

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

ANDRESSA DA SILVA BEHENCK

**AVALIAÇÃO DOS FATORES TERAPÊUTICOS DE GRUPO E A RESPOSTA À
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNO DE PÂNICO
E TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO**

Porto Alegre

2015

ANDRESSA DA SILVA BEHENCK

**AVALIAÇÃO DOS FATORES TERAPÊUTICOS DE GRUPO E A RESPOSTA À
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNO DE PÂNICO
E TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde mental e enfermagem

Orientadora: Profª Drª Elizeth Heldt

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

da Silva Behenck, Andressa

Avaliação dos fatores terapêuticos de grupo e a resposta à terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e transtorno obsessivo compulsivo / Andressa da Silva Behenck. -- 2015. 105 f.

Orientadora: Elizeth Heldt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Fatores terapêuticos de grupo. 2. Terapia cognitivo-comportamental em grupo. 3. Transtorno de pânico. 4. Transtorno obsessivo compulsivo. I. Heldt, Elizeth, orient. II. Título.

ANDRESSA DA SILVA BEHENCK

Avaliação de Fatores Terapêuticos na Resposta a Terapia

Cognitivo Comportamental em Grupo.

Dissertação 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 Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt

Presidente da Banca – Orientadora

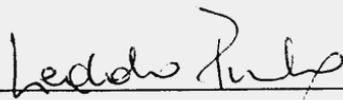
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro da banca

EENF/UFRGS



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Sônia Beatriz Cócara de Souza

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

Dedico este trabalho aos meus pais, Mara Cristina e Vando, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos, e ao meu amor Diego. Em todos os maiores obstáculos da minha vida, são vocês que me erguem, que me dão forças para continuar e seguir em frente. Depois de tantas lutas, hoje comemoramos juntos esta grande vitória.

Com todo o amor do mundo, Andressa Behenck

AGRADECIMENTOS

Durante a caminhada que percorri nesses dois anos, enfrentei muitas batalhas, mas nunca estive sozinha. Grandes lutadores estiveram comigo, dando-me forças e trazendo-me alegria. Hoje somos todos vitoriosos.

A Deus, pelo poder divino que me consolou nos dias mais sofridos e cansativos. Agradeço por toda a graça e toda a luz com que me abençoou e guiou meus passos.

À minha querida orientadora Elizeth Heldt pelos ensinamentos e pela energia que me transmite. Sem você, esse sonho não seria possível! Agradeço pela dedicação e pelo carinho com que sempre me tratou. Você foi meu exemplo!

À minha mãe, Mara, que em muitas noites me confortou em seus braços, e não há melhores braços que os seus. Mesmo cansada, sempre teve uma palavra de estímulo para me ajudar a superar os dias difíceis. Você me deu força!

Ao meu pai abençoado, Vando, que com sua luz iluminou o meu caminho e com toda a sua alegria conquistou o meu melhor sorriso nos piores dias. Você me deu alegria e felicidade!

Ao meu querido namorado, Diego, que com toda a sua paciência e tolerância também me trouxe paz. Você me ofereceu calma e serenidade, sobretudo nos momentos mais difíceis. Você me deu a paz!

Aos meus padrinhos queridos por toda a dedicação. Obrigada pelo imenso desmedido amor. Vocês me deram incentivo e carinho!

A toda a minha família, presente nos melhores momentos da minha vida. Vocês sempre me transmitiram ótimas vibrações!

Às minhas amigas Tatiele Cardoso, Renata da Luz e Valesca Miotti, que com a amizade insuperável estiveram ao meu lado desde o início. Vocês me deram amizade verdadeira e sincera! Também agradeço a todos os amigos que me apoiaram.

Às minhas amigas e colegas Ana Cristina Wesner e Juliana Gomes pela parceria e pelo apoio, pelas horas de conversa e muito trabalho. Vocês tornaram essa jornada mais leve!

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela oportunidade e acessibilidade que proporcionaram para que este trabalho pudesse ser realizado. A todos os professores que contribuíram para o meu crescimento intelectual ainda em construção. Contarei com vocês para novas parcerias!

A todos os pacientes que participaram do estudo. Vocês foram a base deste trabalho!

Meu carinho e agradecimento a todos!

RESUMO

BEHENCK, Andressa da Silva. **Avaliação dos fatores terapêuticos de grupo e a resposta à terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e transtorno obsessivo compulsivo**. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Estudos evidenciam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para pacientes com transtorno de pânico (TP) e para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). O processo das terapias em grupo é complexo e apresentam fatores considerados terapêuticos por facilitarem novas aprendizagens. Entretanto, estudos sobre o processo terapêutico de TCCG ainda são escassos. Os objetivos deste estudo foram: avaliar o efeito dos fatores terapêuticos na resposta à TCCG para pacientes com TP e para pacientes com TOC; identificar e relacionar os fatores terapêuticos que ocorrem na TCCG com a fase e as técnicas cognitivo-comportamentais. Trata-se de um ensaio clínico de 12 sessões de TCCG para TP e para TOC. A gravidade dos sintomas foi avaliada antes e depois da TCCG. Em pacientes com TP, utilizou-se a Escala de gravidade do TP (PDSS), a Impressão Clínica Global (CGI), a Hamilton Ansiedade (HAM-A) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Em pacientes com TOC, a gravidade específica foi avaliada pela Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS) e pela CGI, bem como pela HAM-A e pelo BDI. O Questionário de Fatores Terapêuticos de Yalom foi aplicado no final de cada sessão para avaliar os 12 fatores: altruísmo, coesão, universalidade, aprendizagem interpessoal-input, aprendizagem interpessoal-output, orientação, catarse, identificação, redefinição familiar, autocompreensão, instilação de esperança e fatores existenciais. O estudo foi aprovado pelo CEP/HCPA (nº 130400). Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi composta por 31 pacientes, sendo 16 no grupo do TP com idade média de 36,2(DP=9,98) anos e 15 pacientes no grupo do TOC com idade média de 37,4(DP=11,10) anos. Os fatores terapêuticos totalizaram 192 observações no grupo do TP e 180 no grupo do TOC. Houve melhora significativa da gravidade dos sintomas de ansiedade, depressivos e específicos comparados com a avaliação inicial em ambos os grupos ($p < 0,001$). Oito fatores foram considerados de utilidade significativa para os pacientes ao longo das sessões do grupo do TP. Observou-se interação significativa no grupo dos pacientes com TP entre o efeito do fator reedição familiar na melhora dos sintomas de ansiedade e depressivos. Os fatores existenciais foram significativos com a melhora dos sintomas depressivos e com os específicos do TP verificado pela PDSS. Quanto à CGI no TP, não se verificou interação significativa com nenhum fator terapêutico. No grupo de pacientes com TOC, os fatores considerados mais úteis foram dois. Constatou-se interação significativa no grupo do TOC entre o efeito de nove fatores e a melhora dos sintomas de ansiedade, porém nenhuma interação com sintomas depressivos. Também houve interação significativa entre a melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos verificado pela YBOCS com altruísmo, universalidade, aprendizagem interpessoal-input e output, reedição familiar, autocompreensão e fatores existenciais. Quanto à CGI no TOC, houve interação significativa com os fatores aprendizagem interpessoal-input, autocompreensão e fatores existenciais. Os resultados demonstram que fatores terapêuticos de grupo influenciam positivamente a resposta da TCCG para ambos os grupos. Contudo, existem diferenças de efeito a serem consideradas para que haja melhor compreensão do processo terapêutico e aprimoramento da terapia de grupo.

Palavras-chave: Fatores terapêuticos de grupo. Terapia cognitivo-comportamental em grupo. Transtorno de pânico. Transtorno obsessivo-compulsivo.

ABSTRACT

BEHENCK, Andressa da Silva. **Group therapeutic factors assessment and response to cognitive behavioral assessment therapy for panic disorder and obsessive compulsive disorder**. 2015. 105 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Studies have demonstrated the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) for patients with panic disorder (PD) and those with obsessive-compulsive disorder (OCD). The group therapy process is complex and has factors deemed to be therapeutic, in that they facilitate new learning. However, studies on the CBGT therapeutic process are still scarce. The objectives of this study were: assess the effect of therapeutic factors in the response to CBGT of PD patients and OCD patients; identify and relate the therapeutic factors that occur in CBGT with the stage and cognitive-behavioral techniques. This study is a clinical trial involving 12 CBGT sessions for PD and OCD. Severity of symptoms was assessed before and after CBGT. In PD patients, the PD Severity Scale (PDSS), Clinical Global Impression (CGI), Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) and Beck Depression Inventory (BDI) were used. In OCD patients, specific severity was assessed using the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), CGI, HAM-A and BDI. Yalom's Curative Factors Questionnaire was administered at the end of each session to evaluate 12 factors, namely: altruism, cohesiveness, universality, interpersonal learning input, interpersonal learning output, guidance, catharsis, identification, family re-enactment, self-understanding, instillation of hope and existential factors. The study was approved by the CEP/HCPA (No. 130400). All patients signed a free and informed consent form. The sample consisted of 31 patients: 16 in the PD group with a mean age of 36.2 (SD=9.98) years and 15 patients in the OCD group with a mean age of 37.4 (SD=11.10) years. The therapeutic factors totaled 192 observations in the PD group and 180 in the OCD group. There was significant improvement in severity of symptoms of anxiety, depression and specific ones, compared to the baseline assessment in both groups ($p < 0.001$). Eight factors were considered to provide significant benefits to patients over the course of the PD group sessions. There was significant interaction in the PD group related to the effect of the family re-enactment factor in improving the symptoms of anxiety and depression. Existential factors were significant in the improvement of depressive symptoms and PD-specific ones as seen with the PDSS. As far as CGI in the PD group, no significant interaction with any therapeutic factor was noted. In the OCD group, two factors were considered to be the most helpful. There was significant interaction in the OCD group between the effect of nine factors and improvement of the symptoms of anxiety. However, no interaction with depressive symptoms was noted. There was also significant interaction between improvement in obsessive-compulsive symptoms as seen with the YBOCS, in terms of altruism, universality, interpersonal learning input and output, family re-enactment, self-understanding and existential factors. With respect to CGI in the OCD group, there was significant interaction with the factors of interpersonal learning input, self-understanding and existential factors. The results show that group therapeutic factors positively influence the response to CBGT in both groups. However, there are differences of effect to be considered, in order to better understand the therapeutic process and improve group therapy.

Keywords: Group therapeutic factors. Cognitive-behavioral group therapy. Panic disorder. Obsessive-compulsive disorder.

RESUMEN

BEHENCK, Andressa da Silva. **Evaluación de factores terapéuticos de grupo y respuesta a la terapia cognitivo-actitudinal para el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo.** 2015. 105 f. Tesina (Maestría en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Estudios evidencian la eficacia de la terapia cognitivo-actitudinal en grupo (TCCG) para pacientes con trastorno de pánico (TP) y para pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). El proceso de las terapias en grupo es complejo y presenta factores considerados terapéuticos por facilitar nuevos aprendizajes. Sin embargo, estudios sobre el proceso terapéutico de TCCG todavía son escasos. Los objetivos de este estudio fueron: evaluar el efecto de los factores terapéuticos en la respuesta a la TCCG para pacientes con TP y para pacientes con TOC; identificar y relacionar los factores terapéuticos que ocurren en la TCCG con la etapa y las técnicas cognitivo-actitudinales. Se trata de un ensayo clínico de 12 sesiones de TCCG para TP y para TOC. La gravedad de los síntomas se la evaluó antes y después de la TCCG. En conjunto con TP, se utilizó la Escala de Gravedad del TP (PDSS), la Impresión Clínica Global (CGI), la Hamilton Ansiedad (HAM-A) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). En pacientes con TOC, la gravedad específica fue evaluada por la Escala Obsesivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS) y por la CGI, así como por la HAM-A y por el BDI. El cuestionario de factores terapéuticos de Yalom se aplicó al final de cada sesión para evaluar los 12 factores, a saber: altruismo, cohesión, universalidad, aprendizaje interpersonal-input aprendizaje interpersonal- output, orientación, catarsis, identificación, redefinición familiar, autocomprensión, instilación de esperanza y factores existenciales. El estudio lo aprobó el CEP/HCPA (n° 130400). Todos los pacientes firmaron el término de consentimiento libre y aclarado. La muestra estuvo compuesta por 31 pacientes, 16 en el grupo do TP con edad promedio de 36,2(DP=9,98) años y 15 pacientes en el grupo do TOC con promedio de edad de 37,4(DP=11,10) años. Los factores terapéuticos totalizaron 192 observaciones en el grupo del TP y 180 en el grupo del TOC. Hubo mejora significativa de la gravedad de los síntomas de ansiedad, depresivos y específicos comparados con la evaluación inicial en ambos grupos ($p < 0,001$). Ocho factores fueron considerados de utilidad significativa para los pacientes a lo largo de las sesiones del grupo del TP. Se observó interacción significativa en el grupo de los pacientes con TP entre el efecto del factor reedición familiar en la mejora de los síntomas de ansiedad y depresivos. Los factores existenciales fueron significativos con la mejora de los síntomas depresivos y con los específicos del TP verificado por la PDSS. Cuanto a la CGI en el TP, no se verificó interacción significativa con ningún factor terapéutico. En el grupo de pacientes con TOC, los factores considerados más útiles fueron dos. Se constató interacción significativa en el grupo del TOC entre el efecto de nueve factores y la mejora de los síntomas de ansiedad, pero ninguna interacción con síntomas depresivos. También hubo interacción significativa entre la mejora de los síntomas obsesivo-compulsivos verificado por la YBOCS con altruismo, universalidad, aprendizaje interpersonal input y output reedición familiar, autocomprensión y factores existenciales. Cuanto a la CGI en el TOC, hubo interacción significativa con los factores aprendizaje interpersonal input, autocomprensión y factores existenciales. Los resultados demuestran que factores terapéuticos de grupo influyen positivamente la respuesta de la TCCG para ambos grupos. Sin embargo, existen diferencias de efecto a ser consideradas para que haya mejor comprensión del proceso terapéutico y perfeccionamiento de la terapia de grupo.

