorções cognitivas catastróficas do TP durante a terapia (INO et al., 2017).

Outros estudos investigaram o efeito de medicações e de terapia relacionado especificamente à SA. Por exemplo, um estudo objetivou verificar a eficácia do tratamento da SA elevada. O grupo intervenção (n=52) recebeu uma sessão de psicoeducação e exposição interoceptiva com o objetivo de modificar a SA, tendo sido comparado a um grupo controle (n=52) de indivíduos com SA também elevada, que recebeu uma sessão focada em informações para a saúde. Os achados indicaram que o grupo intervenção apresentou reduções significativamente maiores em SA do que o grupo controle no pós-tratamento imediato. Os ganhos da intervenção foram observados especialmente no fator “preocupações cognitivas” da escala ESA-R (KEOUGH; SCHMIDT, 2012). A avaliação de acompanhamento após o primeiro mês indicou que o grupo de tratamento manteve a redução de SA, ao passo que o grupo controle manteve elevados seus escores do fator “preocupações cognitivas”. Apesar da brevidade do tratamento com a intervenção cognitivo-comportamental, os resultados demonstram reduções substanciais na SA, sendo inclusive mantidas na avaliação de seguimento de um mês (SCHMIDT et al., 2014).

Um estudo recente comparou o uso de fluoxetina versus placebo em pacientes com síndrome vaso-vagal (SVV) e com elevados escores de SA. Segundo a pesquisa, pacientes com SVV têm predisposição a ansiedade e TP. Considerando-se a frequência de tais comorbidades psiquiátricas em indivíduos com SVV, o objetivo foi examinar se a fluoxetina exerce efeitos benéficos em relação à prevenção de SVV no subgrupo de pacientes com SA. O estudo revelou que a fluoxetina foi superior ao placebo no tratamento de SVV em pacientes com SA, demonstrando que pode ser o fármaco de primeira linha para esse subgrupo de pacientes (FLEVARI et al., 2017).

Portanto, os dados ainda são controversos e mais estudos são necessários para identificar o impacto da TCCG na SA em pacientes com TP.

3.5 Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico

O modelo teórico da TCC considera que os pensamentos catastróficos tornam-se automáticos e involuntários nos pacientes com TP, sendo desencadeados por qualquer estímulo, seja externo ou interno. Como consequência, o paciente torna-se hipervigilante e

passa a evitar tanto as sensações físicas (estímulo interno) quanto as situações consideradas ameaçadoras (estímulo externo). Assim, as interpretações cognitivas errôneas e os comportamentos equivocados contribuem para a manutenção do ciclo da doença (MANFRO; HELDT; BLAYA, 2019).

As principais técnicas da TCC são a correção das distorções do pensamento por meio de novas alternativas para as interpretações catastróficas, chamadas técnicas cognitivas, e as que têm o objetivo de modificar o comportamento aprendido para evitar a possibilidade de um novo ataque, denominadas de técnicas comportamentais (MANFRO; HELDT; BLAYA, 2019; HELDT; BEHENCK; WESNER, 2019).

Uma das técnicas utilizadas para facilitar a melhor compreensão do TP é a psicoeducação. Com as informações realísticas, inicia-se o processo de ressignificação dos pensamentos distorcidos. Para identificar os pensamentos automáticos distorcidos e as crenças disfuncionais, é necessário familiarizar o paciente a esses conceitos, explicando que os pensamentos influenciam as emoções e as ações; por consequência dos pensamentos catastróficos, a pessoa sente ansiedade e medo, reagindo também com comportamento de evitação. O indivíduo conscientiza-se dos sintomas e das suas formas de manifestação, passando a encará-los de maneira diferente daquela à qual já estava habituado.

A psicoeducação é uma abordagem educativa realizada ao longo do tratamento: juntos, terapeuta e paciente montarão o ciclo da doença, explanando sobre ansiedade, sintomas e, principalmente, compressão cognitiva do medo. Em geral, essa etapa ocorre no início do tratamento, podendo ser retomada quantas vezes forem necessárias ao longo da terapia. Nessa fase, também se explica sobre os efeitos da respiração inadequada e sua influência sobre os ataques de pânico, demonstrando-se a maneira mais adequada de respirar, a chamada respiração diafragmática ou abdominal. Em seguida, o tema abordado é a tensão muscular que acompanha a ansiedade e a hipervigilância das reações físicas, explicando-se ao paciente como a tensão pode ser aliviada por meio da técnica de relaxamento muscular progressivo, ou seja, contração e relaxamento de grupos musculares ensinados durante a sessão.

Os sintomas interoceptivos abrangem as sensações físicas internas expressas por quem sofre de TP em momentos de maior ansiedade ou, então, em um ataque de pânico. A exposição interoceptiva consiste em uma técnica comportamental que visa reduzir o medo dessas sensações e, com isso, corrigir as interpretações catastróficas que foram associadas a essas reações físicas. São realizados exercícios que provocam sintomas como taquicardia, tontura, dispneia e despersonalização (fazer polichinelos, girar a cabeça, respirar através de um canudinho, olhar fixamente para a mão). Depois dessas atividades, são avaliados o nível

de ansiedade sentido e o quão semelhante foram as sensações comparadas àquelas que ocorrem durante um ataque de pânico. Nesse momento, a pessoa percebe que a sensação física é a mesma que ocorre durante o ataque e o que realmente difere é a interpretação do que foi sentido. A consequência, portanto, é a diminuição do medo e da ansiedade. Para que a pessoa possa desfazer o medo aprendido anteriormente, é necessário que essa exposição aos sintomas seja realizada diversas vezes até que se obtenha a habituação.

Para a correção dos comportamentos de evitação, a principal ferramenta é a exposição ao vivo, utilizada para reformular as diferentes estratégias que os pacientes adotam para se esquivar de situações que temem em função do TP e que, geralmente, estão ligadas à agorafobia. Para o enfrentamento de tais situações, solicita-se à pessoa que faça uma lista de situações ou lugares que costuma evitar em razão de seus medos (lugares fechados ou com muitas pessoas, lugares em que já tenha ocorrido um ataque de pânico, por exemplo). De posse dessa lista, ela avaliará o grau de ansiedade ou de dificuldade que imagina que sentirá ao enfrentar as situações elencadas. Mediante a definição dos graus de ansiedade para cada evento, organiza-se uma hierarquização para o enfrentamento. O paciente iniciará expondo-se às situações de grau de ansiedade menor, que ele considera mais fáceis de executar. À medida que se expõe às situações evitadas, o paciente sente-se mais fortalecido e confiante para o enfrentamento de outros eventos considerados mais difíceis. A ansiedade diminui de intensidade no decorrer das exposições, o que favorece o surgimento do fenômeno de habituação. Nesse caso, a pessoa passa a desempenhar com naturalidade atividades anteriormente temidas e evitadas por causa do transtorno.

As técnicas cognitivas empregadas no tratamento do TP envolvem o exercício de descatastrofização ou da seta descendente, que auxilia na identificação dos pensamentos automáticos, possibilitando que seja feita uma análise de probabilidades reais de que esses pensamentos catastróficos venham de fato a acontecer. A atividade é iniciada com a definição do sintoma físico que a pessoa sentiu e interpretou erroneamente (“Estou sentindo tontura”; “Vou desmaiar”; “Ninguém vai me ajudar”; “Isso vai ser horrível e será o fim”). Em seguida, o terapeuta pergunta: “Se isso ocorrer, o que de pior poderá acontecer?” ou “Se acontecer o que está pensando, você terá chances de sobreviver?”. As respostas podem ser utilizadas para o exercício de recalculas as probabilidades, que têm a função de corrigir os cálculos errôneos que os pacientes fazem sobre as chances de um incidente desastroso vir a acontecer de fato.

Com a identificação desses pensamentos automáticos, que vêm involuntariamente à mente, questiona-se a veracidade de tais pensamentos. Esse recurso cognitivo é conhecido como questionamento socrático. O terapeuta questiona o paciente sobre as evidências, isto é,

se o pensamento tem base na realidade ou se é apenas uma interpretação irreal condicionada ao medo. Essa técnica trabalha as interpretações cognitivas como hipóteses, em vez de abordá-las como uma verdade absoluta (“Se estou sentindo dor no peito, é porque vou ter um ataque cardíaco”). O uso de lembretes também é comumente recomendado. O paciente escreve como desejar, em cartões e de modo sucinto, o que foi trabalhado na terapia, apenas para lembrar as técnicas aprendidas, como respiração diafragmática e questionamento socrático (“Respire fundo”; “A ansiedade passa em poucos minutos”; “O que de pior pode acontecer?”).

As técnicas de TCC vêm sendo amplamente utilizadas tanto na abordagem individual quanto em grupo. Contudo, ainda não é possível saber quais técnicas especificamente podem modificar a SA. Sabe-se que pacientes com TP apresentam maior associação com a dimensão das preocupações físicas e cognitivas relacionadas a tal condição (NARAGON-GAINEY, 2010). Sendo assim, pressupõe-se que o protocolo de TCC que utiliza técnicas cognitivas e de exposição interoceptiva específica para essas dimensões pode ser um dos tratamentos úteis para a SA.

Embora a eficácia da TCCG para TP já esteja comprovada (HELDT et al., 2003; 2006; MARCHAND et al., 2009; BEHENCK et al., 2017), estudos sobre a terapia em grupo e a SA ainda não foram desenvolvidos em nosso meio. Considerando que, conforme o achado de um estudo prévio, a diminuição da SA foi preditor de resposta positiva à TCC para TP (GALLAGHER et al., 2013), cabe investigar no presente trabalho o impacto da TCCG na SA.

4 MÉTODOS

Trata-se de um ensaio clínico controlado para avaliação da SA em pacientes com TP que realizaram TCCG comparados ao grupo controle com TP sem a intervenção.

Em um ensaio clínico controlado, o investigador aplica uma intervenção e avalia os efeitos sobre os desfechos comparados a um grupo controle. Entre as vantagens desse delineamento, destaca-se a possibilidade de controlar as variáveis confundidoras (POLIT; BECK, 2011).

4.1 População e tamanho da amostra

Conforme definido no projeto maior, a população foi composta por pacientes do PROTAN do HCPA. Os critérios de inclusão definidos foram os seguintes: indivíduos adultos (18 a 65 anos), com diagnóstico para TP com ou sem agorafobia, em dose estável de medicação, há pelo menos quatro meses e Impressão Clínica Global (CGI) ≥ 3 . Os critérios de exclusão considerados foram os seguintes: pacientes com presença de sintomas psicóticos ou de depressão maior de intensidade grave (Inventário de Depressão de Beck – BDI ≥ 35), de doença clínica significativa ou doença crônica incapacitante nos últimos seis meses.

De início, os participantes foram avaliados individualmente, da mesma forma, e a designação para o grupo intervenção ou controle baseou-se na disponibilidade para realizar o tratamento no momento da seleção. Os pacientes que optaram pelo tratamento posterior compuseram o grupo controle que permaneceu em lista de espera.