Palabras Clave: Factores terapéuticos de grupo. Terapia cognitivo-actitudinal en grupo. Trastorno de pánico. Trastorno obsesivo-compulsivo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Protocolo de TCC em grupo para transtorno de pânico	51
Quadro 2 -	Protocolo de TCC em grupo para transtorno obsessivo-compulsivo	52
Figura 1 -	Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para transtorno de pânico (TP) que apresentaram crescimento significativo	55
Figura 2 -	Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para transtorno de pânico (TP) que não apresentaram crescimento significativo	57
Figura 3 -	Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) que apresentaram crescimento significativo	61
Figura 4 -	Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) sem variações significativas	62
Figura 5 -	Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) com diminuição não significativa	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=31)	54
Tabela 2 - Comparação das medidas de gravidade dos sintomas do transtorno de pânico antes e depois da TCCG	58
Tabela 3 - Comparação entre a mudança dos sintomas de ansiedade e depressão com os fatores terapêuticos antes e depois da TCCG para pacientes com transtorno de pânico	59
Tabela 4 - Comparação entre a mudança dos sintomas de pânico e a impressão global com os fatores terapêuticos antes e depois da TCCG	60
Tabela 5 - Comparação das medidas de gravidade dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo antes e depois da TCCG	64
Tabela 6 - Comparação entre a mudança dos sintomas de ansiedade e depressão com os fatores terapêuticos antes e depois da TCCG para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo	65
Tabela 7 - Comparação entre a mudança dos sintomas de obsessivo-compulsivo e a impressão global com os fatores terapêuticos antes e depois da TCCG para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CGI	Impressão Clínica Global
CO ₂	Dióxido de Carbono
COMPESQ	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
CPC	Centro de Pesquisa Clínica
DP	Desvio-Padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EEG	Eletroencefalograma
EPR	Exposição e Prevenção de Resposta
FT	Fator Terapêutico
GEE	Generalized Estimating Equations
GPEAMAB	Grupo de Pesquisa em Enfermagem Ambulatorial e em Atenção Básica
HAM-A	Hamilton-Ansiedade
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
IU	Incontinência Urinária
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
PDSS	Escala de Severidade do Transtorno de Pânico
PROTAN	Programa de Transtornos de Ansiedade
SESP	Serviço de Enfermagem em Saúde Pública
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TC	Terapia Comportamental

TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tamanho de Efeito
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TP	Transtorno de Pânico
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
Y-BOCS	Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	Terapia de grupo	21
3.2	Fatores terapêuticos	23
3.3	Transtorno de pânico	32
3.4	Transtorno obsessivo-compulsivo	38
3.5	Enfermeiro como terapeuta	43
4	MÉTODO	47
4.1	População e amostra	47
4.2	Coleta de dados e instrumentos	47
4.3	Tamanho da amostra	49
4.4	Intervenção	49
4.5	Análise de dados	53
4.3	Aspectos éticos	53
5	RESULTADOS	54
5.1	Avaliação dos fatores terapêuticos e resposta à TCCG no TP	55
5.2	Avaliação dos fatores terapêuticos e resposta à TCCG no TOC	60
6	DISCUSSÃO	67
6.1	Fatores terapêuticos e TCCG para TP	67
6.2	Fatores terapêuticos e TCCG para TOC	71
7	CONCLUSÕES	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A – Protocolo de Pesquisa	89

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
ANEXO A – Escala de Severi'dade do TP (PDSS)	93
ANEXO B – Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS)	96
ANEXO C – Hamilton para Ansiedade (HAM-A)	98
ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck (BDI)	99
ANEXO E – Impressão Clínica Global (CGI-TP)	101
ANEXO F – Impressão Clínica Global (CGI-TOC)	102
ANEXO G – Questionário de Fatores Terapêuticos de Yalom	103
ANEXO H – Carta de aprovação CEP/HCPA	105

1 INTRODUÇÃO

Estudos de eficácia da terapia-cognitivo comportamental (TCC) para transtornos mentais têm sido amplamente difundidos, confirmando o benefício da TCC realizada tanto individualmente quanto em grupo (BECK, 2005; BUTLER et al., 2006), particularmente para os transtorno de ansiedade (HELDT et al., 2003; VOLPATO CORDIOLI et al., 2003). Embora a eficácia da TCC tenha sido evidenciada, estudos sobre o processo terapêutico ainda são escassos (SAFFI; SAVOIA; NETO, 2008).

Os transtornos de ansiedade estão entre os mais frequentes na população, sendo um dos principais motivos para a busca de atendimento em saúde mental. Segundo um estudo epidemiológico realizado em Porto Alegre, São Paulo e Brasília, os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes (acima de 18%) diagnósticos psiquiátricos em adultos, constituindo o problema de saúde mental predominante nas regiões urbanas brasileiras (ALMEIDA FILHO et al., 1997).

Conforme a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), as seguintes condições fazem parte dos transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico (TP), agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, transtorno de ansiedade especificado e transtorno de ansiedade não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Anteriormente, na quarta edição do DSM (DSM-IV-TR), o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) estava incluído entre os transtornos de ansiedade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Contudo, na última edição do manual, o TOC foi inserido como um capítulo à parte, intitulado transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Essa separação aconteceu devido à necessidade de agrupar o TOC a outros transtornos relacionados, como, por exemplo, o transtorno dismórfico corporal, o transtorno de acumulação e a tricotilomania, entre outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O presente estudo tratará especificamente do TP com ou sem agorafobia e do TOC.

O TP e o TOC são doenças prevalentes que tendem à cronicidade (KESSLER et al., 2006; HOLLANDER; SIMEON, 2006). Estudos prévios confirmaram a eficácia do tratamento medicamentoso, sobretudo os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs) para ambas as condições (VOLPATO CORDIOLI, 2008a). No entanto, muitos

pacientes seguem sintomáticos mesmo utilizando a medicação indicada, apresentando recaídas ou somente remissão parcial dos sintomas. Assim, recomenda-se a associação do tratamento farmacológico à psicoterapia. Dentre as psicoterapias existentes, a TCC é a de primeira escolha com evidência de eficácia tanto para o TP (MANFRO et al., 2008) quanto para o TOC (VOLPATO CORDIOLI, 2008a). A TCC é breve, abrangendo em torno de 12 sessões, e tem boa resposta em curto (HELDT et al., 2003; VOLPATO CORDIOLI et al., 2003) e longo prazo (BRAGA et al., 2005; HELDT et al., 2006).

A TCC tem por objetivo corrigir os pensamentos catastróficos, os medos condicionados das sensações corporais e as evitações. A terapia baseia-se em tarefas nas quais os papéis desempenhados tanto pelo paciente quanto pelo terapeuta são ativos, podendo ser realizada individualmente ou em grupo (MANFRO et al., 2008). O sucesso do tratamento com a TCC também é determinado pela motivação e pela adesão às tarefas propostas (MEYER et al., 2010).

Embora a resposta aos tratamentos para o TOC e para o TP varie de indivíduo para indivíduo, a TCC reduz os sintomas em 70% ou mais dos portadores de TOC que aderem ao tratamento. Um ensaio clínico randomizado comparou pacientes que realizaram a TCC em grupo (TCCG) e com tratamento somente medicamentoso com sertralina. O resultado demonstrou que a TCCG obteve maior taxa de remissão total dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOUSA et al., 2006). Em outro estudo, a comparação foi entre TCC individual *versus* a TCCG e a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos foi similar nas duas terapias (JAURRIETA et al., 2008). No TP, os ensaios clínicos também comprovaram a eficácia da TCCG para pacientes refratários à medicação, com tamanho de efeito grande ($> 1,0$) (HELDT et al., 2003) e com impacto positivo na qualidade de vida após a terapia (HELDT et al., 2006).

Os grupos de terapia apresentam uma série de fatores considerados terapêuticos por facilitar a aprendizagem de novos comportamentos e pensamentos. Um grupo, além de se beneficiar com as técnicas específicas da terapia, oferece um ambiente no qual podem ocorrer interações entre o terapeuta e o paciente e entre os próprios integrantes do grupo (YALOM; LESZCZ, 2006). Sendo assim, além das técnicas utilizadas pelos profissionais, o próprio grupo funciona como instrumento de mudança, reforçando positivamente as modificações propostas. Além disso, é um ambiente que promove interação social e troca de experiências (HELDT et al., 2008; WESNER et al., 2014).

O processo terapêutico das terapias em grupo é complexo e resulta da interação de experiências humanas entre seus componentes, o que promove a mudança terapêutica. Define-se fator terapêutico como aqueles elementos da terapia que colaboram para melhorar a

condição de um paciente, advindo tanto das ações do terapeuta quanto das ações dos integrantes do grupo ou do próprio paciente. Os fatores terapêuticos ou fenômenos grupais são descritos como interdependentes, ocorrendo simultaneamente, e representam diferentes partes do processo de mudança. Alguns atuam ao nível da cognição e da emoção, enquanto outros agem sobre as mudanças comportamentais (HELDT et al., 2008). São descritos como fatores terapêuticos (YALOM; LESZCZ, 2006):

- *instilação de esperança*: trata-se da expectativa em conseguir melhorar, sendo crucial como motivação para iniciar qualquer terapia e nela se manter;
- *universalidade*: é a promoção de alívio dos pacientes ao perceber que não são os únicos a ter problemas e que não estão sozinhos para enfrentá-los;
- *orientação* (ou compartilhamento de informações): auxilia os pacientes a conhecer sua doença e a lidar melhor com ela através do aconselhamento, das sugestões ou orientações do terapeuta ou dos membros do grupo;
- *altruísmo*: é a sequência recíproca entre dar e receber ajuda, isto é, o paciente não se beneficia somente por receber, mas também pelo ato de dar ajuda aos outros integrantes;
- *reedição familiar* (ou recapitulação corretiva do grupo familiar primário): ajuda o paciente a reviver conflitos típicos de família, já que o grupo se parece com uma família em alguns aspectos (existem figuras de autoridade, figuras fraternas e revelações profundas, assim como sentimentos hostis e competitivos);
- *aprendizagem interpessoal – output* (ou desenvolvimento de técnicas de socialização): é o desenvolvimento de habilidades sociais básicas pela convivência em grupo;
- *identificação* (ou comportamento imitativo): é a possibilidade de os pacientes modelarem-se com base nos aspectos dos outros membros do grupo e do terapeuta, observando a forma que cada um tem de lidar com seus problemas;
- *aprendizagem interpessoal – input*: além de viabilizar os relacionamentos interpessoais entre os membros, possibilita a correção da experiência emocional por meio da exposição do paciente a situações que ele não conseguiu enfrentar no passado;
- *coesão*: é traduzida pelo bom relacionamento entre os membros, aceitando uns aos outros, incluindo o terapeuta. Um grupo estando coeso é capaz de acolher e de conter as angústias/necessidades de cada um e de todos;
- *catarse*: exerce função de alívio pelo fato de externar as emoções em ambiente grupal;

- *fatores existenciais*: abrangem todos os fatores relacionados à existência, à confrontação com a realidade da condição humana, como mortalidade, responsabilidade e liberdade, os quais tocam a sensibilidade dos pacientes;

- *autocompreensão*: propõe-se a facilitar a aceitação dos pacientes de aspectos sobre si antes negados inconscientemente, permitindo um resgate de questões reprimidas e rejeitadas por eles mesmos.

Estudos apontam a influência dos fatores terapêuticos no processo de tratamento por meio da utilização de técnicas cognitivo-comportamentais em grupo. Por exemplo, verificou-se que a coesão grupal e o suporte do terapeuta são essenciais para a melhora de pacientes com fobia social (TAUBE-SCHIFF et al., 2007). Em outro estudo, constatou-se a importância da universalidade e das aprendizagens interpessoais como fatores terapêuticos relacionados à resposta à terapia (CHOI; PARK, 2006). No entanto, em outro estudo, a coesão grupal não esteve relacionada à resposta a TCCG para pacientes com transtornos de humor e de ansiedade (OEI; BROWNE, 2006). Os fatores terapêuticos de grupo em TCCG específicos para pacientes com TP ou com TOC ainda não foram estudados.

O efeito dos vários fatores terapêuticos depende do tipo de terapia de grupo que é praticado, visto que os grupos diferem em termos de populações clínicas, objetivos e cenários terapêuticos. Um estudo recente, realizado com um grupo de apoio para familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), identificou a presença dos seguintes fatores terapêuticos: universalidade, coesão grupal, compartilhamento de informações, fatores existenciais e instilação de esperança (OLIVEIRA et al., 2008).

A relevância em investigar quais fatores terapêuticos decorrentes do formato de grupo é mais útil no tratamento de transtornos mentais está na possibilidade de orientar o terapeuta para a elaboração de estratégias efetivas e de melhorar a resposta à TCCG (CHOI; PARK, 2006; YALOM; LESZCZ, 2006). Por tal razão, esta pesquisa pretende identificar os fatores terapêuticos que ocorrem na TCCG para o TP e o TOC, além de verificar a associação entre os fatores encontrados na resposta à terapia. A hipótese do estudo é a de que a resposta à terapia pode ser influenciada pelos fatores terapêuticos que ocorrem durante as sessões desenvolvidas em grupo para TP e para TOC.

O interesse em realizar pesquisas deve-se à participação da autora como membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Ambulatorial e em Atenção Básica (GPEAMAB). O tema surgiu da prática clínica como coterapeuta dos grupos de TCC para TP e TOC, vinculado ao Programa de Enfermagem em Saúde Mental do Serviço de Enfermagem em

Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SESP-HCPA). Portanto, os resultados da presente pesquisa poderão repercutir na prática clínica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar o efeito dos fatores terapêuticos na resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com transtorno de pânico e para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores terapêuticos que ocorrem na terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com transtorno de pânico e pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo.
- Relacionar os fatores terapêuticos tanto à fase quanto às técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas nas sessões de grupo.
- Verificar a resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico e para transtorno obsessivo-compulsivo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Desde que um ser humano nasce, tem início a participação em grupo. Tristezas, alegrias, sucessos e fracassos são compartilhados em reuniões com familiares e amigos ao longo de toda a vida. No transcorrer do processo de civilização, o homem necessitou inserir-se em grupos para organizar-se socialmente em diversas atividades. A sociedade é diretamente influenciada pelos grupos sociais e depende do seu bom funcionamento para que haja prosperidade psíquica, física, espiritual e material de seus membros. Diferentes aptidões são desenvolvidas coletivamente, como habilidades interpessoais, desempenho de papéis socioculturais e participação em resoluções de problemas coletivos. Isso justifica o interesse de muitos autores em estudar e descrever os fenômenos decorrentes da constituição, do desenvolvimento e do declínio de grupos (BEHELLI; SANTOS, 2005).

3.1 Terapia de grupo

A terapia de grupo foi iniciada principalmente na década de 1940, fruto da alta demanda gerada por problemas psiquiátricos durante a Segunda Guerra Mundial, quando as equipes hospitalares eram escassas e aumentava a necessidade de tratamento. Nesse contexto, o grupo oferecia oportunidade de tratar um maior número de pessoas ao mesmo tempo, o que a torna até hoje uma modalidade de terapia de custo-benefício significativamente importante (YALOM; LESZCZ, 2006). As terapias grupais passaram por várias adaptações com o objetivo de ajustar-se às modificações da prática clínica. Simultaneamente ao surgimento de novas síndromes, novas teorias e pesquisas, ocorreram transformações das abordagens terapêuticas de grupo (MANFRO et al., 2008; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

Uma larga escala de estudos já evidenciou a eficácia das terapias de grupo em doenças psiquiátricas, como esquizofrenia (BECHDOLF et al., 2004), transtorno de pânico (HELDT et al., 2006; PRATS et al., 2014), fobia social (KNIJNIK et al., 2004, KNIJNIK, 2008; D'EL REY et al., 2008), transtorno obsessivo-compulsivo (VOLPATO CORDIOLI et al., 2003; SOUSA et al., 2006; BRAGA et al., 2010), transtorno do humor bipolar (COSTA et al., 2011), depressão (WUTHRICH; RAPEE, 2013), abuso de substâncias (FLORES; GEORGI, 2005; SOBELL; SOBELL, 2013), tabagismo (STEAD; LANCASTER, 2005) e dor crônica (THORN; KUHAJDA, 2006; LAMB et al., 2010), entre outros transtornos clínicos e psiquiátricos.

Para além do cenário psiquiátrico, outros grupos especializados também surgiram com o objetivo de funcionar como apoio. Um estudo pioneiro comprovou aumento da sobrevivência de pacientes com câncer de mama após participarem, durante longo período, de um grupo de apoio com orientação psicodinâmica (SPIEGEL et al., 1989). Também há descrições de grupos de autoajuda e de apoio para pessoas com HIV, esclerose múltipla, obesidade, doença de Parkinson, paraplegia, vítimas de abuso sexual, grupos para divorciados e para pessoas em luto (YALOM; LESZCZ, 2006).

A TCCG foi uma abordagem proposta desde o final da década de 1970, época em que os estudos descreviam a eficiência da TCC para a depressão (BECK et al., 1979). Hollon e Shaw (1979) escreveram mais precisamente sobre TCCG, concluindo que, além da abordagem individual, havia a possibilidade do desenvolvimento das técnicas cognitivo-comportamentais no formato grupal, visando principalmente oferecer tratamento a um maior número de pessoas (HOLLON; SHAW, 1979; BIELING; McCABE; ANTONY, 2008). Atualmente, a TCCG está incluída entre as terapias de grupo com evidência de eficácia constatada tanto em cenários específicos da psiquiatria quanto em contextos para tratamento de tabagismo, obesidade e dor crônica, tal como já foi mencionado.

Um estudo recente comparou um grupo de pacientes com TP que recebeu quatro sessões de reforço com técnicas cognitivas para promover a resiliência e a solução de problemas após terem concluído 12 sessões de TCCG para TP com outro grupo controle que também havia realizado o mesmo procedimento, embora as sessões de reforço tenham sido realizadas para hábitos de vida saudável. O resultado evidenciou que ambos os grupos obtiveram melhora significativa dos sintomas de ansiedade e depressão nas análises de seguimento, independentemente das técnicas aplicadas no seguimento pós-TCCG. Assim, os resultados apontaram para a possibilidade de que o efeito do formato da terapia em grupo seja um fenômeno igualmente determinante para as mudanças terapêuticas (WESNER et al., 2014).

De fato, a mudança terapêutica é um processo complexo, resultante das interações das experiências humanas que despontam na terapia de grupo e que influenciam as mudanças de vida dos participantes, denominadas de “fatores terapêuticos”. A complexidade do trabalho de grupo foi ilustrada em um grupo com oito membros interagindo intensamente, com queixas individuais e diferentes, com demandas emocionais diversas e com estruturas de caráter distintas. Os autores descrevem esse cenário para elucidar os desafios que enfrentam os terapeutas de grupo (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012). A cada grupo estabelecido, forma-se também uma nova entidade, com características e personalidade próprias. Assim, diferentes fatores terapêuticos podem atuar para a mudança terapêutica, sendo relevante

considerar a nova identidade de cada grupo que é formado (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

O estudo de Lazarus (1961), embora não tenha pesquisado especificamente esse tópico, menciona a interação dos fatores terapêuticos na terapia de grupo por ele observada. O autor comparou um grupo que recebeu intervenção com técnicas comportamentais (dessensibilização) a um grupo que recebeu intervenção interpretativa e a uma terceira modalidade de intervenção interpretativa somada a técnicas de relaxamento muscular. O perfil de pacientes estudados foi de fóbicos (acrofobia e claustrofobia) e de homens com disfunção sexual. Afora as técnicas utilizadas, o autor relata a influência positiva da catarse no grupo de fóbicos e da empatia (mais tarde chamada de “universalidade” por Yalom) no grupo de homens com disfunção sexual.

3.2 Fatores terapêuticos

Em 1995, foram propostos e nomeados os primeiros fatores terapêuticos definidos por Yalom e colaboradores (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012), os quais serão descritos a seguir.

- ***Instilação de esperança***

Semear e cultivar a esperança é fundamental em qualquer tipo de tratamento, especialmente em psicoterapias. Ter fé na possibilidade de melhora e crer na modalidade de tratamento influencia positivamente na recuperação da saúde física e psíquica, posto que contribui diretamente para a capacidade pessoal de superação, resiliência e resolução de situações de crise. Além disso, a esperança pode ser considerada como impulso para mudança de comportamento, possibilitando ao indivíduo sair do ciclo de sofrimento (CAVACO et al., 2010; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

Conforme demonstrado em pesquisa recente, eventos negativos de vida são relacionados a sintomas depressivos, e observou-se que a esperança funciona como atenuante dessa relação (VISSER et al., 2013). Contudo, nem todas as pessoas que atravessam fases difíceis ou traumáticas em sua vida apresentam sintomas de depressão, talvez devido às características de proteção individuais. Assim, a esperança é um dos traços presentes nessas características, sendo percebida como um moderador potencial da associação entre eventos negativos de vida e depressão. Esse estudo ainda ressalta que intervenções cognitivo-

comportamentais podem ajudar na identificação dos objetivos a serem atingidos e na superação da psicopatologia associada ao estresse da vida (VISSER et al., 2013).

Quanto à modalidade de terapia realizada em grupo, é fundamental que os terapeutas acreditem em si mesmos e na efetividade de seu grupo. Sugere-se, por esse motivo, que os terapeutas possam capitalizar a esperança dos pacientes como fator que alavanque a confiança e a crença na eficácia do tratamento. Em geral, os grupos de terapia integram pessoas que estão em diferentes níveis de esperança e expectativas, processo que é inerente ao formato grupal e que também demonstra a riqueza da terapia de grupo. Os membros terão contato considerável entre si, apresentando problemas na maioria das vezes semelhantes que irão melhorando ao longo do tratamento. Essa evolução conforta os indivíduos, que se apoiam uns aos outros no decurso da terapia, instilando maior esperança (YALOM; LESZCZ, 2006).

- ***Universalidade***

A maior parte dos pacientes, ao iniciar a terapia, vivencia a sensação de que seu problema é único e de que ninguém mais passa pela mesma situação. Ao perceberem essa impressão, os indivíduos tendem ao sentimento de solidão e ao isolamento social, dispondo de poucas oportunidades para a discussão e validação real dessas impressões. De fato, há uma parcela de verdade nessa sensação de singularidade, visto que grande parte dos pacientes enfrenta uma série de infortúnios em suas vidas, influenciada diretamente pelo conteúdo produzido pelo inconsciente do indivíduo (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

Contudo, especialmente nas primeiras etapas da terapia de grupo, é comum que os participantes surpreendam-se ao constatar que os demais membros também revelam problemas e dificuldades muito semelhantes às suas. Tal compreensão invalida a sensação de singularidade, reduz o sentimento de solidão e normalmente traz alívio. Identificar-se com o outro favorece a proximidade e a interação entre os membros do grupo (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

A universalidade foi um dos fatores mais destacados em sua relevância para a resposta positiva à TCCG no transtorno de ansiedade social (CHOI; PARK, 2006), bem como um dos fatores ressaltados em um grupo de terapia de apoio aos familiares de pessoas internadas em uma UTI (SANTOS et al., 2012). À medida que o participante vai descobrindo sua semelhança com os outros, o processo de compartilhamento de preocupações e dilemas torna-se mais explícito, o que promove a aceitação dos demais integrantes e facilita a ação de outro fator terapêutico denominado catarse (YALOM; LESZCZ, 2006).

- **Orientação**

Essa categoria pode ser subdividida em outras duas: a instrução didática e o aconselhamento. A instrução didática inclui as informações que o terapeuta fornece tanto sobre saúde mental e doenças mentais gerais quanto sobre o transtorno que está sendo o foco de tratamento no grupo. Ao término de uma terapia de grupo bem-sucedida, os participantes adquirem amplo conhecimento sobre o significado dos sintomas, o funcionamento psíquico e a própria terapia. Esse processo educacional costumava ser implícito, pois os terapeutas não apresentavam a instrução didática explicitada na terapia de grupo; hoje, porém, passou a ser mais bem formulado, compilando as ações educativas em um termo formal chamado psicoeducação (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

A psicoeducação é uma ferramenta conhecida na abordagem cognitivo-comportamental, tanto individual quanto em grupo. Trata-se de um recurso de alto impacto no sucesso do tratamento. Um estudo que avaliou a repercussão da psicoeducação aplicada por enfermeiros em pacientes com dor crônica que apresentavam sintomas depressivos associados observou melhora significativa para ambos os aspectos mentais e físicos (SALVETTI et al., 2012). Os autores enfatizaram a necessidade da psicoeducação, fazendo ampliar sua aplicação do campo da psiquiatria para o contexto de doenças crônicas como *diabetes mellitus*. Em outro estudo, foi ressaltada a importância da psicoeducação para o paciente e para os terapeutas que trabalham principalmente sua empatia em relação ao outro (GNANAVEL; ROBERT, 2014).

Outros tipos de grupos também incentivam a orientação, como os grupos de autoajuda, em que comumente é estimulada a troca de informações. Nesse tipo de grupo, não é obrigatória a condução por um especialista, embora possa ser convidado para esclarecer dúvidas e dividir conhecimento com os participantes. Nesse sentido, a instrução didática é desenvolvida de várias formas: transmitindo-se informações, corrigindo-se padrões de pensamentos errôneos ou autodestrutivos, estruturando-se o grupo e instruindo-se sobre a doença em foco (YALOM; LESZCZ, 2006).