O cálculo da amostra do presente estudo foi estimado com o software WINPEPI v.11.25, tendo por base os escores da ESA-R de um estudo anterior (LIEBSCHER et al., 2016). Utilizando-se um poder de 90%, um nível de significância de 5%, um desvio padrão (DP) pré-intervenção de 8,9, pós-intervenção de 7,6 e com uma diferença de 5 pontos, a estimativa de cálculo da amostra foi de 32 pacientes em cada grupo.

4.2 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos descritos a seguir foram aplicados antes e depois da TCCG no grupo intervenção e uma vez no grupo controle. Para ambos os grupos, as entrevistas foram conduzidas por pesquisadores capacitados na aplicação dos instrumentos.

Para confirmação diagnóstica e avaliação da presença de comorbidades, foi realizada uma entrevista clínica semiestruturada com o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (AMORIM, 2000). Na ocasião, também foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE A), tendo sido aplicados os instrumentos de avaliação descritos a seguir.

A intensidade dos sintomas específicos do TP foi mensurada com a Impressão Clínica Global (CGI) e a Escala de gravidade do TP (PDSS). A CGI determina a gravidade global da doença, considerando a frequência e a intensidade dos ataques de pânico, o grau de ansiedade antecipatória, o nível de evitação fóbica, o prejuízo na qualidade de vida e a necessidade de adequação do tratamento (GUY et al., 1976). O escore da CGI varia de um (normal, não doente) até sete (extremamente doente) (ANEXO A). A PDSS avalia a frequência e a intensidade dos ataques de pânico, a ansiedade antecipatória, a evitação de lugares, a evitação de sensações físicas e o prejuízo socioprofissional (SHEAR et al., 1997). A escala é constituída por sete itens, com cinco alternativas de resposta: quanto maior o escore, mais grave são os sintomas do TP (ANEXO B). A PDSS foi traduzida e adaptada para o Brasil com ajustes psicométricos considerados satisfatórios (LEVITAN et al., 2012).

A Hamilton para Ansiedade (HAM-A) fornece informações confiáveis (HAMILTON, 1959) através de escores que variam de ausente (0) até intensidade máxima (4) em seus 14 itens de intensidade da ansiedade. É uma escala traduzida para o português e amplamente utilizada em estudos que avaliam sintomas de ansiedade (ITO; RAMOS, 1998) (ANEXO C).

Os instrumentos a seguir são de autorrelato e também foram aplicados antes e depois da TCCG no grupo intervenção e uma vez no grupo controle.

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é uma escala que mede características comuns à ansiedade, tendo sido traduzida e validada no Brasil (CUNHA, 2001). Esse instrumento é constituído por 21 itens que avaliam, segundo uma escala Likert, o quanto o indivíduo sentiu-se incomodado com os sintomas de ansiedade na última semana. Cada item é composto por quatro informações que variam em um grau de intensidade de zero a três, sendo que zero significa “Absolutamente não”, ‘um’ “Levemente (não me incomodou muito)”, dois

“Moderadamente (foi muito desagradável, mas pode suportar)” e três “Gravemente (difícilmente pode suportar)”. O escore total varia de zero a 63 e, quanto maior o escore total, maior é o nível de ansiedade (ANEXO D).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um instrumento composto por 21 itens validado para o português (GORESTEIN; ANDRADE, 1996), incluindo sintomas e atitudes cujas intensidades variam de zero a três. Escores inferiores a 10 representam ausência de depressão. De 10 a 18, depressão leve. De 19 a 29, depressão moderada e, acima de 35, depressão grave (ANEXO E). Se utilizado como variável contínua, também indica que, quanto maior for o escore, maior será a gravidade da depressão.

A Escala de Sensibilidade à Ansiedade- Revisada (ESA-R), como mencionado anteriormente, é uma escala composta por 36 itens que questionam o quanto uma pessoa acredita que suas sensações relacionadas à ansiedade podem ser assustadoras ou catastróficas. Os itens são respondidos em um formato de cinco opções que variam de: muito pouco (zero); um pouco (um); moderadamente (dois); muito (três) e muitíssimo (quatro). A soma dos escores obtidos em cada item varia de zero a 144 (DEACON et al., 2003). Quanto maior o escore, maior será a SA apresentada pelo sujeito (ANEXO F).

A ESA-R foi traduzida para o português e validada quanto às suas propriedades psicométricas avaliadas em pacientes com transtornos de ansiedade. A análise fatorial exploratória sugeriu que os fatores da ESA-R, quando comparados com os diferentes grupos de transtorno de ansiedade, indicam que pacientes com TP apresentam um escore significativamente mais elevado em quase todas as dimensões da escala. A ESA-R apresentou elevada consistência interna obtida através do *alpha de Cronbach*, com coeficiente de 0,96 (ESCOCARD; BASTOS; FERNANDEZ, 2009). Os fatores considerados para este estudo serão quatro e estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 Fatores da ESA-R conforme o estudo de validação da ESA-R para o Brasil

Fatores		Itens
Fator 1	Medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares	3, 4, 5, 7, 8, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 27, 28, 32, 33
Fator 2	Medo de descontrole cognitivo	2, 10, 23, 31, 34, 36
Fator 3	Medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente	12, 17, 20, 22, 24, 30, 35
Fator 4	Medo de sintomas gastrintestinais	9, 14, 25, 29

Fonte: Escocard; Bastos; Fernandez (2009).

ESA-R: Escala de Sensibilidade à Ansiedade-Revisada.

4.3 Intervenção

A intervenção seguiu o protocolo padrão de 12 sessões de TCCG para TP, com duração de 90 minutos e coordenado por duas enfermeiras especialistas em saúde mental com experiência prévia em TCCG. O protocolo utiliza os seguintes elementos: psicoeducação; técnicas para enfrentamento da ansiedade; reestruturação cognitiva; exposição interoceptiva e naturalística e exposição ao vivo para a conduta evitativa (OTTO; DEVENEY, 2005; HELDT et al., 2006).

Em resumo, as primeiras sessões da TCCG foram destinadas à compreensão cognitiva do medo e à aprendizagem de técnicas para enfrentar a ansiedade (relaxamento muscular e respiração diafragmática). Nas sessões subsequentes, foram abordados os pensamentos automáticos, permitindo-se a identificação e a avaliação das evidências favoráveis ou contrárias às interpretações catastróficas. A exposição interoceptiva foi realizada por meio da simulação de sintomas físicos e praticada durante a fase intermediária do tratamento. Nas sessões finais do protocolo, tratou-se da exposição ao vivo das situações evitadas e de forma gradativa. Na última sessão, abordou-se a prevenção de recaídas que podem ocorrer após o término do tratamento. No Quadro 2, as sessões do protocolo estão detalhadas com os respectivos procedimentos.

Quadro 2 Protocolo de TCCG para transtorno de pânico

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

Fonte: Heldt; Behenck; Wesner (2019).

TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo.

4.4 Análise estatística

A análise estatística do estudo foi realizada com o programa estatístico SPSS versão 18.0. O nível de significância estabelecido foi de 0,05. As variáveis contínuas estão descritas por médias e desvio padrão ou medianas e percentis. As categóricas estão descritas como frequência absoluta e relativa.

A comparação entre as variáveis do grupo intervenção e do controle foram analisadas pelo teste qui-quadrado (Teste de Yates ou Teste Exato de Fisher – bilateral) para as variáveis categóricas. Foi realizado o teste de normalidade para verificar a distribuição das variáveis. A média ou a distribuição (quartis) dos grupos foi comparada pelo teste t ou Mann-Whitney, respectivamente.

Para comparar o contexto antes e depois da TCCG no grupo intervenção, foi realizado o teste de normalidade da diferença. Para análise das distribuições normais, foi realizado o teste t para amostras pareadas. O tamanho de efeito (TE) foi calculado com a utilização da fórmula de Cohen. As mudanças dos sintomas (Δ da gravidade do TP) e da SA após a TCCG foram analisadas pela correlação de Spearman.

4.5 Considerações éticas

A presente pesquisa está vinculada ao projeto intitulado “Subtipo Respiratório do Transtorno de Pânico: Resposta à Terapia Cognitivo-Comportamental”, aprovado pelo CEP (nº 14-0379) do HCPA (ANEXO G), via Plataforma Brasil (CAEE 27515114.8.1001.5327).

O estudo proposto neste projeto está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012), e foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar do estudo (APÊNDICE B) e os não selecionados, conforme os critérios de inclusão, foram orientados a retornar ao profissional que os encaminhou ou orientados sobre os locais de tratamento na rede.

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 o de receber um tratamento com evidência comprovada de eficácia.

5 RESULTADOS

5.1 Características gerais da amostra

A amostra total foi composta por 89 sujeitos e as características sociodemográficas e clínicas da amostra total estão descritas na Tabela 1. Salienta-se o predomínio de mulheres (n=67; 75%), com média de idade (desvio padrão) de 37,9 (DP=10,6) anos e nível de escolaridade de ensino médio, com 12,6 (DP=2,9) anos de estudo.

Em relação às características clínicas, observa-se que maioria dos participantes fazia uso de algum tipo de medicamento, sendo que 53 (61%) utilizavam antidepressivos e 49 (56%) utilizavam benzodiazepínicos. Também se verificou que os participantes apresentavam comorbidades psiquiátricas, havendo sobretudo 73 (82%) pacientes com transtorno de humor e 64 (72%) com outros transtornos de ansiedade.

A gravidade dos sintomas específicos do TP, avaliados pela CGI e pela PDSS, foi considerada de moderada a grave. Da mesma forma, a ansiedade geral com média da HAM-A de 31,9 (DP=9,0) e da BAI de 31,4 (DP=12,0) foi de moderada a grave. Também se observou a presença de sintomas depressivos, na média de 22,1 (DP=10,0), sendo considerado moderado.

Tabela 1 Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=89)

Variáveis	Frequência
Sociodemográficas	
Sexo*	67 (75)
Feminino	
Idade**	37,9 (10,6)
Anos de estudo**	12,8 (2,9)
Estado civil*	
Casado	50 (56)
Separado/divorciado	8 (9)
Solteiro	31 (35)
Clínicas	
Comorbidades	
Transtornos de humor* [#]	73 (82)
Transtornos de ansiedade* ^{##}	64 (72)
Transtorno obsessivo-compulsivo*	8 (9)
Bulimia nervosa*	51 (57)
Medicações	
Antidepressivos* [§]	53 (61)
Benzodiazepínicos*	49 (56)
Gravidade dos sintomas	
Impressão Clínica Global (CGI)***	5,0 [4,0; 5,0]
Escala de Gravidade do TP (PDSS)**	15,5 (4)
Hamilton Ansiedade (HAM-A)**	31,9 (9)
Inventário de Depressão de Beck (BDI)**	22,0 (10)
Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)**	31,4 (12)

Fonte: dados da pesquisa.

* Variáveis categóricas apresentadas como frequência absoluta e porcentagem (%).

** Variáveis contínuas apresentadas como média (desvio padrão).

*** Variável contínua apresentada com mediana e intervalo interquartilico.

[#] Transtornos de humor: depressão atual, distímia e transtorno de humor bipolar.

^{##} Transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade social e estresse pós-traumático.

[§] Antidepressivos: inibidor seletivo de receptação da serotonina (ISRS) e/ou antidepressivo tricíclico.

5.2 Relação entre as características da amostra e a sensibilidade à ansiedade

A fim de verificar a associação entre as características da amostra geral com a SA, foi realizada uma análise estatística considerando a distribuição dos escores total e dos quatro fatores da escala ESA-R.

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados dos dados categóricos. Verificou-se relação significativa entre os pacientes com comorbidades com agorafobia e maior SA, conforme os escores da ESA-R total ($p=0,043$) e do fator 3 – medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente ($p=0,038$). Também houve diferença de maior SA entre os que usavam antidepressivos com maiores escores do fator 1 – medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares ($p=0,033$) e do fator 4 – medo de sintomas gastrintestinais ($p=0,040$) da ESA-R. As demais características sociodemográficas e clínicas não apresentaram associação significativa.

Na Tabela 3, constam os resultados dos dados contínuos. Observou-se correlação moderada positiva entre maiores níveis de sintomas de ansiedade (HAM-A: $r=0,416$ e BAI: $r=0,382$) e depressivos (BDI: $r=0,431$) com escores mais elevados de SA na ESA-R total. O fator 1 mais elevado esteve correlacionado positivamente aos sintomas de ansiedade e também aos sintomas depressivos (HAM-A: $r=0,420$; BAI: $r=0,437$ e BDI: $r=0,328$). Em relação ao fator 2, que representa medo de descontrole cognitivo, os sintomas depressivos foram correlacionados positivamente (BDI: $r=0,341$). O fator 3 apresentou correlação positiva tanto com sintomas depressivos quanto com sintomas de ansiedade (BDI: $r=0,450$; BAI: $r=0,325$ HAM-A: $r=0,402$). O fator 4 apresentou correlação moderada com os sintomas depressivos (BDI: $r=0,324$).

Em relação aos sintomas específicos do TP, a correlação foi fraca entre as escalas que avaliam comprometimento global (CGI: $r=0,250$) e gravidade do TP (PDSS: $r=0,232$) com a ESA-R total e a ESA-R fator 1 ($r=0,295$ e $r=0,283$, respectivamente), da mesma forma com o fator 3, houve correlação fraca com a CGI ($r=0,241$). Os demais fatores da ESA-R não apresentaram correlação significativa.

Tabela 2 Comparação das distribuições dos fatores da ESA-R entre as variáveis categóricas estudadas (n=89)

Variáveis	ESA-R		Fator 1				Fator 2				Fator 3				Fator 4			
	Total	P	Mediana	Intervalo Interquartil	P	Mediana	Intervalo Interquartil	P	Mediana	Intervalo Interquartil	P	Mediana	Intervalo Interquartil	P	Mediana	Intervalo Interquartil	P	
Sexo	Masculino	94,5	[45,0;111,0]	0,805	44,0	[23,0;53,0]	0,679	15,5	[8,0;19,0]	0,584	15,0	[10,0;21,0]	0,932	7,0	[2,0;11,0]	0,771		
	Feminino	85,0	[67,0;112,0]		45,0	[32,0;51,0]		14,0	[6,0;18,0]		15,0	[9,0;22,0]		6,0	[3,0;10,0]			
Transtornos de humor*	Sem	77,0	[50,5;109,0]	0,494	39,0	[21,5;53,5]	0,532	12,5	[2,5;18,0]	0,371	15,0	[9,0;21,5]	0,773	6,0	[1,0;10,0]	0,409		
	Com	88,0	[67,0;112,0]		45,0	[32,0;51,0]		14,0	[7,0;19,0]		15,0	[10,0;22,0]		6,0	[3,0;10,0]			
Transtornos de ansiedade**	Sem	77,0	[51,0;103,0]	0,154	41,0	[27,0;50,0]	0,246	12,0	[4,0;18,0]	0,473	12,0	[9,0;21,0]	0,215	5,0	[3,0;9,0]	0,096		
	Com	88,0	[69,0;113,5]		45,5	[32,0;52,5]		14,0	[7,5;19,0]		15,5	[10,5;22,5]		7,0	[3,5;11,0]			
Agorafobia	Sem	65,0	[40,0;107,0]	0,043	37,5	[21,0;49,5]	0,132	7,0	[3,5;18,5]	0,124	10,5	[6,5;16,5]	0,038	3,5	[1,5;10,5]	0,199		
	Com	88,0	[71,0;113,0]		46,0	[32,0;52,0]		14,0	[9,0;19,0]		16,0	[11,0;22,0]		7,0	[4,0;10,0]			
Transtorno obsessivo-compulsivo	Sem	85,0	[64,0;108,0]	0,282	43,0	[30,0;51,0]	0,170	14,0	[7,0;18,0]	0,198	15,0	[10,0;21,0]	0,605	6,0	[3,0;10,0]	0,763		
	Com	109,5	[61,5;119,5]		53,5	[36,0;55,0]		20,0	[6,5;22,0]		17,5	[9,0;24,5]		6,5	[4,5;9,5]			
Bulimia nervosa	Sem	88,0	[59,0;112,0]	0,983	46,0	[28,0;52,0]	0,924	14,0	[7,0;21,0]	0,387	15,5	[9,0;22,0]	0,947	6,0	[3,0;10,0]	0,347		
	Com	85,0	[64,0;113,0]		44,0	[32,0;51,0]		14,0	[6,0;17,0]		15,0	[10,0;22,0]		7,0	[3,0;11,0]			
Antidepressivos***	Sem	77,0	[45,0;111,0]	0,090	37,0	[23,0;50,0]	0,033	14,0	[4,0;20,0]	0,781	15,0	[8,0;22,0]	0,668	6,0	[2,0;9,0]	0,040		
	Com	91,5	[71,0;114,0]		47,0	[32,5;53,0]		14,0	[7,5;18,0]		15,0	[10,0;22,0]		8,0	[4,0;11,5]			
Benzodiazepínicos	Sem	82,0	[47,0;113,0]	0,456	43,0	[26,0;51,0]	0,279	14,0	[4,0;20,0]	0,824	14,5	[8,0;22,0]	0,418	6,0	[3,0;10,0]	0,680		
	Com	89,0	[72,0;111,0]		46,0	[33,0;52,0]		14,0	[8,0;18,0]		16,0	[12,0;22,0]		7,0	[3,0;11,0]			

Fonte: dados da pesquisa.

Variáveis categóricas apresentadas com mediana e intervalo interquartil. Teste de Mann-Whitney.

ESA-R: Escala de Sensibilidade à Ansiedade-Revisada. Fator 1 = Medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares; Fator 2 = Medo de descontrole cognitivo; Fator 3 = Medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente; Fator 4 = Medo de sintomas gastrintestinais.

* Transtornos de humor: depressão atual, distímia e transtorno de humor bipolar.

** Transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade social e estresse pós-traumático.

*** Antidepressivos: inibidor seletivo de recombinação da serotonina (ISRS) e/ou antidepressivo tricíclico.

Tabela 3 Correlação entre as variáveis contínuas de idade, anos de estudo, avaliação de sintomatologia e gravidade do TP com os fatores da ESA-R (n=89)

Variáveis	ESA-R				
	Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Idade	-0,091	-0,092	-0,188	-0,079	-0,056
Anos de estudo	0,067	-0,024	0,125	0,111	0,066
Impressão Clínica Global (CGI)	0,250*	0,295*	0,192	0,241*	0,111
Escala de Gravidade do TP (PDSS)	0,232*	0,283*	0,158	0,195	0,179
Hamilton Ansiedade (HAM-A)	0,416**	0,420**	0,277*	0,402**	0,249*
Inventário de Depressão de Beck (BDI)	0,431**	0,328*	0,341**	0,450**	0,324*
Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	0,382*	0,437**	0,230	0,325*	0,218

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados correspondem ao coeficiente (r) da Correlação de Spearman.

ESA-R: Escala de Sensibilidade à Ansiedade-Revisada. Fator 1= Medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares; Fator 2= Medo de descontrole cognitivo; Fator 3= Medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente; Fator 4= Medo de sintomas gastrintestinais.

* p < 0,05; **P <0,001.

5.3 Avaliação da terapia cognitivo-comportamental em grupo na sensibilidade à ansiedade

Um total de 37 (42%) pacientes participou do grupo intervenção e 52 (58%) do grupo controle. Na Tabela 4, consta a comparação entre os grupos antes de iniciar a TCCG. Não houve diferença significativa entre as características sociodemográficas e clínicas dos grupos. Pode-se considerar que houve homogeneidade entre os grupos controle e intervenção.

Tabela 4 Comparação entre as características sociodemográficas e clínicas iniciais do grupo controle e intervenção

Variáveis	Controle	Intervenção	p
	n=52 (58%)	n=37 (42%)	
Sociodemográficas			
Sexo*			
Feminino	41 (78,8)	26 (70,3)	0,500
Idade**	37,1 (10,6)	39,0(10,7)	0,406
Anos de estudo**	12,8 (2,7)	12,8 (3,2)	0,948
Estado civil*			
Casado	30 (57,7)	20 (54,1)	0,474
Separado/divorciado	3 (5,8)	5 (13,5)	0,474
Solteiro	19 (36,5)	12 (32,4)	0,474
Clínicas			
Comorbidades			
Transtorno de humor* [#]	46 (88,5)	27 (73)	0,111
Transtorno de ansiedade* ^{###}	40 (76,9)	24 (64,9)	0,313
Transtorno obsessivo-compulsivo*	4 (7,7)	4 (10,8)	0,714
Bulimia nervosa*	32 (61,5)	19 (51,4)	0,459
Medicações			
Antidepressivos* [§]	29(58,0)	24(64,9)	0,865
Benzodiazepínicos*	29(58,0)	20(54,1)	0,882
Gravidade dos sintomas			
Impressão Clínica Global (CGI)** ^{&}	4,5 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,709
Escala de Gravidade do TP (PDSS)**	15,1 (4,1)	16,0 (4,8)	0,348
Hamilton Ansiedade (HAM-A)**	33,1 (8,4)	30,1 (8,7)	0,107
Inventário de Depressão de Beck (BDI)**	23,3 (9,1)	20,3 (10,5)	0,162
Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)**	32,3 (11,9)	30,3 (11,7)	0,524

* Variáveis categóricas apresentadas como frequência absoluta e porcentagem (%). Teste de qui-quadrado.

** Variáveis contínuas apresentadas com média (desvio padrão). Teste t para amostras independentes.

**& Variável contínua apresentada com mediana e intervalo interquartilico. Teste de Mann-Whitney.

*[#] Transtornos de humor: depressão atual, distímia e transtorno de humor bipolar.