Ao contrário da instrução didática conduzida pelo terapeuta, o aconselhamento direto acontece invariavelmente em qualquer terapia de grupo. É comum a um grupo que seus participantes emitam opiniões sobre como o outro deve portar-se ou reagir em determinadas ocasiões, o que possivelmente se refletirá no grau de intimidade desenvolvido pelos integrantes. Raramente os conselhos específicos implicam algum benefício direto ao paciente; contudo, indiretamente demonstrarão o cuidado e o interesse mútuo, sendo benéficos não por seu conteúdo, mas por sua solidariedade e presteza. Alguns grupos que não se focam nas

inter-relações entre os membros, como grupos de preparação para alta hospitalar e de alcoólicos anônimos, utilizarão o recurso do aconselhamento, compartilhando sugestões e orientações efetivas para a recuperação (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

- ***Altruísmo***

Quando uma pessoa ingressa em uma terapia de grupo, a sensação de baixa autoestima e desvalia desponta com frequência. Em especial no início de uma terapia de grupo, os pacientes demonstram que são úteis uns aos outros, sobretudo pelo fato de compartilhar angústias e dificuldades ou de dividir informações pessoais. Não raro, o sentimento de identificação pelo sofrimento do outro é recíproco e, por isso, os membros do grupo oferecem seu apoio mutuamente. Para o indivíduo que se sente desmoralizado, a experiência de ser útil para os outros pode ser gratificante e compensadora. Ser altruísta, particularmente para quem gasta muito de sua energia psíquica com pensamentos mórbidos e autodestrutivos, enobrece a ponto de aumentar a autoestima (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

A terapia grupal difere-se justamente por ser a única a oferecer aos participantes a possibilidade de ajudar outras pessoas, estimulando a inversão de papéis: ora cuidador, ora paciente. Não é incomum que os membros aceitem mais facilmente as sugestões de outros membros do que as do próprio terapeuta, já que, para muitos deles, o terapeuta representa um profissional que recebe para exercer tal função, enquanto os outros integrantes representam o mundo real para quem podem contar suas reações, seus comentários espontâneos e sinceros. Os pacientes costumam atribuir sua melhora não apenas ao terapeuta, mas também aos membros do grupo de que participaram (YALOM; LESZCZ, 2006).

- ***Reedição familiar***

O grupo familiar é o primeiro e mais importante grupo de uma pessoa. Todavia, as vivências familiares dos pacientes, em grande parte dos casos, são descritas com descontentamento e as histórias de insatisfação com a família primária são constantes. O grupo de terapia contempla muitos aspectos semelhantes aos de uma família, já que conta com figuras de autoridade/parentais e figuras fraternas como as de irmãos, além de oferecer um ambiente propício para a manifestação de confissões pessoais íntimas, emoções e intimidades profundas, da mesma maneira que sentimentos de hostilidade e competição (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

Por essa razão, é interessante que a terapia de grupo seja liderada por um homem e uma mulher, remetendo à configuração parental. Podem ocorrer desconfortos iniciais nas inter-relações terapeutas/participantes, mas tais situações serão superadas no transcorrer das sessões. É comum que os membros interajam com os líderes e os demais integrantes de maneira semelhante àquela que se relacionam com seus pais e irmãos, o que proporciona diversas possibilidades de reedição familiar. O mais importante nas interações de um grupo não é somente reviver os conflitos familiares prévios, mas que esses conflitos sejam essencialmente revividos de forma corretiva, isto é, que haja uma reedição de experiências negativas (YALOM; LESZCZ, 2006).

- ***Aprendizagem interpessoal - output***

As habilidades sociais básicas são um fator da aprendizagem social presente em todas as terapias de grupo. Há uma diversidade de habilidades sociais que são ensinadas, e isso dependerá de cada tipo de grupo. Por exemplo, em grupos de tratamento para fobia social, utilizam-se com frequência de técnicas de TCC que simulam um diálogo informal, pedindo ao paciente que aborde algum colega do grupo como se fosse convidar alguém para sair a fim de estimular a exposição. Além das técnicas específicas para o treino de habilidades sociais que são utilizadas em alguns grupos, independentemente do tipo de grupo, naturalmente ocorre o processo de desenvolvimento da socialização (YALOM; LESZCZ, 2006).

Por exemplo, um membro do grupo pode descobrir que, quando está conversando com alguém, tem a tendência a evitar olhar diretamente nos olhos da pessoa. O grupo, muitas vezes, fornece informações importantes sobre comportamentos desajustados, facilitando a sua correção. Para indivíduos solitários ou com dificuldade de interação social, o grupo representa uma rica oportunidade de socialização, já que os participantes têm a possibilidade de se vincular, trocar experiências e minimizar o sentimento de solidão (YALOM; LESZCZ, 2006).

- ***Identificação***

Embora a importância desse fator terapêutico seja difícil de ser mensurada, sabe-se que há grande influência do terapeuta sobre seus pacientes, tanto no formato individual quanto no formato grupal. Os pacientes podem vir a modelar seu comportamento e até mesmo seus pensamentos ao observar e imitar o terapeuta, seja em sua forma de sentar, de caminhar e ou de se comunicar. Em um grupo, a identificação (ou comportamento imitativo) pode estar permeada pelas influências dos terapeutas e dos demais membros. Ao analisar como os outros

lidam com seus problemas, o indivíduo aprende novas alternativas de resolução (YALOM; LESZCZ, 2006).

A título de exemplo, uma participante tímida pode observar outra mulher do grupo que apresenta melhora ao longo da terapia e, então, espelhar-se nela e experimentar novas formas de comportamento que lhe pareçam mais adaptativas. Mesmo que o comportamento adotado seja passageiro, esse fator terapêutico ajuda a flexibilizar o indivíduo na tentativa de modificar-se e a perceber que pode testar novas maneiras de portar-se (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

- ***Aprendizagem interpessoal - input***

Trata-se de um mecanismo potente para a mudança na terapia de grupo, uma vez que o grupo reúne pessoas distintas que têm o desejo de transformar algo em si ou sua situação. Essa oportunidade permite que cada integrante do grupo disponha de uma série de interações interpessoais particulares que podem ser exploradas. As experiências e as ações são resultado das influências mútuas advindas das interações em campo social, ou seja, o indivíduo experimenta a si próprio como alguém que também é inundado pelas ações do outro. Devido à sua complexidade, esse fator terapêutico exige habilidade por parte dos terapeutas. Para contextualização, convém analisar três ideias subjacentes: a importância das relações interpessoais, o grupo como microcosmo social e a aprendizagem por meio de padrões comportamentais no microcosmo social (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

- Importância das relações interpessoais: os indivíduos comprometidos com a vida social buscam a aceitação interpessoal como forma de sentirem-se seguros, o que acontece devido ao longo período de sensação de impotência vivido na primeira infância. No intuito de assegurar-se de sua aceitação interpessoal, a criança salienta os comportamentos que obtêm aprovação ou que atingem os objetivos pretendidos, ao passo que evita aqueles que lhe causam punição e reprovação. Logo, a formação da personalidade de um indivíduo é fortemente moldada pelas interações com outras pessoas significativas. O surgimento da psicopatologia acontece quando as interações são distorcidas de modo a desconectar a percepção sobre o outro e a maneira como se reage a ele. O terapeuta abordará a patologia resultante de um agrupamento de sintomas e irá traduzi-los para linguagem interpessoal. Por exemplo, o terapeuta raramente abordará a depressão de maneira direta; em vez disso, ele criará relação com a pessoa que está deprimida, identificando os problemas interpessoais decorrentes

da depressão para então, em conjunto, poderem entender os sintomas e a doença a fim de tratá-los (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

- Grupo como microcosmo social: passado algum tempo, já com maior familiaridade, os membros do grupo passam a interagir uns com os outros, tal como se relacionam livremente com pessoas fora do grupo, criando o mesmo tipo de mundo interpessoal em que convivem do lado de fora do grupo. Nessa perspectiva, o grupo também é um espaço que representa um microcosmo social para o paciente (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).
- Aprendizagem por meio de padrões de comportamento no microcosmo social: a união desses conceitos previamente descritos tem relação entre si e compõe a aprendizagem interpessoal, uma importante ferramenta de mudança trabalhada pelo terapeuta. Nesse percurso, a psicopatologia torna-se mais evidente e as interações distorcidas mais claras, o que transforma o grupo em um microcosmo social onde cada participante apresenta seu desajuste na relação com terceiros. Por consequência disso, cada membro do grupo busca um retorno dos colegas para a identificação de seus processos disfuncionais até alcançar de fato a mudança de comportamento interpessoal. A aprendizagem interpessoal - input é um dos fatores terapêuticos que mais facilita a mudança terapêutica, especialmente em grupos de interação de longo prazo (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

- ***Coesão***

A coesão grupal é considerada como pré-condição para o êxito de uma terapia de grupo. Apesar de muitos fatores estarem envolvidos, o relacionamento terapêutico coeso entre todos os membros do grupo, incluindo os terapeutas, é uma condição determinante para o sucesso da terapia. Um bom vínculo, por si só, auxilia na correção de crenças depressivas e distorções cognitivas; a ausência de vínculo, ao contrário, é ineficaz e inclusive nociva ao paciente (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

Resultado de todas as forças atuantes sobre os membros, a coesão é uma potência que facilita a sensação de pertencimento ao grupo. A afinidade dos participantes ao seu grupo faz com que permaneçam como integrantes, contribuindo para a afetividade entre eles, além de favorecer os sentimentos de conforto e amparo (YALOM; LESZCZ, 2006). Entretanto, a coesão grupal não é um fator terapêutico suficiente por si só; ela é uma condição para que

todos os outros fatores já mencionados desenvolvam-se de maneira satisfatória em termos terapêuticos (YALOM; LESZCZ, 2006).

Estudos já comprovaram a efetividade da coesão grupal nas terapias de grupo (CHOI; PARK, 2006; SANTOS et al., 2012). Além disso, muitas pessoas beneficiam-se mais das psicoterapias de grupo do que das individuais, já que fazer parte de um grupo aumenta a autoestima, encorajando a autonomia e a responsabilidade. À medida que cada integrante colabora para o bem-estar do grupo, prospera a sintonia da coesão grupal (YALOM; LESZCZ, 2006).

Um grupo coeso também motiva a assiduidade, o comprometimento de seus membros e a participação ativa, produzindo maior disposição para as modificações necessárias e positivas na vida dos participantes (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

- ***Catarse***

Desempenha um importante e complexo papel no processo terapêutico. Embora esteja envolvida em todos os fenômenos que ocorrem no decurso de um grupo, associa-se especialmente aos fatores de universalidade e coesão grupal. A catarse representa o desabafo, o ato de externar as emoções, proporcionando sensação de alívio. No entanto, a promoção desse fator terapêutico isoladamente não tem poder suficiente para incitar a mudança nos indivíduos, visto que ao longo da vida muitas vezes se sofre descargas emocionais, ou seja, sentimento negativos e positivos são expressos, porém não suscitam nenhuma transformação duradoura (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

Compartilhar os sentimentos que fazem parte do mundo interior e ainda ser aceito pelos membros do grupo após a exteriorização é um fundamental reforço positivo para o paciente que se sente desencorajado e inaceitável. Somando-se o conjunto de todos os fatores, incluindo a catarse, é que a terapia de grupo revela-se como uma experiência emocional corretiva e capaz de promover mudanças significativas aos participantes (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

- ***Fatores existenciais***

Compreender a existência humana não é tarefa fácil. Questionamentos sobre os aspectos existenciais transcorrem durante a vida dos seres humanos e perpassam questões representadas pelo reconhecimento da morte, pela responsabilidade sobre o seguimento da vida, pelo isolamento básico inerente a essas circunstâncias e pela busca de um significado à

vida. Todas essas incertezas fazem-se presentes durante o existir, constituindo um tema de difícil abordagem, inclusive para os terapeutas (YALOM; LESZCZ, 2006).

Os conflitos existenciais usualmente emergem na terapia de grupo – por vezes de maneira explícita e, por outras, de maneira implícita. Em dado momento da vida, os indivíduos percebem que, independentemente do quanto se aproximem das pessoas, deverão resolver seus problemas sozinhos e que nem sempre a vida é justa, incluindo a solidão do morrer, pois não existe saída da vida para a morte. Tomar ciência completa de suas atitudes e da maneira como conduz sua vida, mesmo com apoio e orientação dos outros, ainda assim sempre será de total responsabilidade do indivíduo.

Questões como essas costumam ser evitadas; porém, quando os membros do grupo entendem que há limites no apoio que recebem do outro, aprendem que, apesar de serem próximos uns aos outros, a vida impõe a necessidade de pró-atividade, responsabilidade, enfrentamento e, sobretudo, aceitação de fatos como a morte. Ao aceitar verdadeiramente esses processos, as pessoas terão maior facilidade para enxergar os pontos problemáticos da vida e, assim, tornar triviais as banalidades. O entendimento dos fatores da existência é capaz de promover mudança terapêutica (YALOM; LESZCZ, 2006).

- ***Autocompreensão***

Trata-se de uma categoria que está presente de forma inconsciente. Permite a compreensão intelectual da relação entre o passado e o presente. É representada pela aceitação de elementos sobre o “eu mesmo” que anteriormente eram desconhecidos ou até inaceitáveis pela própria pessoa. Em razão desse fator terapêutico, com frequência, os membros descobrem pontos positivos em si mesmos como habilidade para cuidar de outra pessoa, capacidade de relacionar-se intimamente e de sentir compaixão. Também podem vir à tona revelações de aspectos negativos, vergonhosos e primitivos (YALOM; LESZCZ, 2006).