*^{###} Transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade social e estresse pós-traumático.

*[§] Antidepressivos: inibidor seletivo de recepção da serotonina (ISRS) e/ou antidepressivo tricíclico.

5.4 Comparação das medidas de gravidade dos sintomas e sensibilidade à ansiedade antes e depois da terapia cognitivo-comportamental em grupo

Conforme dados apresentados na Tabela 5, houve melhora significativa em todos os sintomas específicos do TP, bem como da ansiedade geral e dos sintomas depressivos, com tamanho de efeito (TE) considerado grande. A SA também se reduziu significativamente em todos os fatores após a intervenção, quando comparada aos escores iniciais, com TE de moderado a grande.

Tabela 5 Comparação das medidas de gravidade dos sintomas e da sensibilidade à ansiedade antes e depois da TCCG (n= 37)

	TCCG		p	TE*
	Antes	Depois		
Gravidade dos sintomas				
Impressão Clínica Global (CGI)	4,6 (0,8)	2,6 (1,0)	<0,001	1,85
Escala de Gravidade do TP (PDSS)	2,6 (1,0)	8,3 (4,6)	<0,001	1,78
Hamilton Ansiedade (HAM-A)	16,0 (4,8)	16,1 (9,5)	<0,001	1,50
Inventário de Depressão de Beck (BDI)	8,3 (4,6)	11,9 (8,4)	<0,001	1,04
Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	30,1 (8,7)	16,7 (11,8)	<0,001	1,26
Sensibilidade à ansiedade: ESA-R				
Total	81,7 (34,7)	51,2 (35,5)	<0,001	0,96
Fator 1	38,5 (16,3)	24,3 (17,1)	<0,001	0,98
Fator 2	13,0 (7,4)	7,8 (6,9)	<0,001	0,78
Fator 3	15,7 (7,4)	10,2 (7,7)	<0,001	0,75
Fator 4	6,6 (4,3)	3,6 (3,9)	<0,001	0,85

Fonte: dados da pesquisa.

TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo. ESA-R: Escala de Sensibilidade à Ansiedade-Revisada.

Fator 1= Medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares. Fator 2= Medo de descontrole cognitivo. Fator 3= Medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente. Fator 4= Medo de sintomas gastrintestinais.

Variáveis contínuas apresentadas com médias e desvio padrão (DP). Foi utilizado o teste t para amostras dependentes.

* Tamanho de efeito (Fórmula de Cohen).

Tratando-se especificamente da SA, observa-se na Tabela 6 que não houve diferença significativa entre os grupos controle e intervenção antes de iniciar a TCCG. No entanto, quando comparada a SA do grupo controle e do grupo intervenção após a TCCG, os escores da ESA-R diminuíram significativamente em todos os fatores e no total. Ou seja, a SA modifica-se com a TCCG tanto na comparação intragrupo (Tabela 5) quanto na comparação com os escores do grupo controle (Tabela 6).

Tabela 6 Resultados da sensibilidade à ansiedade comparando os níveis do grupo intervenção antes e depois da TCCG com o controle

Sensibilidade à Ansiedade	Grupo controle (n=52)	TCCG (n=37)			
		Antes	P*	Depois	P**
ESA-R Total [#]	85,3 (29,7)	81,7 (34,7)	0,606	51,2 (35,5)	<0,001
Fator 1 ^{&}	45,0 [32,0; 51,5]	43,0 [27,0; 52,0]	0,451	21,0 [10,5; 39,5]	<0,001
Fator 2 ^{&}	13,5 [7,5; 17,0]	14,0 [5,0; 20,0]	0,640	6,0 [2,0; 11,0]	0,002
Fator 3 ^{&}	15,0 [9,5; 20,5]	15,0 [9,5; 23,0]	0,777	8,0 [4,0; 15,5]	0,002
Fator 4 ^{&}	7,0 [3,0; 11,0]	6,0 [3,5; 10,0]	0,608	3,0 [0,0; 5,0]	<0,001

Fonte: dados da pesquisa.

TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo. ESA-R: Escala de Sensibilidade à Ansiedade- Revisada. Variáveis apresentadas por médias e intervalo de confiança 95% (IC 95%).

[#] Variável contínua apresentada com média (desvio padrão). Teste t para amostras independentes.

[&] Variáveis contínuas apresentadas com medianas e intervalo interquartilico. Teste de Mann-Whitney.

* Comparação entre ESA-R antes da TCCG e grupo controle.

** Comparação entre ESA-R depois da TCCG e grupo controle.

Para identificar a relação entre a mudança dos sintomas e da SA, analisou-se o delta das escalas que avaliaram a gravidade do TP e da ESA-R (Tabela 7). Houve correlação positiva moderada, sobretudo entre a SA (ESA-R total) e os sintomas depressivos (BDI: $r=0,550$) e de ansiedade (HAM-A: $r=0,411$ e BAI: $r=0,517$). A correlação moderada entre os sintomas específicos do TP verificado pela CGI foi observada somente com o fator 4 ($r=0,475$). Além disso, quanto maior a modificação dos sintomas depressivos e de ansiedade, maior a modificação nos fatores 1, 2 e 3, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 Correlação entre os deltas da gravidade dos sintomas e da sensibilidade à ansiedade do grupo intervenção (n=37)

Delta dos Sintomas	Delta	Delta dos Fatores			
	ESA-R Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Impressão Clínica Global (CGI)	0,272	0,281	0,150	0,137	0,475*
Escala de Gravidade do TP (PDSS)	0,183	0,216	0,184	-0,002	0,270
Hamilton Ansiedade (HAM-A)	0,411*	0,426*	0,273	0,359*	0,284
Inventário de Depressão de Beck (BDI)	0,550**	0,493*	0,443*	0,400*	0,634**
Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	0,517*	0,603**	0,530*	0,283	0,167

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados correspondem ao coeficiente (r) da Correlação de Spearman.

ESA-R: Escala de Sensibilidade à Ansiedade-Revisada.

Fator 1= Medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares. Fator 2= Medo de descontrole cognitivo. Fator 3= Medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente. Fator 4= Medo de sintomas gastrintestinais.

* p < 0,05; **P <0,001.

6 DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos resultados, discutiremos primeiramente a relação entre as características da amostra total e a intensidade da SA. A seguir, será analisada a resposta à intervenção com TCCG em relação à SA comparada ao grupo controle.

De acordo com estudos prévios que avaliam pacientes com TP, a amostra do presente estudo também se caracterizou por ser predominantemente feminina e composta por adultos jovens (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009; ASSELMANN et al., 2016). Da mesma forma, a gravidade dos sintomas foi semelhante à de estudos anteriores, avaliados como moderados a graves. Observou-se a alta frequência de comorbidades psiquiátricas, em especial com transtorno de humor e outros transtornos de ansiedade, além da predominância do uso de psicofármacos, sobretudo ISRS e benzodiazepínicos (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009; BEHENCK et al., 2017; OLAYA et al., 2018). De fato, tais características apontam para uma amostra com tendência à cronicidade, principalmente pela presença de comorbidades como a agorafobia (ROY-BYRNE; CRASKE; STEIN, 2006).

Conforme os dados iniciais da amostra deste estudo, as características demográficas dos pacientes não foram associadas significativamente à intensidade da SA. A relação entre a intensidade da SA e o TP foi estudada em uma metanálise que avaliou as diferenças em uma amostra de pacientes com transtornos de ansiedade, transtornos de humor e grupo controle não clínico. Ao contrário do nosso achado, as participantes do sexo feminino demonstraram SA aumentada quando comparadas entre os grupos com transtorno de ansiedade e os controles não clínicos, porém essa diferença foi menor quando comparadas ao grupo com transtornos de humor. A idade também se mostrou distinta na análise, uma vez que a SA elevada foi associada fortemente aos pacientes com transtornos de ansiedade adultos em comparação às crianças (OLATUNJI; WOLITZKY-TAYLOR, 2009).

Contudo, o resultado da revisão apontou que, dentre os transtornos de ansiedade, foi o TP que apresentou SA mais elevada em relação aos demais, exceto o TEPT, cujo escore não foi diferente (OLATUNJI; WOLITZKY-TAYLOR, 2009). Foi encontrado no nosso estudo que, em pacientes com comorbidades com agorafobia, a SA mostrou-se significativamente maior, especialmente no escore total da ESA-R e no fator 3, que se refere ao medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente. O achado está de acordo com um recente ensaio clínico randomizado (ECR) com 298 pacientes com diferentes diagnósticos psiquiátricos (com exceção de qualquer transtorno psicótico) que avaliou medidas de SA,

intolerância à incerteza e afeto negativo com relação à vulnerabilidade para depressão e TAS. Observou-se relação positiva entre níveis elevados de SA e vulnerabilidade à depressão e ao TAS, em especial nas dimensões de preocupações cognitivas e preocupações sociais respectivamente (ALLAN et al., 2018). Em outros estudos, houve escores mais elevados no fator medo dos sintomas respiratórios em indivíduos com agorafobia, sendo os que apresentaram mais frequentemente episódios hipomaniacos, maior risco de suicídio e comorbidade com TAS (SONG et al., 2014; INOUE et al., 2016).

Outra associação verificada foi a de que os pacientes que utilizam antidepressivos apresentam maior SA relacionada ao medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares (fator 1) e de sintomas gastrintestinais (fator 4). Os achados estão de acordo com outro estudo que observou o uso de algum tipo de antidepressivo por 71% dos pacientes com TP (n=343) e, também, com escores elevados de SA, particularmente na dimensão de preocupações físicas, o que equivale aos fatores 1 e 4 da ESA-R (BENÍTEZ et al., 2009).

Além disso, os resultados indicaram a correlação positiva significativa entre os sintomas ansiosos e depressivos com a ESA-R total, fator 1 (medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares), fator 2 (medo do descontrole cognitivo) e fator 3 (medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente). Ou seja, quanto mais graves forem os sintomas de ansiedade e depressão, maior será a SA. Esse fato também pode estar implicado no maior uso de antidepressivos em nossa amostra, uma vez que pacientes com maior gravidade de sintomas ansiosos e depressivos comumente fazem uso de psicofármacos por longo período de tempo (BENÍTEZ et al., 2009).

Conforme a metanálise citada anteriormente, os autores concluíram que não é possível afirmar uma relação causal entre a SA e o TP, porém afirmam que há evidente interligação (OLATUNJI; WOLITZKY-TAYLOR, 2009). Por outro lado, um estudo realizado com gêmeos utilizou os dados coletados sobre a infância, a adolescência e a idade adulto-jovem em relação às preocupações cognitivas através das três dimensões da SA, considerando que existem distorções cognitivas implicadas nos transtornos de ansiedade e no transtorno depressivo (BROWN et al., 2014). Os resultados indicaram que a dimensão das preocupações físicas estava significativamente relacionada à ansiedade em todas as fases (infância, adolescência e adulto-jovem) e não demonstrou relação com a depressão.

Além disso, a influência genética sobre as preocupações físicas esteve mais associada à ansiedade do que à depressão. Em contrapartida, as preocupações cognitivas estavam geneticamente mais associadas à depressão do que à ansiedade. Já as preocupações sociais estavam relacionadas tanto à ansiedade quanto à depressão na adolescência. As influências

genéticas sobre as preocupações cognitivas e sociais estavam compartilhadas de maneira semelhante tanto com a ansiedade quanto com a depressão. A pesquisa concluiu que existem diferentes dimensões da SA atribuídas à ansiedade e à depressão, mas que indivíduos com sintomas ansiosos ou depressivos apresentam distorções cognitivas que são compartilhadas, somadas às distorções particulares de cada transtorno. Essa é uma das razões que pode justificar por que motivo a depressão e a ansiedade, mesmo sendo dois transtornos distintos, sejam altamente comórbidas (BROWN et al., 2014).

Recentemente um estudo de seguimento de três anos investigou a SA como preditor do TP, em uma amostra de 521 estudantes que completaram as duas etapas do acompanhamento (JURIN; BIGLBAUER, 2018). Os pesquisadores aplicaram a ESA aos 521 participantes no período de ingresso ao estudo, dos quais somente 56 apresentavam sintomas de TP. Todos os estudantes foram reavaliados após três anos, e a pesquisa evidenciou SA elevada nos participantes que apresentavam sintomas de TP ao ingressar no estudo. Um dado relevante foi a associação da dimensão de preocupações físicas da SA ao desenvolvimento do TP na reavaliação após três anos. A partir disso, esse estudo afirmou a relação causal entre a dimensão de preocupações físicas da SA e o TP, já apontada anteriormente em outras pesquisas (BENÍTEZ et al., 2009; NARAGON-GAINEY, 2010; OLTHUIS; WATT; STEWART, 2014).

Cabe enfatizar que, mesmo não sendo objetivo deste estudo verificar uma relação causal entre SA e TP, observou-se correlação positiva entre sintomas depressivos e ansiosos com as dimensões de preocupações cognitivas e preocupações sociais, que são representadas pelos fatores 2 e 3 da ESA-R. Com isso, pressupõe-se que, quanto maior for a SA do indivíduo, principalmente com marcada preocupação cognitiva e social, maior será chance de desenvolver transtornos de ansiedade e de depressão ou de os mesmos serem mais grave (BROWN et al., 2014).

A SA mais elevada foi preditor do curso clínico do TP em um estudo de seguimento de um ano (BENÍTEZ et al., 2009). Portanto, os pacientes que mantiveram altos escores de SA, sobretudo escores maiores nas preocupações físicas, foram os que seguiram com os sintomas do TP ativo por mais tempo. Essa é uma das justificativas para se considerar a SA como um fator de risco para a cronicidade do TP. Entretanto, o estudo ressalta que utilizou a ESA em sua primeira versão abreviada com 16 questões, e não a revisada (ESA-R) com 36 questões. De todo modo, achados semelhantes também indicam que a elevada SA está associada à gravidade do TP, o que corresponde à cronicidade da doença (SANDIN et al., 2015; JURIN; BIGLBAUER, 2018).

Quanto ao tratamento do TP, é importante avaliar se há o diagnóstico de agorafobia, uma vez que, de acordo com o DSM-V, são transtornos independentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Há evidências de que indivíduos com TP sem agorafobia têm maiores chances de melhor resposta ao tratamento do que aqueles com diagnóstico de agorafobia comórbida. Ou seja, TP com agorafobia é apontado como pior prognóstico do que a combinação de ataques de pânico com agorafobia, ou ataques de pânico isolados ou, ainda, o TP sem agorafobia (INOUE et al., 2016). Considerando a SA mais elevada na presença de agorafobia, os pacientes com TP teriam como indicação de tratamento a associação de TCC e o uso de ISRS (VAN-APELDOORN et al., 2014; INOUE et al., 2016).

Em relação à eficácia da intervenção aplicada nesta pesquisa, foi possível verificar que os participantes do grupo intervenção obtiveram melhora em todos os sintomas específicos do TP, assim como nos sintomas gerais de ansiedade e depressão. Esse resultado está de acordo com as evidências anteriores de que a TCCG promove melhora dos sintomas específicos do TP, de sintomas depressivos e de ansiedade (HELDT et al., 2003; BEHENCK et al., 2017; OGAWA et al., 2018).

Da mesma forma, a SA demonstrou redução tanto no escore da ESA-R total quanto em todos os seus fatores depois da TCCG. Também houve uma correlação entre a modificação de sintomas depressivos e ansiosos e a redução da SA, o que indica resultados positivos da TCCG para a diminuição significativa da SA em pacientes com TP. Os achados estão de acordo com outro estudo que examinou pacientes com TP que realizaram TCCG como intervenção para SA, revelando que pacientes com TP e SA elevada têm benefícios com a TCCG (INO et al., 2017). Além disso, o estudo concluiu que os pacientes com TP e escores altos na dimensão de preocupações cognitivas têm maior proveito na TCCG, principalmente devido às técnicas cognitivas desenvolvidas para a correção de pensamentos distorcidos e catastróficos (INO et al., 2017). Todavia, neste estudo, a redução da SA foi observada em todas as suas dimensões: cognitiva, física e social. Em síntese, todos os fatores da ESA-R sofreram redução em resposta à TCCG.

Outros estudos comprovaram a eficácia da TCC para a redução da SA em pacientes com TP (McNALLY, 2002; SIMON et al., 2004; GALLAGHER et al., 2013). Até mesmo na avaliação de seguimento após seis meses os resultados de eficácia foram mantidos (BOSWELL et al., 2013). Não obstante, a maior parte dos estudos realizou TCC individual com os participantes da amostra, e não em grupo. Do mesmo modo, há pesquisas que avaliam a TCCG para TP sem explorar os aspectos específicos da SA ou, quando a mensuram, investigam transtornos de ansiedade como um todo, e não exclusivamente o TP.

Segundo um ECR, a SA é um fenômeno já estabelecido como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade (SCHMIDT et al., 2014). O estudo realizou uma avaliação com 106 pacientes com escores de SA elevados, sendo 55 do grupo intervenção e 51 do grupo controle, analisando a resposta de uma breve intervenção para a dimensão de preocupações cognitivas da SA. O grupo intervenção recebeu 45 minutos de psicoeducação e técnicas de exposição interoceptiva (técnicas cognitivo-comportamentais), enquanto o grupo controle participou de uma reunião que também durou 45 minutos, com orientações sobre hábitos de vida saudável. Os grupos foram avaliados no pós-tratamento imediato e em *follow-up* de um mês. Um total de 97 participantes completou o estudo, levando em consideração o *follow-up*.

Os resultados demonstraram que uma breve intervenção cognitivo-comportamental apresentou impacto relevante na redução da SA, mais especificamente nas preocupações cognitivas, incluindo redução significativa de ideação suicida na avaliação após um mês, quando comparado ao grupo controle. Os mesmos achados foram observados pelo estudo posterior dos mesmos autores que analisou a eficácia de técnicas cognitivo-comportamentais desenvolvidas em uma sessão on-line para 74 pacientes com transtornos de ansiedade e ideação suicida ativa em relação à SA. Os pesquisadores constataram associação entre redução da SA e melhora da ansiedade e da ideação suicida na reavaliação após uma hora de intervenção on-line. Os resultados positivos também se mantiveram no seguimento de um mês e de quatro meses após a intervenção (Schmidt et al., 2017).

Uma recente publicação examinou o “medo do medo” (em inglês *“fear of fear”*, abreviado por FOF) e as dimensões da psicopatologia do TP com agorafobia (TPA) ao longo de dez sessões de TCCG. Embora as pesquisas relacionem o conceito “medo do medo” à SA, este estudo não utilizou a ESA-R, considerada a escala mais frequentemente usada para essa mensuração, mas sim outras duas escalas: o Questionário de Cognitiones Agorafóbicas (ACQ) e o Questionário de Sensações Corporais (BSQ).

Os resultados demonstraram que a modificação de pensamentos mal-adaptativos sobre as consequências catastróficas da experiência de ansiedade previam amplas mudanças psicopatológicas, enquanto as mudanças no medo evocadas pelas sensações corporais relacionadas ao pânico previam apenas a ansiedade em pacientes com TPA durante a TCCG. A conclusão propôs que os fatores cognitivos são um importante alvo de avaliação e a melhora do FOF, especialmente cognitiones mal-adaptativas específicas do transtorno, pode mediar os efeitos do tratamento sobre sintomas psiquiátricos comórbidos e sintomas específicos do TPA durante a TCCG. As alterações nas cognitiones mal-adaptativas podem ser

superiores às mudanças nos sintomas da TPA na previsão de melhora dos sintomas psiquiátricos comórbidos durante a TCCG, ressaltando a importância de considerar fatores cognitivos na TCCG para TPA (OGAWA et al., 2017).

Um estudo coreano avaliou as cognições agorafóbicas e as interpretações catastróficas em relação às sensações corporais em pacientes com TP e a resposta a TCCG comparada ao tratamento usual que a equipe oferecia, sendo esse último grupo controle (CHOI; LEE; CHO, 2017). Foram utilizadas versões validadas para a Coreia do Sul das mesmas escalas da pesquisa do estudo de Ogawa et al. (2017), isto é, a K-ACQ – Questionário de cognições agorafóbicas e K-BSIQ – Questionário de interpretação catastrófica das sensações corporais. A pesquisa contou com 45 pacientes com TP que receberam 12 sessões de TCCG conduzidas por enfermeiras psiquiátricas especialistas em TCC e com 31 pacientes que receberam tratamento usual, incluindo consultas com psiquiatra uma vez por mês. Ambos os grupos faziam uso de psicofármacos. A TCCG mostrou-se superior na redução dos sintomas do TP e da agorafobia, melhora das interpretações catastróficas das sensações corporais e melhora das cognições agorafóbicas em comparação ao tratamento usual (CHOI; LEE; CHO, 2017).

Ainda que as pesquisas mencionadas não tenham investigado exclusivamente a SA, observa-se a relação conceitual entre as publicações de como descrevem as cognições mal-adaptativas, as cognições agorafóbicas, as interpretações catastróficas em relação às sensações corporais, o “medo do medo” (pensamentos mal-adaptativos sobre as consequências catastróficas da experiência de ansiedade) e o que se define por SA e suas dimensões (CHOI; LEE; CHO, 2017; OGAWA et al., 2017). Em síntese, as definições conceituais são semelhantes. Por essa razão, pode-se deduzir que a TCCG tem relevância clínica na modificação das cognições agorafóbicas, das sensações corporais mal-interpretadas e dos pensamentos mal-adaptativos sobre as consequências catastróficas da experiência de ansiedade, compatíveis com as dimensões de preocupações cognitivas e físicas da SA em pacientes com TP com ou sem agorafobia.