Um indivíduo em terapia normalmente busca crescimento pessoal e autoconhecimento. Nesse sentido, o fator autocompreensão facilita um acesso integral sobre si, aumentando o senso de apropriação de si mesmo. A abordagem de psicoterapia em grupo pode ser trabalhada de modo a estimular os membros à formação de um ambiente solidário, o qual promova melhor autocompreensão e possibilidade de mudança através do reconhecimento e da integração de parte positivas e negativas de si (YALOM; LESZCZ, 2006). Esse fator terapêutico propõe-se a facilitar a aceitação dos aspectos sobre si antes negados inconscientemente, permitindo um resgate de questões reprimidas e rejeitadas por eles mesmos (YALOM; LESZCZ, 2006).

3.3 Transtorno de pânico

O TP é uma doença frequente, com curso crônico, que comumente se manifesta no final da adolescência ou no início da vida adulta, período em que se processam escolhas de vida (MANFRO et al., 2008). Afeta de duas a três vezes mais as mulheres do que os homens, podendo acometer até 3,5 % da população em geral ao longo da vida (KESSLER et al., 2006).

É caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade que consistem em um período breve 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). Apresenta tanto sintomas físicos – palpitação e taquicardia, dor torácica, sudorese, tontura, tremores, falta de ar, calafrios, parestesias, desconforto estomacal, náusea – quanto 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 normalmente são seguidos de ansiedade antecipatória, isto é, medo de sofrer uma nova crise e/ou apreensão persistente sobre consequências dos ataques de pânico e de esquiva fóbica (evitação de lugares ou de situações nas quais já tenha ocorrido um ataque de pânico) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O TP está relacionado a um 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 (MANFRO et al., 2008). As taxas de comorbidades com depressão e outros transtornos de ansiedade são altas e influenciam negativamente o curso da doença (YATES, 2009).

Embora a etiologia do TP não seja totalmente conhecida, pesquisas sobre as bases biológicas vêm sendo realizadas há muitos anos. Algumas teorias biológicas das décadas de 1960 e 1970 indicaram aumento do tônus do sistema nervoso simpático e alterações no sistema de quimiorregulação de pessoas com TP, observando também modificação no mecanismo ácido-base se comparadas às pessoas sem TP (EHLERS et al., 1986; GORMAN et al., 1983; GORMAN et al., 1984; GORMAN et al., 1985; CARR; SHEEHAN, 1984).

Nesse período, as pesquisas avaliaram a ocorrência dos ataques de pânico induzidos pela inalação de dióxido de carbono (CO₂) e pela administração de lactato, conforme demonstrado pelo estado de hipocapnia (redução de CO₂ no sangue). Analisou-se que pacientes com TP apresentavam maior sensibilidade aos efeitos da inalação de CO₂ e à administração de lactato, o que sugeria que o TP pudesse então ser uma doença biológica

(LIEBOWITZ et al., 1984; LIEBOWITZ et al., 1985; FINK; TAYLOR; VOLAVKA, 1969; HASLAM, 1974; LAPIERRE; KNOTT; GRAY, 1984). Embora os estudos tenham apontado que o lactato e o CO₂ pudessem reproduzir os sintomas do pânico, os dados foram inconclusivos, suscitando a necessidade de maior explanação sobre o tema (FREEDMAN et al., 1984; CARR; SHEEHAN, 1984; GORMAN et al., 1985).

O estudo que avaliou a atividade cerebral frontal no TP verificou que o lobo frontal à direita nos indivíduos com TP mostrava ativação reduzida se comparado ao lobo frontal à esquerda. Além disso, em resposta aos estímulos de ansiedade e estresse, ocorriam reações mais aversivas e negativas, assim como maior produção de pensamentos de ruminação. Tais reações não foram observadas ou foram insignificantes no grupo controle sem TP. Esse resultado indica a resposta biológica para as reações de evitação e fuga em pacientes com TP frente às situações ansiogênicas (WIEDEMAN et al., 1999).

Em 2000, um estudo revisou a hipótese neuroanatômica de 1989 sobre o TP, na tentativa de entender como dois tratamentos aparentemente distintos poderiam ter a mesma eficácia, referindo-se ao tratamento farmacológico e à TCC (GORMAN et al., 2000). A primeira hipótese inferiu que o ataque de pânico em si é derivado do *loci* no tronco cerebral que envolve as transmissões serotoninérgica/noradrenérgica e o controle respiratório. Além disso, a ansiedade antecipatória surge da ativação de estruturas da área límbica e a atividade da região pré-cortical é responsável pelo comportamento de evitação fóbica. A hipótese também afirmou que o tratamento farmacológico desempenhava efeito terapêutico por meio da normalização da atividade do tronco cerebral para os indivíduos com TP, enquanto a TCC exerce função ao nível cortical (GORMAN et al., 2000).

De acordo com a teoria revisada em 2000, os indivíduos com TP herdaram uma sensibilidade especialmente no mecanismo do medo, no sistema nervoso central, cujo centro está situado no núcleo da amígdala cerebelosa, incluindo o hipocampo, o tálamo e o hipotálamo, bem como a região cinzenta parabraquial, o *locus ceruleus* e alguns outros sítios cerebrais. Nesse caso, medicamentos como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs) podem reduzir os ataques de pânico ao diminuir a atividade da amígdala e ao interferir na capacidade de estímulo dos locais de projeção tanto no hipotálamo quanto no tronco cerebral. Já a TCC, teoricamente, exerce função sobre a amígdala cerebelosa ao reduzir a evitação fóbica pelo condicionamento do medo aprendido ao nível do hipocampo e ao diminuir as interpretações cognitivas, bem como as reações emocionais disfuncionais através do reforço da capacidade do córtex pré-frontal medial na inibição da atividade da amígdala (GORMAN et al., 2000).

Outras teorias relacionadas às teorias biológicas também têm espaço nos estudos relativos ao TP. A hipótese cognitiva propõe que pessoas com TP tendem a formular interpretações cognitivas catastróficas, especialmente das sensações corporais (palpitação, falta de ar, tontura, etc.). Assim, quando em estado de ansiedade, os indivíduos com TP interpretam negativamente as reações fisiológicas que o corpo apresenta em situações de estresse. A excitação fisiológica age como gatilho para as interpretações negativas dessas reações corporais, sugerindo que a interpretação cognitiva distorcida seja o que de fato provoca os ataques de pânico mais do que somente as reações corpóreas. As interpretações distorcidas levam o indivíduo a perceber essas sensações corporais como uma ameaça de perigo mais exageradamente do que na realidade são, como, por exemplo, perceber a palpitação como um indício de ataque do coração. Diferentes estados emocionais – e até mesmo a realização de exercícios físicos – podem provocar reações físicas, dando vazão a interpretações cognitivas catastróficas (CLARK, 1986).

As limitações dessa teoria, porém, são questionadas. Apesar da ocorrência de cognições catastróficas em pessoas com TP, não está totalmente claro se essas cognições negativas possam de fato provocar as crises de pânico, nem explica o primeiro episódio de ataque de pânico espontâneo ou inesperado. Além disso, tal modelo teórico não diferencia os estados emocionais de ansiedade do pânico propriamente dito (BOUTON; BARLOW; MINEKA, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007).

A teoria da sensibilidade à ansiedade sugere que alguns indivíduos apresentam traços vulneráveis à ansiedade e medo dos sintomas relacionados à ansiedade, especialmente as pessoas com TP (REISS, 1991; TAYLOR, 1995). Essa hipótese fundamenta-se na crença de que a ansiedade e os sintomas associados, em particular os sintomas somáticos, podem causar consequências nocivas à saúde física, psicológica e social, o que se estende a um desconforto físico maior como uma crise de ansiedade ou o ataque de pânico em si.

Salienta-se, conforme tais premissas, que os indivíduos com TP estão, muitas vezes, conscientes das causas de suas sensações físicas; portanto, não as interpretam erroneamente e assustam-se com o que os sintomas físicos podem representar à sua saúde física e mental. Os teóricos cognitivos defendem que, nesse caso, as sensações ou as consequências imediatas (desmaio, ataque do coração) é que são mal-interpretadas. As duas hipóteses enfatizam diferentes pontos ao considerar a consequência das sensações físicas. Sendo assim, a hipótese cognitiva defende a ideia de desastre iminente (interpretação catastrófica), enquanto a sensibilidade à ansiedade ressalta que o medo dos sintomas pode acumular-se ao longo do tempo (BOUTON; BARLOW; MINEKA, 2001).

Algumas evidências clínicas observaram ataques de pânico precedidos de fatores estressores, ou seja, eventos negativos de vida. Desse modo, perda ou doença grave de um ente querido, separações, dificuldades conjugais e familiares são situações relatadas como prévias ao primeiro ataque de pânico (MANFRO et al., 1996). Um ataque de pânico inesperado pode fazer o indivíduo predisposto a desenvolver a doença antecipar-se apreensivamente a respeito de quando um próximo ataque de pânico poderá ocorrer. A ideia de que um ataque de pânico represente uma ameaça pode fazer com que a pessoa reaja com medo exagerado a situações que não oferecem perigo real (chamado de “alarme falso”). O indivíduo rapidamente associa a emoção – nesse caso, o medo – a um alarme falso, o que dificulta a diferenciação das ameaças reais das irreais. Quando esses alarmes, verdadeiros ou falsos, são associados a fatores externos ou internos, passam a chamar-se de “alarmes aprendidos”. Na verdade, a pessoa é capaz de aprender o medo (BOUTON; BARLOW; MINEKA, 2001).

O indivíduo que apresenta predisposição para o desenvolvimento do TP, seja por ter um temperamento ansioso, seja por ter vivenciado experiências precoces de perda de controle, pode ativar componentes panicogênicos devido à sensibilidade à ansiedade (medo dos sintomas físicos, reações corporais), podendo estar ligado também à experiência respiratória aversiva prévia, o que desencadeia os pensamentos catastróficos e o ataque de pânico. Após a ativação de reações fisiológicas, o indivíduo adota medidas de evitação para redução da ansiedade e das cognições ansiogênicas, fazendo cessar o ataque de pânico. Esse modelo foi revisado recentemente e contempla fatores biológicos, cognitivos e comportamentais (FAVA; MORTON, 2009). Os autores explicam que, nesse modelo, a vulnerabilidade biológica e as experiências vividas desde o desenvolvimento na infância podem ser fatores que contribuem para maior sensibilidade à ansiedade e maior tendência para exagerar as reações frente às ameaças de perigo externo. Por essa razão, predispõem ao desencadeamento do TP (PILECKI; ARENTOFT; McKAY, 2011).

A teoria cognitivo-comportamental, por sua vez, observa que a pessoa reagirá com comportamento equivocado de evitação fóbica em resposta às interpretações cognitivas distorcidas acerca de uma ameaça irreal (interpretação catastrófica). Em pouco tempo, esses pensamentos catastróficos tornam-se automáticos e involuntários, sendo desencadeados por qualquer estímulo, seja externo ou interno, associado à interpretação distorcida memorizada anteriormente (alarme aprendido). Como consequência, a pessoa passa a esquivar-se de sensações ou situações que lhe pareçam ameaçadoras, dificultando-lhe a distinção dos medos lógicos dos ilógicos. O comportamento de esquiva fóbica e a hipervigilância costumam

comprometer as habilidades sociais e interpessoais, incapacitando o indivíduo para a execução de tais papéis. As interpretações cognitivas errôneas e os comportamentos equivocados contribuem para a manutenção do ciclo da doença, facilmente recaindo sobre um novo ataque de pânico (MANFRO; HELDT; VOLPATO CORDIOLI, 2008; MANFRO et al., 2008).

Considerando que o presente estudo centrará sua atenção na teoria cognitivo-comportamental, serão apresentadas a seguir as técnicas utilizadas durante a TCC.

- ***Técnicas cognitivo-comportamentais para o TP***

As técnicas da TCC consistem em corrigir as distorções do pensamento por meio de técnicas cognitivas que oferecem novas alternativas para as interpretações catastróficas, bem como técnicas comportamentais com objetivo de modificar o comportamento evitativo aprendido que, por sua vez, mantém o transtorno. Podem ser desenvolvidas tanto em terapia individual quanto em formato de grupo.

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. O indivíduo conscientiza-se dos sintomas e das suas formas de manifestação, passando a encará-los de forma diferente daquela à qual já estava habituado. A psicoeducação é uma abordagem educativa: juntos, terapeuta e paciente irão montar o ciclo da doença explanando sobre ansiedade, sintomas e, principalmente, compressão cognitiva do medo. Em geral, essa etapa ocorre no início do tratamento terapêutico, mas pode ser retomada quantas vezes for necessário 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 (MANFRO et al., 2008).

Os sintomas interoceptivos são as sensações físicas internas expressas por quem sofre TP em momentos de maior ansiedade ou então em um ataque de pânico. A exposição interoceptiva é 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 (MANFRO et al., 2008; MANFRO; HELDT; VOLPATO CORDIOLI, 2008).

Para a correção dos comportamentos de evitação fóbica, a principal ferramenta é a exposição *in vivo*, utilizada para reformular as diferentes estratégias que os pacientes adotam para esquivar-se de situações que temem em função do TP e que geralmente estão ligados 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). 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 (exposição *in vivo*). 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 (MANFRO et al., 2008; MANFRO; HELDT; VOLPATO CORDIOLI, 2008).