A exposição interoceptiva é outro componente amplamente utilizado na TCC para TP. Uma atual publicação investigou a aplicação da técnica de exposição interoceptiva repetida em duas sessões, usando um procedimento padronizado de hiperventilação com um grupo de 26 pessoas com SA elevada e outro com 22 pessoas com SA baixa. Os participantes não realizavam nenhum tratamento para transtornos mentais. O objetivo foi avaliar a redução dos medos somáticos em relação aos sintomas físicos evocados pela intervenção. Os grupos praticaram dois procedimentos de hiperventilação e normoventilação guiada, espaçados por uma semana de intervalo. Foram mensurados parâmetros respiratórios, magnitudes de

resposta ao sobressalto, relatos de sintomas e a SA. Todos os participantes aderiram aos procedimentos e ambos os grupos relataram comparativamente mais sintomas de ansiedade durante a hiperventilação do que durante a normoventilação nas duas sessões. Apenas os participantes com SA elevada apresentaram magnitudes de sobressalto potencializadas após a primeira hiperventilação versus normoventilação. Na semana seguinte, quando o exercício de hiperventilação foi repetido, essa potencialização não estava mais presente. Assim, os grupos de baixa e elevada SA não se distinguiram mais, como inicialmente, quanto às reações de sobressalto e ao medo dos sintomas físicos (HOLTZ; HAMM; PANÉ-FARRÉ, 2018). Essas evidências vão ao encontro dos estudos de Schmidt et al. (2014; 2017), cujos resultados indicaram a eficácia dessa técnica cognitivo-comportamental para redução da SA.

A correlação entre a SA e o TP também foi observada em um estudo de neuroimagem que avaliou 112 pacientes com TP e 48 pessoas saudáveis por meio da ESA-R. Os resultados indicaram que há correlação positiva significativa entre a SA e alterações em regiões cerebrais envolvidas no processamento interoceptivo (estímulos relacionados às ameaças) em pacientes com TP, sendo que o mesmo quadro não foi observado no grupo controle (KIM et al., 2016). Tais apontamentos corroboram os resultados apresentados em nosso estudo. A intervenção com TCCG esteve diretamente ligada à redução da SA, embora não se tenha avaliado a técnica de exposição interoceptiva isoladamente, ela faz parte da intervenção realizada.

Além do estudo de Ino et al. (2017), que confirma os benefícios da TCCG para SA em pacientes com TP, praticamente não há estudos que envolvam a análise específica da SA de indivíduos com TP em resposta à TCCG. Outra pesquisa comparou a TCCG à intervenção de *Mindfulness* Baseado em Redução de Estresse (MBSR) para 71 pacientes com transtornos de ansiedade, conforme o DSM-IV. Os grupos foram divididos randomicamente e receberam 10 sessões de TCCG e 10 sessões de MBSR. As avaliações ocorreram pós-tratamento imediato e após três meses. Embora o objetivo não tenha sido examinar especificamente a SA ou o TP, a pesquisa apresentou dados a respeito da temática, sugerindo que a TCCG superou o MBSR na redução da SA no pós-tratamento imediato (ARCH; AYERS, 2013).

De acordo com os resultados encontrados, a TCCG demonstra ser uma intervenção eficaz também para diminuir a SA de pacientes com TP. Ou seja, confirma-se a hipótese de que a redução significativa da SA pode estar relacionada ao tratamento com TCCG, uma vez que o escore da SA foi significativamente menor em todos os fatores quando comparado ao grupo controle que não realizou a intervenção. Isto é, a intervenção modificou positivamente a SA após a TCCG.

Considerando a correlação entre os deltas da SA e da gravidade dos sintomas ansiosos, depressivos e específicos do TP, foram verificadas modificações após a intervenção. Os sintomas de ansiedade e depressão apresentaram correlação positiva moderada com a SA, demonstrando que, quanto maior a modificação dos sintomas ansiosos e depressivos após a TCCG, maiores as mudanças da SA nos fatores 1, 2 e 3, sendo estes contemplados na representação das três dimensões da SA (física, cognitiva e social). Esse achado sugere que a TCCG é efetiva em alterar positivamente todas as dimensões da SA, principalmente se direcionado o enfoque aos indivíduos que manifestam sintomatologia significativa de ansiedade e de depressão, e não somente sintomas específicos do TP.

Embora também tenha sido encontrada correlação positiva moderada entre os sintomas específicos do TP com a fator 4 da ESA-R, significando que quanto mais grave os sintomas do TP maior score em um dos fatores que representa a dimensão física da SA. Um estudo indicou que os pacientes com maiores escores de SA têm benefícios com a TCCG, sobretudo devido às técnicas de correção das distorções cognitivas catastróficas do TP durante a terapia (INO et al., 2017). Outra pesquisa relacionou a exposição interoceptiva da TCCG com a redução dos escores de SA, sendo que a melhora se manteve na avaliação de seguimento após seis meses (BOSWELL et al., 2013).

Assim, como o formato de TCCG aplicado em nosso estudo, frequentemente os protocolos de TCC ou TCCG para transtornos específicos abordam o tratamento nos sintomas típicos apresentados pela doença. Entretanto, os dados verificados neste estudo apontaram a relevância de se levar em conta também a gravidade do quadro mais amplo do paciente, incluindo os sintomas gerais de ansiedade e de depressão com a mesma necessidade de tratamento. Apesar de não ter sido este o objetivo principal da intervenção, os achados desta pesquisa apontaram para essa direção.

Os sintomas de ansiedade e depressão, a ideação suicida, os diagnósticos de depressão, de transtornos de ansiedade, com destaque para o TP e agorafobia, denotam repercussão negativa importante para a população e, conseqüentemente, para os serviços de saúde mental. Conforme os estudos apresentados, evidenciou-se a interação dessas condições com a SA. Portanto, se faz necessária maior compreensão sobre intervenções efetivas para modificar tais sintomas, visto que parecem estar interligados, desde a gênese até a gravidade e o prognóstico desses transtornos, particularmente do TP.

Algumas limitações deste estudo precisam ser consideradas. O seu delineamento não possibilitou a verificação de causalidade entre a SA e as características dos participantes. Além disso, o fato de ter realizado a avaliação do grupo controle uma única vez pode

prejudicar as comparações. Devido à coleta dos dados, não podemos atribuir a melhora da SA a alguma técnica específica da TCCG, já que não examinamos esses dados, como os escores da ESA-R sessão a sessão.

Com base em tais considerações, podemos afirmar que o seguimento das pesquisas nessa área é fundamental, com análises que possam investigar os pacientes com TP e SA elevada em resposta à TCCG e às suas técnicas em especial. Trata-se, apesar das limitações apontadas, de um ensaio clínico sobre a SA em pacientes com TP que agrega conhecimento a um tema relevante, com impacto na prática clínica.

7 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciaram a eficácia da TCCG na redução das dimensões física, cognitiva e social da SA de pacientes com TP, confirmando a hipótese do impacto positivo da TCCG para a modificação da SA. De fato, a TCC desenvolvida em grupo não somente oportuniza o trabalho das técnicas inerentes à terapia (técnicas cognitivas e comportamentais), como também possibilita a socialização entre os membros participantes do grupo.

Conforme sugerido em outros estudos, pacientes com TP demonstram elevada SA, particularmente pacientes com TP associado à agorafobia. Os pacientes que utilizavam antidepressivos também demonstraram índices mais elevados de SA, pressupondo uma possível relação entre a gravidade do TP. Todavia, os resultados positivos foram constatados com a intervenção de TCCG, melhorando não apenas sintomas específicos do transtorno, mas sintomas depressivos e ansiosos como um todo e marcada redução dos escores da ESA-R, o que representa diminuição da SA para esses pacientes.

Os dados apresentados nesta pesquisa revelaram a interligação entre as dimensões da SA implicadas na ansiedade e as dimensões envolvidas na depressão, apontando que, apesar de serem transtornos distintos, compartilham a alteração nas dimensões cognitiva e social, sendo que, para a ansiedade, é acrescida a alteração na dimensão física. Tais achados corroboram a constante comorbidade entre transtornos de ansiedade e depressão demonstrada em pesquisas e na prática clínica. Nesse sentido, destaca-se a importância da identificação das dimensões da SA em cada um dos transtornos, podendo facilitar o planejamento de tratamentos realizados ao longo do desenvolvimento dos indivíduos – nesse caso, especialmente das técnicas desenvolvidas na TCCG.

Os pacientes com TP e com sintomas gerais de ansiedade e depressivos elevados foram os que apresentaram maior modificação da SA em resposta à TCCG. Embora o alvo da intervenção realizada em nosso estudo tenha sido a SA em pacientes com TP, foi possível perceber a importância de se considerar os sintomas de depressão e ansiedade presentes como devendo ser abordados nos protocolos atuais de TCCG. Constatou-se que, quanto maior a modificação dos sintomas depressivos e ansiosos de pacientes com TP, maior a alteração positiva na SA em suas três dimensões, indicando que o benefício com a TCCG vai além da melhora dos sintomas específicos do TP.

A ampla maioria dos estudos que avaliam a SA em pacientes com TP e que propõem intervenções empregam, geralmente, determinadas técnicas cognitivo-comportamentais (por

exemplo: exposição interoceptiva) ou TCC individual. No entanto, praticamente nenhum estudo adota a TCCG como abordagem pesquisada para tal avaliação. Assim, devido à falta de estudos, sobretudo em nosso meio, os nossos resultados podem preencher essa lacuna e gerar novas questões para continuidade de pesquisas na temática da SA e TCCG.

Por fim, devido ao papel da SA tanto como fator de risco para o surgimento do TP quanto para a manutenção dos sintomas, são necessários estudos com delineamento de ECR e de coorte para avaliar o papel da SA e da TCCG na prevenção de recaídas do TP.

REFERÊNCIAS

- ALAOUI, S.E. et al. Predictors and moderators of internet- and group-based cognitive behaviour therapy for panic disorder. **PLoS One**, San Francisco, v. 8, n. 11, e0079024, 2013.
- ALLAN, N.P. et al. Unique relations among anxiety sensitivity factors and anxiety, depression, and suicidal ideation. **J Anxiety Disord**, Amsterdam, v. 28, n. 2, p. 266-75, 2014.
- ALLAN, N.P. et al. Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. **J Anxiety Disord**, Amsterdam, v. 53, p. 91-9, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948p.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-55, 2000.
- ASSELMANN, E. et al. Risk factors for fearful spells, panic attacks and panic disorder in a community cohort of adolescents and young adults. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 193, p. 305-8, 2016.
- ARCH, J.J.; AYERS, C.R. Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy versus adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. **Behav Res Ther**, Oxford, v. 51, n. 8, p. 434-42, 2013.
- BANDELOW, B.; MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. **Dialogues Clin Neurosci**, Paris, v. 17, n. 3, p. 327-35, 2015.
- BANDELOW, B.; MICHAELIS, S.; WEDEKIND, D. Treatment of anxiety disorders. **Dialogues Clin Neurosci**, Paris, v. 19, n. 2, p. 93-107, 2017.
- BEHENCK, A. et al. Contribution of group therapeutic factors to the outcome of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. **Arch Psych Nurs**, Oxford, v. 31, n. 2, p. 142-6, 2017.
- BENÍTEZ, C.I.P. et al. Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: a 1-year follow-up study. **Depress Anxiety**, San Diego, v. 26, n. 4, p. 335-42, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Aprova diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- BOSWELL, J.F. et al. Anxiety Sensitivity and Interoceptive Exposure: A Transdiagnostic Construct and Change Strategy. **Behav Ther**, Amsterdam, v. 44, n. 3, p. 417-31, 2013.
- BROWN, H.M. et al. Cognitive content specificity in anxiety and depressive disorder symptoms: a twin study of cross-sectional associations with anxiety sensitivity dimensions across development. **Psychol Med**, Cambridge, v. 44, n. 16, p. 3469-80, 2014.

BOUVARD, M. et al. Preliminary validation of the French translation of anxiety sensibility index-revised (ASI-R). **Encephale**, França, v. 29, n. 2, p. 157-64, 2006.

CHEN, M.H.; TSAI, S.J. Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, Amsterdam, v. 70, n. 3, p. 219-26, 2016.

CHOI, Y.S.; LEE, E.J; CHO, Y. The effect of Korean-group cognitive behavioural therapy among patients with panic disorder in clinic settings. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, Oxford, v. 24, n. 1, p. 28-40, 2017.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 171p.

DEACON, B.J. et al. The Anxiety Sensitivity Index – Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. **Behav Res Ther**, Oxford, v. 41, n. 12, p. 1427-49, 2003.

DEACON, B.J.; ABRAMOWITZ, J. Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. **J Anxiety Disord**, Amsterdam, v. 20, n. 7, p. 837-57, 2006.

DRESLER, T. et al. Revise the revised? New dimensions of the neuroanatomical hypothesis of panic disorder. **J Neural Transm**, Vienna, v. 120, n. 1, p. 3-29, 2013.

ELLIS, A. A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure in vivo. **Behav Res Ther**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 162-4, 1979.

ESCOCARD, M.R.P.G.; BASTOS, A.C.M.F.; FERNANDEZ, J.L. Anxiety sensitivity factor structure among brazilian patients with anxiety disorders. **J. Psychopathol Behav Assess**, New York, v.31, n.3, p.246-55, 2009.

EVANS, I.M. A conditioning model of a common neurotic pattern - Fear of fear. **Psychoter: Theory Res Pract**, v. 9, n. 3, p. 238-41, 1972.

FENICHEL, O. **The psychoanalytic theory of neurosis**. New York: W.W. Norton and Company, 1945, 720p.

FLEVARI, P. et al. Fluoxetine vs. placebo for the treatment of recurrent vasovagal syncope with anxiety sensitivity. **EP Europace**, London, v. 19, n. 1, p. 127-31, 2017.

FREUD, S. Obsessions and phobias: Their psychical mechanisms and their etiology. In: FREUD, S. **Collected Papers**, v.1. London: Hograth Press, 1924. p. 131.

GALLAGHER, M.W. et al. Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: the unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. **Behav Res Ther**, Oxford, v. 51, n. 11, p. 767-77, 2013.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Br J Med Biol Res**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 453-57, 1996.

- GUY, W. Clinical Global Impressions CGI. In: **ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology**. Rev. ed. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976. p. 217-22.
- HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. **Br J Med Psychol**, v. 32, p. 505, 1959
- HELDT, E. et al. Treating medication-resistant panic disorder: Predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. **Psychother Psychosom**, Basel, v. 72, n. 1, p. 43-8, 2003.
- HELDT, E. et al. One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. **Behav Res Ther**, Oxford, v. 44, n. 5, p. 657-65, 2006.
- HELDT, E.; BEHENCK, A.S.; WESNER, A.C. Psicoterapias em grupo. In: CORDIOLI, A.V.; GREVET, E.H. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 282-297.
- HOLTZ, K.; HAMM, A.O.; PANÉ-FARRÉ, C.A. Repeated interoceptive exposure in individuals with high and low anxiety sensitivity. **Behav Modif**, Maryland, p. 1-23, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0145445518772269>>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- INO, K. et al. Anxiety sensitivity as a predictor of broad dimensions of psychopathology after cognitive behavioral therapy for panic disorder. **Neuropsychiatr Dis Treat**, London, v. 13, p. 1835-40, 2017.
- INOUE, K. et al. A discussion of various aspects of panic disorder depending on presence or absence of agoraphobia. **Compr Psychiatry**, Philadelphia, v. 69, p. 132-5, 2016.
- ITO, L.M.; RAMOS, R.T. Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. **Rev Psiquiatr Clín [online]**, v. 25, n. 6, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/index256.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2018.
- JURIN, T.; BIGLBAUER, S. Anxiety sensitivity as a predictor of panic disorder symptoms: a prospective 3-year study. **Anxiety Stress Coping**, Durham, v. 31, n. 4, p. 365-74, 2018.
- KEOUGH, M.E.; SCHMIDT, N.B. Refinement of a brief anxiety sensitivity reduction intervention. **J Consult Clin Psychol**, v. 80, n. 5, p. 766-72, 2012.
- KESSLER, R.C. et al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. **Int J Methods Psychiatr Res**, Boston, v. 21, n. 3, p. 169-84, 2012.
- KIM, M.K. et al. White matter correlates of anxiety sensitivity in panic disorder. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 3, n. 207, p. 148-56, 2016.
- KIRSCH, I. Response expectancy as a determinant of experience and behavior. **Americ Psychol**, Washington, v. 40, n. 11, p. 1189-202, 1985.
- LEVITAN, M.N. et al. **Transtorno do pânico: diagnóstico**. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira. 2012, 28p [online]. Disponível em:

- <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/transtorno_do_panico.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.
- LIEBSCHER, C. et al. Facing the fear – clinical and neural effects of cognitive behavioural and pharmacotherapy in panic disorder with agoraphobia. **Euro Neuropsych**, Amsterdam, v. 26, n. 3, p. 431-44, 2016.
- MANFRO, G.G.; HELDT, E.; BLAYA, C. Terapia cognitivo-comportamental do transtorno de pânico. In: CORDIOLI, A.V.; GREVET, E.H. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 554-68.
- MARCHAND, A. et al. 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 Disor**, Amsterdam, v. 23, n. 8, p. 1139-47, 2009.
- MARUTA, T. et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Anxiety Sensitivity Index. **Compr Psychiatry**, Philadelphia, v. 48, n. 3, p. 289-92, 2007.
- McNALLY, R.J. Anxiety sensitivity and panic disorder. **Biol Psychiatry**, Massachusetts, v. 52, n. 10, p. 938-46, 2002.
- MITTE, K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 88, n. 1, p. 27-45, 2005.
- MOITRA, E. et al. Impact of stressful life events on the course of panic disorder in adults. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 134, n. 1-3, p. 373-6, 2011.
- NARAGON-GAINEY, K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. **Psychol Bulletin**, Iowa, v. 136, n. 1, p. 128-50, 2010.
- OGAWA, S. et al. Predictors of broad dimensions of psychopathology among patients with panic disorder after cognitive-behavioral therapy. **Psychiatry Journal**, Cairo, v. 12, p. 1-6, 2018.
- OGAWA, S. et al. Fear of fear and broad dimensions of psychopathology over the course of cognitive behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia in japan. **East Asian Arch Psychiatry**, v. 27, n. 4, p.150-5, 2017.
- OLATUNJI, B.O.; WOLITZKY-TAYLOR, K.B. Anxiety Sensitivity and the Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review and Synthesis. **Psychol Bulletin**, Iowa, v. 135, n. 6, p. 974-99, 2009.
- OLAYA, B. et al. Epidemiology of panic attacks, panic disorder and moderating role of age: Results from a population-based study. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 241, p. 627-33, 2018.
- OLTHUIS, J.V.; WATT, M.C.; STEWART, S.H. Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. **J Anxiety Disord**, Amsterdam, v. 28, n. 2, p. 115-24, 2014.
- OTTO, M.W.; DEVENNEY, C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 66, Suppl. 4, p. 28-32, 2005.

PETERSON, R.A.; PLEHN, K. Measuring Anxiety Sensitivity. In TAYLOR, S. **Anxiety Sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety**. 1.ed. New Jersey: Lawrence Erlbau Associates, 1999. p. 61-81.

PLEHN, K.; PETERSON, R.A. Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. **J Anxiety Disord**, Amsterdam, v. 16, n. 4, p. 455-74, 2002.

POLETTI, S. et al. Neural correlates of anxiety sensitivity in panic disorder: A functional magnetic resonance imaging study. **Psychiatry Res**, Limerick, v. 233, n. 2, p. 95-101, 2015.

POLLACK, M.H. The pharmacotherapy of panic disorder. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 66, Suppl. 4, p. 23-7, 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

REISS, S.; McNALLY, R.J. The expectancy model of fear. In: REISS, S.; BOOTZIN, R.R. Eds. **Theoret Issues Behav Ther**, New York: Academic Press. 1985, p.107-21.

REISS, S. et al. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. **Behav Res Ther**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 1-8, 1986.

REISS, S. Theoretical perspectives on the fear of anxiety. **Clin Psychol Rev**, Tarrytown, v. 7, p. 585-96, 1987.

REISS, S. Expectancy model of fear, anxiety and panic. **Clin Psychol Rev**, Tarrytown, v. 11, n. 2, p.141-53, 1991.

ROY-BYRNE, P.; CRASKE, M.G.; STEIN, M.B. Panic Disorder. **Lancet**, London, v. 368, p. 1023-32, 2006.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584p.

SALUM, G.A; BLAYA, C.; MANFRO, G.G. Transtorno do pânico. **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009.

SANDIN, B.; CHOROT, P.; McNALLY, R. Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. **Behav Res Ther**, Oxford, v. 34, n. 3, p. 283-90, 1996.

SANDIN, B.; CHOROT, P.; McNALLY, R. Anxiety sensitivity, catastrophic misinterpretations and panic self-efficacy in the prediction of panic disorder severity: Towards a tripartite cognitive model of panic disorder. **Behav Res Ther**, Oxford, v. 67, p. 30-40, 2015.

SCHMIDT, N.B.; LEREW, D.R; JACKSON, R.J. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. **J Abnorm Psychol**, Columbus, v. 106, n. 3, p. 355-64, 1997.