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 recalcular as probabilidades, que têm a função de corrigir os cálculos errados

que os pacientes fazem sobre as chances de um incidente desastroso vir a acontecer de fato (MANFRO et al., 2008; MANFRO; HELDT; VOLPATO CORDIOLI, 2008).

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. 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”) (MANFRO et al., 2008; MANFRO; HELDT; VOLPATO CORDIOLI, 2008).

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 relembrar as técnicas aprendidas, como respiração diafragmática e questionamento socrático (“Respire fundo”; “A ansiedade passa em poucos minutos”; “O que de pior pode acontecer?”) (MANFRO et al., 2008; MANFRO; HELDT; VOLPATO CORDIOLI, 2008).

3.4 Transtorno obsessivo-compulsivo

O TOC, que também tende à cronicidade, tem prevalência de 2,5% (HOLLANDER; SIMEON, 2006). A sintomatologia apresentada é heterogênea e costuma iniciar-se no final da adolescência ou ainda na infância, raramente iniciando após os 40 anos de idade. Caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões, as quais consomem tempo ou interferem significativamente nas rotinas diárias do indivíduo, em sua atividade laboral, em sua vida familiar ou social, causando sofrimento (VOLPATO CORDIOLI, 2008a; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As obsessões incluem pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e inadequados, causando intensa ansiedade ou aflição. Tais pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações com problemas da vida real; ao contrário, são preocupações excessivas. Repetidamente, a pessoa tenta ignorar ou suprimir as obsessões, ou neutralizá-las com algum outro pensamento ou ação. O indivíduo

reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivos são produzidos por sua própria mente. As compulsões envolvem comportamentos repetitivos, rituais (lavar as mãos, organizar, checar) ou atos mentais (orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente obrigada a executar em resposta a uma obsessão, ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou diminuir o sofrimento, ou evitar algum evento ou situação temida; no entanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm conexão realista com o que pretendem neutralizar ou evitar, sendo nitidamente exagerados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A etiologia do TOC ainda não está claramente definida. Há evidências de que fatores biológicos, psicológicos e ambientais estejam envolvidos no desenvolvimento dessa condição (PAULS et al., 2014). Doenças de origem biológicas foram relacionadas ao TOC, como epilepsia do lobo temporal, doença de Crohn, lúpus eritematoso (doença autoimune) e processos infecciosos. Considerando-se os fatores ambientais, existem evidências de que o estresse perinatal pode estar associado ao surgimento dos sintomas na infância (STEWART; PAULS, 2010). Em estudos de neuroimagem, foi observada a hiperatividade dos lobos frontais e dos gânglios basais (especialmente no caudado e no cíngulo) em pessoas com TOC. O aumento dessa atividade pareceu estar mais associado às vias corticoestriadas do que às vias para a amígdala. As pesquisas com eletroencefalograma (EEG) de sono revelaram semelhança do TOC ao transtorno depressivo no que diz respeito à alteração apresentada durante o exame, especificamente a redução da latência para o sono junto a movimentos rápidos dos olhos (SADOCK; SADOCK, 2007).

Outro fator biológico inclui a desregulação do sistema serotoninérgico. Alguns ensaios clínicos sustentam a hipótese de que a serotonina esteja envolvida na origem das obsessões e compulsões, haja vista que medicamentos serotoninérgicos são mais eficazes do que aqueles que implicam outros neurotransmissores (SADOCK; SADOCK, 2007; SHANAHAN et al., 2011). Além disso, em estudo recente, também foi demonstrado que existe uma desregulação neuroquímica do neurotransmissor glutamato em pacientes com TOC e que esse fato poderia contribuir para a fisiopatologia do transtorno (PITTENGER; BLOCH; WILLIAMS, 2011).

Estudos genéticos apontaram que há maior prevalência do transtorno em pessoas da mesma família, isto é, há maior vulnerabilidade de desenvolver o TOC entre familiares, considerando-se os aspectos genéticos (PAULS et al., 2014). A estimativa aumenta quando as pesquisas partem da observação em irmãos gêmeos. Quando um dos irmãos é portador de TOC na infância, o que gira em torno de 45% a 65% (estimativa de herdabilidade) dos casos, o outro irmão também desenvolve a doença. Cerca de 27% a 47% dos pacientes terão esse

quadro na fase adulta (STEWART; PAULS, 2010). Também é comum a coexistência de outros transtornos de ansiedade entre os portadores de TOC, como TP e transtorno de estresse pós-traumático. A comorbidade mais frequente é a depressão, que está associada a 54% dos casos (CRINO; SLADE; ANDREWS, 2005).

Recentemente um estudo de revisão direcionou-se para um modelo integrativo de causas do TOC, considerando os fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais. A pesquisa apontou a soma da influência ambiental, como sofrimento perinatal, estresse, trauma e neuroinflamação à vulnerabilidade genética, sendo os fatores ambientais verdadeiros gatilhos para o desenvolvimento da doença. Ambas as situações culminam na desregulação neuroquímica dos neurotransmissores glutamato, serotonina e dopamina, que agem sobre o tálamo, o córtex e o corpo estriado, cuja alteração pode provocar sintomas obsessivos compulsivos das dimensões de simetria, contaminação, acumulação e pensamento rígido (PAULS et al., 2014).

Assim como os achados biológicos, a teoria comportamental do TOC é amplamente discutida. Conforme esse modelo, as obsessões são consideradas estímulos internos que antes eram neutros e que, em decorrência de experiências negativas, foram associados à ansiedade, gerando o chamado condicionamento clássico. Se em resposta ao surgimento de um pensamento intrusivo (obsessão) de conteúdo negativo ou catastrófico o indivíduo pratica algum ritual (compulsão) ou esquiva-se para aliviar sua ansiedade, estará reforçando o comportamento disfuncional, ou seja, estará perpetuando a ligação entre a obsessão e a compulsão. Essas estratégias adotadas para a obtenção do alívio imediato impedem a exposição e por consequência a habituação, favorecendo a tendência de o indivíduo repetir diversas vezes tais comportamentos para aliviar-se. Esse ciclo é chamado de condicionamento operante. A repetição do comportamento de esquiva e as compulsões reforçam a manutenção do transtorno (SALKOVSKIS, 1999; VOLPATO CORDIOLI, 2008a).

Um dos primeiros experimentos comportamentais bem-sucedidos para o tratamento do TOC foi realizado por Victor Meyer em 1966. A proposta do exercício é a exposição direta do indivíduo com TOC à evocação de estímulos ansiogênicos e, em seguida, prevenir a realização dos rituais compulsivos. Esse procedimento foi denominado de exposição e prevenção de resposta (EPR); sua eficácia, já estudada, comprovou que 63% dos casos de TOC tratados com essa técnica obtiveram algum resultado positivo, alcançado em 14 sessões de exercícios (ABRAMOWITZ, 1996; ABRAMOWITZ; FOA; FRANKLIN, 2003).

Em decorrência da repetição dos exercícios de EPR, observou-se que a intensidade da ansiedade e o impulso para realizar as compulsões eram menores. Quando os exercícios eram

repetidos um número suficiente de vezes, reduzia-se a necessidade de os pacientes executarem os rituais, eliminando-os. Esse fenômeno foi chamado de habituação e passou a ser o principal fundamento da terapia de EPR (VOLPATO CORDIOLI, 2008b).

Segundo Rachman e de Silva (1978), obsessões na forma de pensamentos ou imagens são experiências comuns à maioria das pessoas, embora não se saiba a razão exata pela qual algumas pessoas vivenciam com maior intensidade e desconforto. Os autores distinguem as obsessões de pessoas que têm TOC das obsessões apresentadas pela população em geral, o que os levou a cunhar as expressões “obsessão normal” e “obsessão anormal”. O que diferencia as obsessões normais das anormais é o sofrimento que causam ao indivíduo e também a frequência com que são experimentadas, mesmo apresentando conteúdos semelhantes. As obsessões anormais geram ao indivíduo a necessidade de desfazer-se delas rapidamente, justamente pela angústia vivenciada, que provoca urgência para a sua neutralização em forma de rituais/compulsões. Assim, a relação entre obsessão e compulsão é estabelecida no momento em que o indivíduo busca aliviar sua ansiedade (RACHMAN; DE SILVA, 1978).

De acordo com a perspectiva cognitiva, a manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos se dá através da presença de esquemas disfuncionais e avaliações equivocadas, que constituem um processo crítico na etiologia e na permanência das obsessões e compulsões (CLARK; BECK, 2012). A abordagem cognitiva considera que as obsessões são baseadas na interpretação negativa dos pensamentos, imagens, dúvidas e impulsos intrusivos que, por isso, causam sofrimento e angústia. Na tentativa de livrar-se do desconforto trazido pela obsessão, o indivíduo pratica ações de neutralização, reasseguração ou esquiva (evitação de situações/objetos/lugares) (SALKOVSKIS et al., 1999). Essas obsessões interpõem-se ao fluxo de pensamentos normais diários, independentemente da vontade da pessoa, e envolvem conteúdos como sujeira/contaminação, dúvida, sexo, agressão, ferimento ou religião. Muitas vezes, estes são temas penosos ou até mesmo inaceitáveis para o indivíduo (RACHMAN; DE SILVA, 1978).

Em grande parte dos portadores de TOC, a ativação desse ciclo disfuncional envolve a crença de que os pensamentos intrusivos podem representar algum dano importante e, portanto, significar uma ameaça a si mesmo ou a outras pessoas. Além disso, o indivíduo tem a responsabilidade de prevenir tais episódios caso consiga controlar sua obsessão. Na perspectiva cognitiva, são propostos seis tipos de crenças predominantes no TOC: excesso de responsabilidade, importância exagerada dos pensamentos, superestimativa da ameaça, importância de controlar os pensamentos, intolerância à incerteza e perfeccionismo. Devido a

essas crenças distorcidas, as interpretações cognitivas errôneas podem gerar confusão quanto a uma possibilidade imaginada, levando a um erro ao calcular as probabilidades. Tomemos como exemplo o seguinte pensamento: “Posso ter me contaminado com alguma doença fatal por ter me encostado na maçaneta da porta”. De acordo com o seu sistema de crenças, o indivíduo poderá pensar que sim, como se o medo obsessivo fosse de fato uma ameaça real (SALKOVSVIS, 1985; CLARK; BECK, 2012).

A interação das crenças com as obsessões pode produzir pensamentos automáticos que geralmente são considerados como verdadeiros, inquestionáveis e causadores de ansiedade, conduzindo à sensação de que o indivíduo será culpado caso algo de ruim aconteça. Em resposta ao sofrimento gerado pela obsessão, a tendência é de realizar ações que neutralizem tal desconforto. Essa estratégia funcionará para a redução da ansiedade, mas desencadeará ações de neutralização subsequentes, o que reforça o comportamento obsessivo, e poderá resultar em uma generalização de situações mal-interpretadas cognitivamente, favorecendo o uso desse recurso para reduzir a ansiedade em qualquer circunstância (SALKOVSVIS, 1985).

A união das teorias cognitiva e comportamental sugere um modelo integrado de funcionamento do TOC. Considera primeiramente a vulnerabilidade biológica, isto é, a tendência ao desenvolvimento do transtorno que estará diretamente ligada às vivências denominadas de “incidentes críticos”. A inter-relação desses dois fatores às crenças do indivíduo (por exemplo: “Serei responsável caso uma falha ocorra” ou “Não tentar prevenir um desastre é o mesmo que cometê-lo”) predispõe ao surgimento de pensamentos/dúvidas/imagens/impulsos intrusivos, levando ao comportamento de neutralização, hipervigilância e vieses de raciocínio. Esses comportamentos disfuncionais geram interpretações distorcidas sobre o significado dos pensamentos intrusivos, ocasionando alterações de humor, estratégias de supressão do pensamento e evitação. O ciclo patológico é retroalimentado por tais comportamentos e interpretações desajustadas (SALKOVSKIS, 2007).

A seguir, serão descritas as técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas com maior frequência no tratamento do TOC.

- ***Técnicas cognitivo-comportamentais para TOC***

Ao iniciar a TCC, é fundamental psicoeducar o paciente para melhorar a compreensão sobre o TOC, identificando seus comportamentos disfuncionais e, posteriormente, as interpretações cognitivas errôneas. A psicoeducação é realizada ao longo de todo o processo terapêutico e consiste em manter o paciente esclarecido sobre os objetivos da terapia, sobre as

técnicas a serem utilizadas e, principalmente, sobre o seu transtorno e o modo como é possível tratá-lo.

A base do tratamento psicoterápico para o TOC, no âmbito da abordagem cognitivo-comportamental, são os exercícios de EPR, que têm a função de expor o indivíduo aos medos condicionados e, em seguida, gerar a prevenção de resposta (rituais) até a ocorrência da habituação. Para isso, é necessário estabelecer junto ao paciente uma lista de situações que disparam as obsessões, a frequência diária das obsessões e compulsões, o tipo e a intensidade da emoção associada, as consequências negativas ou a ameaça percebida devido à obsessão, a tentativa de controle das obsessões/compulsões e o sucesso percebido, as situações evitadas relacionadas às obsessões/compulsões e o reconhecimento de outras estratégias de neutralização. Após a clara identificação das obsessões e compulsões, faz-se uma lista hierarquizada sobre as situações ou os medos que devem ser enfrentados, respeitando-se o nível de ansiedade indicado pelo paciente para cada exposição. O exercício de EPR será iniciado pelas exposições que sejam definidas como mais fáceis ou que provoquem menor ansiedade ao serem enfrentadas (VOLPATO CORDIOLI, 2008b; CLARK; BECK, 2012).