- SCHMIDT, N.B.; ZVOLENSKY, M.J.; MANER, J.K. Anxiety sensitivity: prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. **J Psych Res**, Tallahassee, v. 40, n. 8, p. 691-9, 2006.
- SCHMIDT, N.B.P. et al. Randomized clinical trial evaluating the efficacy of a brief intervention targeting anxiety sensitivity cognitive concerns. **J Consult Clin Psychol**, Washington, v. 82, n. 6, p. 1023-33, 2014.
- SCHMIDT, N.B.P. et al. A randomized clinical trial targeting anxiety sensitivity for patients with suicidal ideation. **J Consult Clin Psychol**, Washington, v. 85, n. 6, p. 596-610, 2017.
- SHEAR, M.K. et al. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 154, n. 11, p. 1571-75, 1997.
- SIMON, N.M. et al. Changes in anxiety sensitivity with pharmacotherapy for panic disorder. **J Psychiatry Res**, Amsterdam, v. 38, n. 5, p. 491-95, 2004.
- SMITS, J.A. et al. Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: evidence for the fear of fear mediational hypothesis. **J Consult Clin Psychol**, Washington, v. 72, n. 4, p. 646-52, 2004.
- SONG, H.M. et al. Clinical characteristics of the respiratory subtype in panic disorder patients. **Psychiatry Investig**, Seoul, v. 11, n. 4, p. 412-8, 2014.
- STEIN, M.B. et al. Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 161, n. 12, p. 2230-7, 2004.
- TAYLOR, S.; COX, B. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. **J Anxiety Disord**, Amsterdam, v. 12, n. 5, p. 463-83, 1998.
- TAYLOR, S.; KOCH, W.J.; MCNALLY, R.J. How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? **J Anxiety Disord**, Amsterdam, v. 6, n. 3, p. 249-59, 1992.
- TAYLOR, S. et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. **Psychol Assess**, Washington, v. 19, n. 2, p. 176-88, 2007.
- VAN-APELDOORN, F.J. et al. Cost-effectiveness of CBT, SSRI, and CBT+SSRI in the treatment of panic disorder. **Acta Psychiatr Scand**, New Jersey, v. 129, n. 4, p. 286-95, 2014.
- ZINBARG, R.E.; BARLOW, D.H.; BROWN, T. Hierarchical Structure and General Factor Saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and Implications. **Psychol Assess**, Washington, v. 9, n. 3, p. 277-84, 1997.
- ZVOLENSKY, M. et al. Anxiety sensitivity in six countries. **Behav Res Ther**, Oxford, v. 41, n. 7, p. 841-59, 2003.

APÊNDICE A – 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

Sensibilidade à ansiedade e transtorno de pânico: avaliação do impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo

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 –Algun tipo de condição clínica associada/concomitante: (0) Não (1) Sim

24. Qual?

Resultados do MINI

Circule a letra correspondente quando há transtorno relacionado:

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

Baseline

Dose: _____ Sintomas atuais: _____
Plano: _____

12ª Sessão

Dose: _____ Sintomas atuais: _____
Plano: _____

História Médica (exclusão)

Doença cardiorrespiratória () renal () hepática () diabetes () câncer ativo ()
Desnutrição () cx TGI () diarreia crônica () dxtireoide () dx paratireoide ()
Medicções: 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 B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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, e o objetivo da nossa pesquisa é identificar se existe um subgrupo de pacientes que se beneficia mais dessa modalidade de terapia. 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 você não deverá interromper seu uso.

Para participar desse estudo você será convidado a responder perguntas referentes aos sintomas do Transtorno do Pânico, de ansiedade e de depressão. Para sua participação, será necessário responder a sete questionários antes e no final do tratamento, que levará em torno de uma hora e meia. As sessões ocorrem uma vez por semana durante 12 semanas e duram 90 minutos.

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. Se você decidir não participar, tem absoluta liberdade de fazê-lo, não acarretando nenhum prejuízo à 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 se beneficiar com a terapia oferecida para diminuir os sintomas de ansiedade, porém a participação na pesquisa não traz benefícios diretos. Você estará, na verdade, 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 ou aos seus direitos, você deverá contatar com as pesquisadoras Prof^a Elizeth Heldt ou Enf^a Andressa Behenck, pelo telefone (51) 3359-8573, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (51) 3359-7640, localizado na Rua Ramiro Barcelos 2350, sala 2227 F, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

A pesquisadora certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Você receberá uma via deste documento.

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

ANEXO A – 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 automediar
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 B – Escala de Gravidade do TP (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 perversivos**, modificação extensa no estilo de vida é necessária, tanto que tarefas importantes não são realizadas.

5. SENSações 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, perversiva e incapacitante**. Extensa modificação no estilo de vida é necessária, tal que importantes tarefas ou atividades não são realizadas.

ANEXO C – Hamilton para 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 () irritabilidade () apreensão quanto ao futuro ou ao presente					
TENSÃO () sensação de tensão () fatigabilidade () 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 GASTROINTESTINAIS () dificuldade de engolir () aerofagia () dispepsia () dor pré ou pós-prandial () queimações () empanzimento () náuseas () vômitos () constipação () cólicas/diarreias () perda de peso					
SINTOMAS GENITURINÁRIOS () micções frequentes () urgência de micção () frigidez () amenorria () ejaculação precoce () ausência de ereção () impotência					
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO () secura na boca () ruborização () palidez () tendência a sudorese () vertigens () cefaleia de tensão					
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA GERAL () tenso () pouco à vontade () agitação das mãos () agitação dos dedos () tiques () inquietação () respiração suspirosa FISIOLÓGICO () eructações () taquicardia em repouso () ritmo respiratório > 20 mpm					
TOTAL					

ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck (BAI)

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK – BAI				
É apresentada a seguir uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Leia cuidadosamente cada item e identifique o quanto você tem sido incomodado por causa de cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje . Coloque um “x” no espaço correspondente na mesma linha de cada sintoma.				
	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapacidade de relaxar				
5. Medo de que aconteça o pior				
6. Atordoamento ou tontura				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Falta de equilíbrio				
9. Sensação de estar aterrorizado				
10. Sensação de estar nervoso				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremores nas mãos				
13. Sensação de estar trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Sensação de estar assustado				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afoqueado				
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 que melhor descreve a maneira como você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje!** Caso várias afirmações em um grupo pareçam aplicar-se 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(a) em relação a mim por minhas fraquezas ou meus erros
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
 - 3 Eu me culpo por tudo de ruim 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 chorar
 - 2 Choro agora o tempo todo
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira
 - 0 Não tenho me sentido mais irritado(a) do que costumo me sentir

- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava ficar
 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(a) 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 adiar
 2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes
 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões
- 0 Não penso que de algum modo pareça pior do que antes
 1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou pouco atraente
 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer pouco atraente
 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 dormir
 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 ficar
 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 2,5 quilos
 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 estomacal 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 estar
 2 Estou muito menos interessado(a) por sexo agora
 3 Perdi completamente o interesse por sexo

Subtotal da página 1 _____
Subtotal da página 2 _____
ESCORE TOTAL _____

ANEXO F – Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Revisada (ESA-R)

ESA-R

INSTRUÇÕES: leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar o quanto você acredita que suas sensações relacionadas à ansiedade podem ser assustadoras ou catastróficas. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO:

Muito pouco... 0 Um pouco... 1 Moderadamente... 2 Muito... 3 MUITÍSSIMO... 4

1. Para mim, é importante não demonstrar nervosismo.	0	1	2	3	4
2. Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco(a).	0	1	2	3	4
3. Fico assustado(a) quando me sinto trêmulo(a).	0	1	2	3	4
4. Fico assustado(a) quando me sinto tonto(a).	0	1	2	3	4
5. Fico assustado(a) quando meu coração bate muito rápido.	0	1	2	3	4
6. Fico assustado(a) quando sinto náuseas.	0	1	2	3	4
7. Quando percebo que meu coração está batendo rápido, tenho medo de estar tendo um infarto.	0	1	2	3	4
8. Fico assustado(a) quando sinto falta de ar.	0	1	2	3	4
9. Quando meu estômago está embrulhado, tenho medo de estar com uma doença séria.	0	1	2	3	4
10. Fico assustado(a) quando não consigo me concentrar no que estou fazendo.	0	1	2	3	4
11. Quando a minha cabeça está latejando, tenho medo de que se trate de um derrame.	0	1	2	3	4
12. Quando meu corpo começa a tremer na presença de outras pessoas, tenho medo do que elas vão pensar de mim.	0	1	2	3	4
13. Quando sinto que não estou respirando direito, tenho medo de sufocar.	0	1	2	3	4
14. Quando estou com diarreia, fico preocupado(a) que existe algo de errado comigo.	0	1	2	3	4
15. Quando sinto um aperto no peito, tenho medo de não conseguir respirar direito.	0	1	2	3	4
16. Quando minha respiração fica irregular, penso que alguma coisa ruim vai acontecer.	0	1	2	3	4
17. Fico assustado(a) quando as coisas à minha volta parecem estranhas ou irreais.	0	1	2	3	4
18. Fico assustado(a) com sensações de asfixia.	0	1	2	3	4
19. Quando sinto dor no peito, penso que vou ter um infarto.	0	1	2	3	4
20. Penso que seria horrível se eu vomitasse em público.	0	1	2	3	4
21. Fico assustado(a) quando sinto que meu corpo está estranho ou diferente de alguma forma.	0	1	2	3	4
22. Tenho medo de que as outras pessoas percebam a minha ansiedade.	0	1	2	3	4
23. Quando me sinto aéreo ou “fora do ar”, penso que estou com alguma doença mental.	0	1	2	3	4
24. Fico assustado(a) quando fico vermelho(a) na frente das outras pessoas.	0	1	2	3	4

25. Quando sinto uma dor forte no estômago, penso que seja um sinal de câncer.	0	1	2	3	4
26. Quando tenho dificuldade de engolir, tenho medo de engasgar.	0	1	2	3	4
27. Quando sinto alterações nas batidas do meu coração, penso que existe algo de muito sério comigo.	0	1	2	3	4
28. Fico preocupado(a) quando sinto minhas mãos dormentes.	0	1	2	3	4
29. Quando fico tonto(a), penso que existe algum problema no meu cérebro.	0	1	2	3	4
30. Quando começo a suar em situações sociais, tenho medo de que as pessoas pensem mal de mim.	0	1	2	3	4
31. Quando meus pensamentos parecem se acelerar, tenho medo de estar ficando louco(a).	0	1	2	3	4
32. Quando minha garganta fecha, tenho medo de morrer engasgado(a).	0	1	2	3	4
33. Quando meu rosto fica dormente, tenho medo de estar tendo um derrame.	0	1	2	3	4
34. Quando não consigo pensar com clareza, penso que estou com algum problema.	0	1	2	3	4
35. Penso que seria horrível se eu desmaiasse em público.	0	1	2	3	4
36. Quando minha cabeça “dá um branco”, tenho medo de estar com algum problema muito sério.	0	1	2	3	4

PONTUAÇÃO

ANEXO G – 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

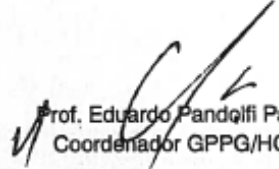
Título: Subtipo Respiratório do Transtorno de Pânico: Resposta à Terapia Cognitivo Comportamental

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