Para a correção das crenças distorcidas e das interpretações cognitivas errôneas, o paciente é estimulado a lidar com seus pensamentos como se fossem hipóteses, questionando-os quanto à sua veracidade e procurando uma nova alternativa mais coerente e próxima à realidade. Em conjunto, terapeuta e paciente também calculam as probabilidades de os pensamentos intrusivos virem a se tornar reais, ou qual a possibilidade de o desastre imaginado pelo paciente realmente acontecer. Estima-se o cálculo de probabilidades mais aproximado à realidade, corrigindo-se os pensamentos distorcidos e exagerados (SALKOVISKIS, 1999; CLARK; BECK, 2012). Outras técnicas que fazem parte da reestruturação cognitiva assemelham-se às já descritas no TP.

3.5 Enfermeiro como terapeuta

Devido à necessidade de habilitar mais profissionais para atuar no campo da psiquiatria, investimentos em capacitações e pesquisas com enfermeiros especialistas na área de psiquiatria começaram a emergir na década de 1970 (GOURNAY, 2000). Os britânicos Marks, Connolly e Hallam (1973) registraram os primeiros resultados positivos no tratamento de pacientes com agorafobia, fobia social, fobias específicas, TOC e tricotilomania, os quais foram tratados com técnicas comportamentais aplicadas por enfermeiros psiquiátricos

(MARKS; CONNOLLY; HALLAM, 1973). Os autores relataram parte do processo da formação dos primeiros enfermeiros psicoterapeutas comportamentais reconhecidos pelo Joint Board of Clinical Nursing Studies for England and Wales (Conselho Conjunto de Estudos de Enfermagem Clínica da Inglaterra e do País de Gales), confirmando a atuação eficaz do enfermeiro no tratamento de fobias, disfunção sexual e transtornos de personalidade (MARKS et al., 1975).

Um estudo realizado em 2000 apresentou resultados de 25 anos de seguimento sobre o crescimento e o desenvolvimento do número de enfermeiros na psicoterapia comportamental no Reino Unido, com base no histórico do English National Board Course (Curso do Conselho Nacional Inglês), iniciado pelo psiquiatra Isaac Marks e seus colaboradores e certificado pela Association of Behavioral Psychotherapy (Associação de Psicoterapia Comportamental) e pelo United Kingdom Council for Psychotherapy (Conselho de Psicoterapia do Reino Unido). Os dados apresentados por esse estudo revelaram que, apesar da efetividade já comprovada da TCC, ainda havia poucos especialistas no Reino Unido e que a maior categoria profissional com tal especialização era a de psicólogos.

No entanto, apenas 20% desses profissionais especializados trabalhavam de fato com a abordagem. O primeiro curso, desenvolvido em meados dos anos de 1970, mostrou que enfermeiros eram tão eficientes na psicoterapia cognitivo-comportamental quanto seus colegas psicólogos e psiquiatras. Além disso, o levantamento observou que, nos primeiros cursos de formação de enfermeiros psicoterapeutas, havia pouca supervisão de casos. Ao contrário, nos cursos ministrados nos últimos anos, os enfermeiros receberam mais tempo supervisão, o que aprimorou a assistência prestada (GOURNAY et al., 2000).

A positividade da relação custo-benefício, inclusive na atenção primária, também foi demonstrada no mesmo estudo, considerando-se que enfermeiros terapeutas poderiam tratar efetivamente a população com transtornos mentais para além das alas psiquiátricas hospitalares (GOURNAY et al. 2000). Mais que a relação custo-benefício e de efetividade da TCC aplicada por enfermeiros na atenção primária, os usuários referiram maior satisfação com a terapia realizada pelo enfermeiro comparada àquela realizada por outros profissionais (RICHARD et al., 2003).

Também já foram apresentados resultados positivos em casos de enfermeiros que atuam como terapeutas da área cognitivo-comportamental em transtornos de ansiedade e depressão (NICHOLS, 2006; KANNER; HAMRIN; GREY, 2003), dor crônica (PIMENTAL, 2001; SALVETTI et al., 2012), jogo patológico (TOLCHARD; BATTERSBY, 2000), agorafobia (LOVELL et al., 2003), TOC (REASOR; FARRELL, 2005) e esquizofrenia

(TURKINGTON et al., 2006). Em relação à esquizofrenia, o enfermeiro atua principalmente para a redução de reinternações psiquiátricas. Entre os estudos citados, estão incluídos não só aqueles somente os realizados no Reino Unido, mas também na Austrália, nos Estados Unidos, na Nova Zelândia e no Brasil.

Conforme aponta uma revisão recente no Brasil, ainda não há muitas pesquisas publicadas sobre TCC realizada por enfermeiros (CARVALHO; MONCAIO, 2010). Não existem dados que demonstrem quando precisamente a enfermagem começou a aplicar TCC no Brasil, embora alguns estudos brasileiros já tenham descrito a aproximação de enfermeiros à TCC. Em um estudo anterior, foram aplicadas cinco sessões de terapia comportamental (TC) para mulheres que sofriam de incontinência urinária por duas enfermeiras durante um período de três meses, sendo obtido sucesso após a intervenção (GLASHAN; LELIS; BRUSCHINI, 1999).

Em outro relato, também houve a efetividade da TC realizada por enfermeiros para mulheres idosas com incontinência urinária (CALDAS et al., 2010). Para dor crônica, um estudo recente revelou resultados consistentes, em *follow-up* de seis meses após a aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais por enfermeiros. Além da redução dos níveis de dor, houve também o decréscimo de sintomas depressivos após a terapia (SALVETTI et al., 2012). Resultados semelhantes sobre TCC realizada por enfermeiros no tratamento para dor crônica já haviam sido apontados em outro estudo (PIMENTAL, 2001). A pesquisa que avaliou a aplicação da TCC na cessação do tabagismo em intervenção feita via telefone por enfermeiros constatou a diminuição da dependência à nicotina e a abstinência imediata pós-terapia telefônica (OYAMA; CHAVES, 2013).

Não foram encontrados estudos que descrevessem a TCC individual aplicada por enfermeiros no cenário psiquiátrico brasileiro. No campo da enfermagem psiquiátrica do Reino Unido, destaca-se a relação entre enfermeiros e TCC. Conforme a frequência de utilização, as estratégias mais utilizadas são as seguintes: autoexposição (sem supervisão); manuais de TCC; prevenção de resposta; terapia cognitiva; técnica de resolução de problemas; exposição a estímulos; exposição imaginativa; aconselhamento comportamental; treinamento de respiração e treinamento de habilidades sociais. A menos utilizada é a técnica de exposição auxiliada pelo terapeuta (GOURNAY, 2000).

É possível que muitos enfermeiros em nosso meio utilizem técnicas cognitivo-comportamentais na prática clínica, mesmo que no momento o façam empiricamente, inclusive fora da área psiquiátrica. Embora haja a possibilidade de que enfermeiros psiquiátricos utilizem a TCC no Brasil, incluindo tratamentos para TP e TOC, observa-se

escassez de publicações referentes ao enfermeiro como terapeuta de grupo (HELDT et al., 2008).

4 MÉTODO

Trata-se de um ensaio clínico não controlado de um protocolo de 12 sessões de TCCG para pacientes com TP e para pacientes com TOC. No ensaio clínico, o pesquisador realiza alguma intervenção; na ausência de outro grupo que não receba a intervenção proposta, o delineamento é denominado de não controlado. Em relação à temporalidade, como a coleta foi contemporânea e realizada em dois momentos, o estudo é definido como prospectivo e longitudinal (POLIT; BECK, 2011)

As sessões de TCCG foram realizadas na sala de grupo do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) de agosto de 2013 a julho de 2014.

4.1 População e amostra

O recrutamento de pacientes foi realizado por meio de encaminhamento do Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do HCPA e de chamamento em veículos de comunicação, como jornal, televisão e rádio.

Foram considerados como critérios de inclusão: indivíduos adultos (18 a 65 anos) com diagnóstico para TP com ou sem comorbidade de agorafobia e indivíduos adultos (18 a 65 anos) com diagnóstico de TOC, segundo o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), alfabetizados e em uso ou não de medicação. Para aqueles que realizavam tratamento farmacológico, foram incluídos os que estavam em dose estável de medicação há pelo menos quatro meses.

Foram excluídos os pacientes com sintomas psicóticos, com risco de suicídio ou depressão grave, avaliado por meio da escala Inventário de Depressão de Beck (BDI), com escore acima ou igual a 30. Também foi critério de exclusão ter realizado tratamento prévio com TCCG. Um total de 34 pacientes preencheu os critérios de inclusão (16 com TOC e 18 com TP).

4.2 Coleta de dados e instrumentos

Os pacientes realizaram avaliação individual no consultório do Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do HCPA antes e depois da intervenção. As entrevistas individuais tiveram duração média de 50 minutos e foram realizadas pela equipe de pesquisa, composta por duas

enfermeiras especialistas em saúde mental e uma psicóloga. Todos os membros da pesquisa tinham experiência prévia em TCC.

Inicialmente, para confirmação diagnóstica e avaliação da presença de comorbidades, foi utilizado o instrumento Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (AMORIM, 2000). Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados conforme descrito no protocolo de pesquisa (APÊNDICE A). Também foram aplicados individualmente, antes e depois do término das 12 sessões, os instrumentos de avaliação de sintomas que estão descritos a seguir.

A Escala de Severidade do TP (PDSS) é constituída por sete itens, com cinco alternativas de resposta que avaliam frequência e intensidade dos ataques de pânico, ansiedade antecipatória, evitação fóbica de lugares, evitação fóbica de sensações físicas e prejuízo social e profissional (SHEAR et al., 1997). Os escores finais correspondem a normal (0 a 2), limítrofe (3 a 7), levemente doente (8 a 10), moderadamente doente (11 a 15) e marcadamente doente (acima de 16) (FURUKAWA et al., 2009). A escala apresentou melhor sensibilidade no estudo de validação em pacientes com agorafobia (99%) e sem agorafobia (83,3%) (LEVITAN et al., 2012). No presente estudo, a PDSS será utilizada como variável contínua (ANEXO A).

A gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos foi avaliada com a Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS) (GOODMAN et al., 1989). Essa escala foi adaptada para o português (ASBAHAR et al., 1996) e é constituída de 10 questões (cinco referentes às obsessões e cinco referentes às compulsões), cada uma com escores de “zero” (ausência de sintomas) a “quatro” (obsessões e compulsões extremamente graves). O escore máximo é de 40 (ANEXO B).

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).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) (BECK; BLAMSDERFER, 1979) é um instrumento validado para o português (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996) cujo objetivo é identificar e quantificar quadros de depressão leve, moderada e grave tanto em pacientes internados quanto em pacientes ambulatoriais. Consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cujas intensidades variam de 0 a 3. Escores inferiores a 10 representam ausência de depressão. De 10 a 18, depressão leve. De 19 a 29, depressão moderada e, acima de 30, depressão grave (ANEXO D). Trata-se de uma escala confiável, de grande utilidade para a

avaliação da depressão, sendo muito aplicada em estudos tanto na área psiquiátrica quanto na área clínica (OLIVEIRA et al., 2011; MACHADO et al., 2003).

A Escala de Impressão Clínica Global (CGI) determina a gravidade global da doença, considerando-se no TP a frequência e a intensidade dos ataques, o grau de ansiedade antecipatória, o nível de evitação fóbica, o prejuízo na qualidade de vida e a necessidade de adequação do tratamento (GUY, 1976). Seu escore varia de 1 (normal, não doente) a 7 (extremamente doente) (ANEXO E). No TOC, o escore também da CGI varia de 1 a 7 (ANEXO F). A diferença de 1 ponto na escala CGI tanto para o TP (HELDT et al., 2006) quanto para o TOC (VOLPATO CORDIOLI et al., 2003) aponta resultado positivo em relação à melhora global do paciente.

O instrumento utilizado para identificar os fatores terapêuticos é baseado em um questionário de autorrelato de 60 questões de Yalom e Leszcz (2006), denominado Questionário de Fatores Terapêuticos de Yalom. Os itens avaliaram os fatores terapêuticos em uma escala de 1 a 7, sendo que “1” indica “menos útil de todos para mim no grupo” e “7” indica “mais útil para mim no grupo”. O instrumento está traduzido para o português e foi aplicado ao final de cada uma das 12 sessões da TCCG para avaliar os fatores terapêuticos: instilação de esperança (pontos), universalidade, orientação, altruísmo, reedição familiar, aprendizagem interpessoal - output, identificação, aprendizagem interpessoal - input, coesão, catarse, fatores existenciais e autocompreensão (ANEXO G). Cada fator continha 5 itens, podendo pontuar entre um mínimo de 5 e máximo 35 pontos.

4.3 Tamanho da amostra

Calculando-se um poder de 80%, um nível de significância de 5%, uma diferença de 1 ponto, usando-se como referência o estudo que encontrou um desvio-padrão (DP) basal da CGI=0,8 e quatro meses depois=1,1, o cálculo amostral mínimo foi de 12 sujeitos (HELDT et al., 2006), ou seja, 24 sujeitos no total (12 indivíduos do grupo do TP; 12 indivíduos do grupo do TOC), contabilizando, no mínimo, 288 observações.

4.4 Intervenção

O protocolo com 12 sessões (uma sessão semanal de 90 minutos) de TCCG utilizou os seguintes elementos: psicoeducação, técnicas para enfrentamento da ansiedade, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e naturalística e exposição ao vivo para a conduta evitativa

(VOLPATO CORDIOLI et al., 2003; HELDT et al., 2003). A coordenação de todos os grupos foi realizada pela pesquisadora. A enfermeira Ana Cristina Wesner foi coterapeuta no grupo de TP, e a psicóloga Juliana Gomes foi coterapeuta no grupo de TOC.

As primeiras sessões da TCCG para o TP 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 pela simulação de sintomas físicos e praticada durante a fase intermediária do tratamento. Ao final do protocolo, iniciou-se a exposição ao vivo de forma gradativa. As últimas sessões foram direcionadas ao manejo de recaídas que podem ocorrer após o término do tratamento. As sessões detalhadas estão descritas no Quadro 1.

O protocolo de tratamento para o TOC iniciou com técnicas de psicoeducação, exposição e prevenção de resposta (EPR). Os pacientes expuseram-se gradativamente às tarefas realizadas na sessão, em casa ou no ambiente de trabalho, considerando-se o nível de ansiedade a cada exercício para que pudesse ocorrer a habituação. O modelo cognitivo visa corrigir as crenças disfuncionais (distorções cognitivas), como exagero na importância dos pensamentos, responsabilidade excessiva, preocupação exagerada com o controle dos pensamentos, intolerância à incerteza e perfeccionismo. As sessões intermediárias utilizaram técnicas cognitivas e, após a 10ª sessão, foi abordada a prevenção de recaída. As sessões detalhadas estão descritas no Quadro 2.

Quadro 1 - Protocolo de TCC em grupo 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	Continuação da revisão do modelo cognitivo do pânico
3	<p>Técnicas para enfrentamento da ansiedade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiração diafragmática • Relaxamento muscular <p>▸ Praticar durante a sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>
5	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar pensamentos automáticos • Salientar o papel da hipervigilância das sensações físicas <p>Descatastrofizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionamento socrático • Seta descendente <p>Tarefa para casa: avaliar os pensamentos como hipóteses e não fatos, verificando as evidências que sustentam as hipóteses; explorar as novas alternativas de interpretações.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a possibilidade real que o “pior” aconteça e, se acontecer, o quanto, de fato, é tão horrível.
6	Correção da interpretação distorcida
7	Exposição interoceptiva e naturalística
8	<ul style="list-style-type: none"> • Provocar através de exercícios físicos tontura, taquicardia, falta de ar e estranheza. • Provocar a exposição interoceptiva com atividades que evocam as sensações de forma natural em ambiente comum (subir escadas, por exemplo). • Identificar a sensação física e o grau de ansiedade; avaliar a semelhança como ataque de pânico. <p>Tarefa para casa: provocar diariamente as sensações físicas em casa e anotar o grau de ansiedade, bem como a similaridade com o ataque.</p> <p>▸ Elaborar uma lista das situações evitadas, o mais completa possível, com o grau de ansiedade gerada (0 a 10) no caso em que tenha de enfrentá-la.</p>
9	Exposição ao vivo
10	<p>▸ Hierarquizar a lista das situações: do menor grau de ansiedade para o maior.</p> <p>Tarefa para casa</p>
11	<ul style="list-style-type: none"> • Combinar de as tarefas de exposição. • Aumentar o grau de dificuldade a cada sessão. <p>Prevenção de recaída e encerramento</p>
12	<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 fóbicas, independentemente do acompanhamento em grupo. • Avaliar o tratamento.

Fonte: Heldt et al. (2008).

Quadro 2 - Protocolo de TCC em grupo para transtorno obsessivo-compulsivo

Sessão	Objetivos e procedimentos
1	Psicoeducação sobre TOC
2	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia, etiologia, impacto na vida pessoal e familiar • Identificar obsessões, compulsões e evitações através de uma <i>checklist</i> • Modelo comportamental do TOC <p>Tarefa para casa: elaborar a lista dos sintomas (obsessões, compulsões e evitações); elaborar uma lista hierárquica dos sintomas, de acordo com o grau de ansiedade; ler a próxima sessão.</p>
3	<p>Terapia de exposição, prevenção de resposta (EPR) e habituação</p> <p>Exercícios práticos de EPR durante a sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tocar em objetos considerados contaminados • Evocar pensamentos evitados (as obsessões) <p>Tarefas para casa: combinar tarefas de exposição a partir da lista individual; ler a próxima sessão.</p>
4	<p>Modelo cognitivo do TOC</p> <p>Trabalho sobre pensamentos automáticos e correção das crenças disfuncionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar as tarefas de EPR, aumentando o grau de dificuldade. <p>Tarefas para casa: identificar e registrar situações ativadoras, pensamentos automáticos e rituais; ler a próxima sessão.</p>
5	<p>Obsessões por sujeira ou contaminação, nojo, compulsões por limpeza, lavagens excessivas e evitações: avaliação exagerada do risco e da responsabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionamento socrático • Reatribuição e técnica de recálculo de probabilidades <p>Tarefas para casa: realizar as tarefas de EPR, aumentando o grau de dificuldade; identificar e registrar as crenças disfuncionais; realizar os exercícios de correção das crenças; usar os lembretes; ler a próxima sessão.</p>
6	<p>Pensamentos “impróprios” ou “maus” pensamentos: exagerar a importância dos pensamentos, a necessidade de controlá-los, o pensamento mágico, a fusão do pensamento e da ação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre hipervigilância • Questionamento socrático e testes comportamentais <p>Tarefa para casa: registrar os pensamentos disfuncionais; realizar tarefas de EPR; usar os lembretes; ler a próxima sessão.</p>
7	<p>Dúvidas, indecisão, compulsão por ordem simetria exatidão e alinhamento: o perfeccionismo e a necessidade de ter certeza.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercício de vantagens e desvantagens - Correção de crenças distorcidas de perfeccionismo e necessidade de ter certeza <p>Tarefas mantidas para casa:</p>
8	<p>Colecionismo e acumulação</p> <p>Continuação e reforço nas seguintes situações</p> <p>Seguir tarefas de EPR, aumentando o grau de dificuldade e exercícios de crenças</p>
9	<p>O TOC e a família → sessão em conjunto com os familiares</p> <p>Psicoeducação sobre TOC e impacto na família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como o familiar pode auxiliar nas tarefas da TCC
10	<p>Revisão das informações e estratégias para prevenir recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automonitoramento
11	<p>Prevenção de recaída, sessão reforço sobre as técnicas e recursos aprendidos</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> • Encerramento; recursos da comunidade (associações, internet) • Combinar sessões de reforço e avaliar o tratamento

Fonte: Heldt et al. (2008).

4.5 Análise de dados

A análise estatística foi realizada utilizando-se o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. O nível de significância adotado será $\alpha=0,05$ e o intervalo de confiança (IC) de 95%. Os dados foram descritos através da média e do desvio-padrão para as variáveis quantitativas e através da frequência e do percentual para as variáveis qualitativas.

Para verificar a resposta à TCCG, utilizou-se o teste t para amostras pareadas e o tamanho de efeito (TE) foi medido através do d de Cohen. A análise para identificar os fatores terapêuticos em cada sessão foi realizada com a Generalized Estimating Equations (GEE). Para verificar a interação entre os fatores e a resposta à TCCG, foram utilizados os dados da primeira sessão e da última do Questionário de Yalom comparada com as avaliações dos sintomas antes e depois da TCCG.

4.6 Aspectos éticos

O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 466/2012) (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ), após o exame de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Foi submetido e aprovado na Plataforma Brasil, tendo como proponente o HCPA (ANEXO H).

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 consistiu em receber um tratamento com evidência comprovada de eficácia. Os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Os pacientes que não preencheram os critérios de inclusão foram orientados a retornar para o profissional que os havia encaminhado para a TCCG, ou orientados a procurar pelos locais de tratamento na rede.

5 RESULTADOS

Durante o período de julho de 2013 a julho de 2014, foram realizados dois grupos de TCCG para TOC e dois grupos de TCCG para TP. A amostra total de participantes que concluíram as sessões de TCCG foi de 31 pacientes, sendo que dois pacientes do grupo do TP e um do grupo do TOC desistiram do tratamento. A média de participantes foi de 8 para cada grupo realizado, totalizando 16 integrantes para o grupo do TP e 15 integrantes para o TOC. As características sociodemográficas e clínicas da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=31)

Variáveis*	Transtorno de Pânico n=16(52%)	Transtorno Obsessivo- Compulsivo n=15(48%)
Sociodemográficas		
Sexo		
Feminino	10(62)	7(47)
Idade	36,2(9,98)	37,4(11,10)
Escolaridade		
Ensino fundamental	1(6)	--
Ensino médio	6(37)	5(33)
Ensino superior	8(50)	10(67)
Situação conjugal		
Com companheiro	12(75)	9(60)
Ocupação		
Com ocupação	9(56)	7(47)
Clínicas		
Comorbidades		
Transtornos de humor**	7(44)	6(40)
Outros transtornos de ansiedade***	11(69)	8(53)
Medicação		
Antidepressivos****	11(69)	12(80)
Benzodiazepínicos	8(50)	4(27)
Psicoterapia prévia	13(81)	12(80)

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

* Variáveis contínuas foram apresentadas por média e desvio-padrão (DP) e categóricas em frequência absoluta e percentual (%).

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

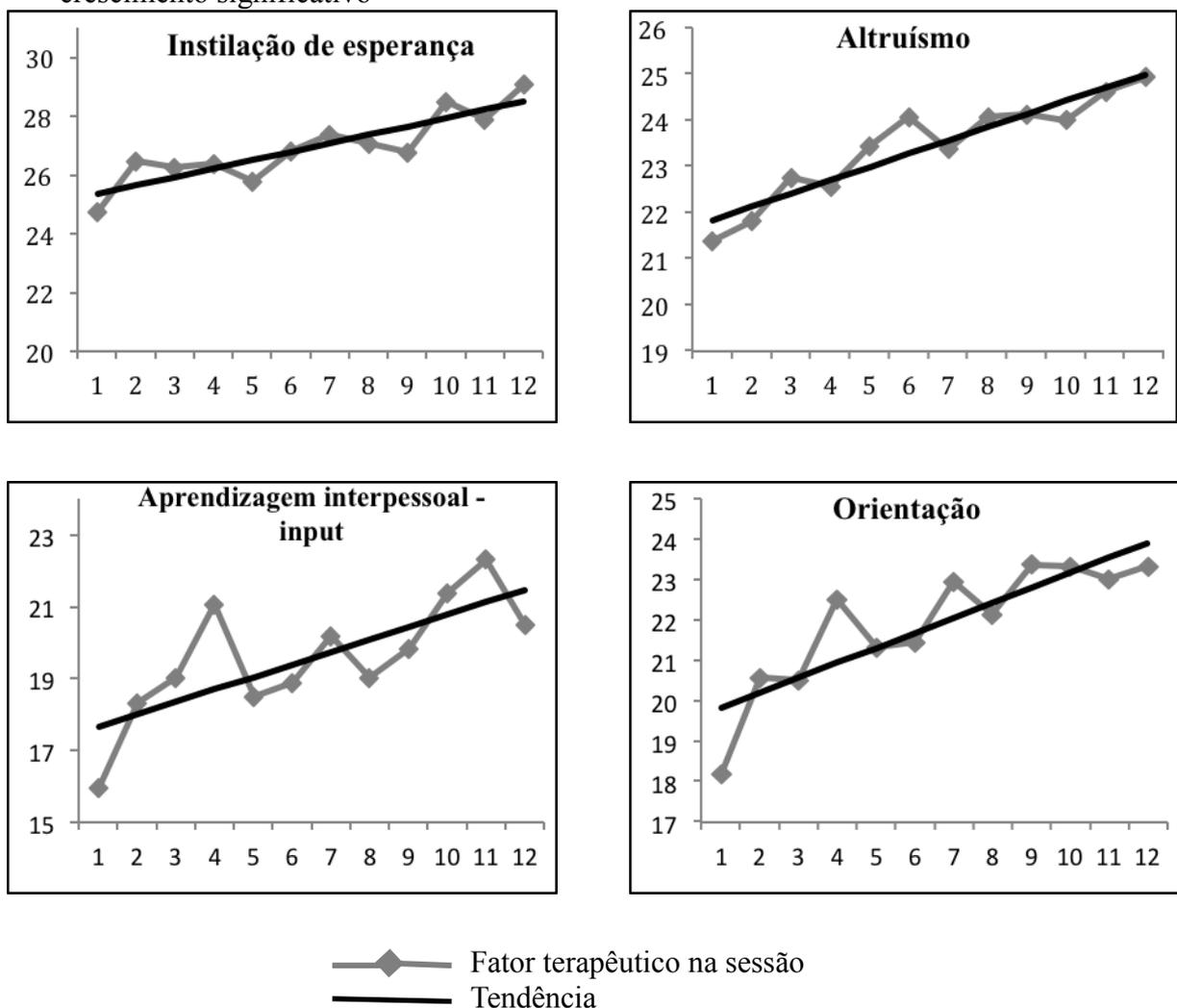
***Outros transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade social e estresse pós-traumático.

**** Inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) e/ou antidepressivo tricíclico.

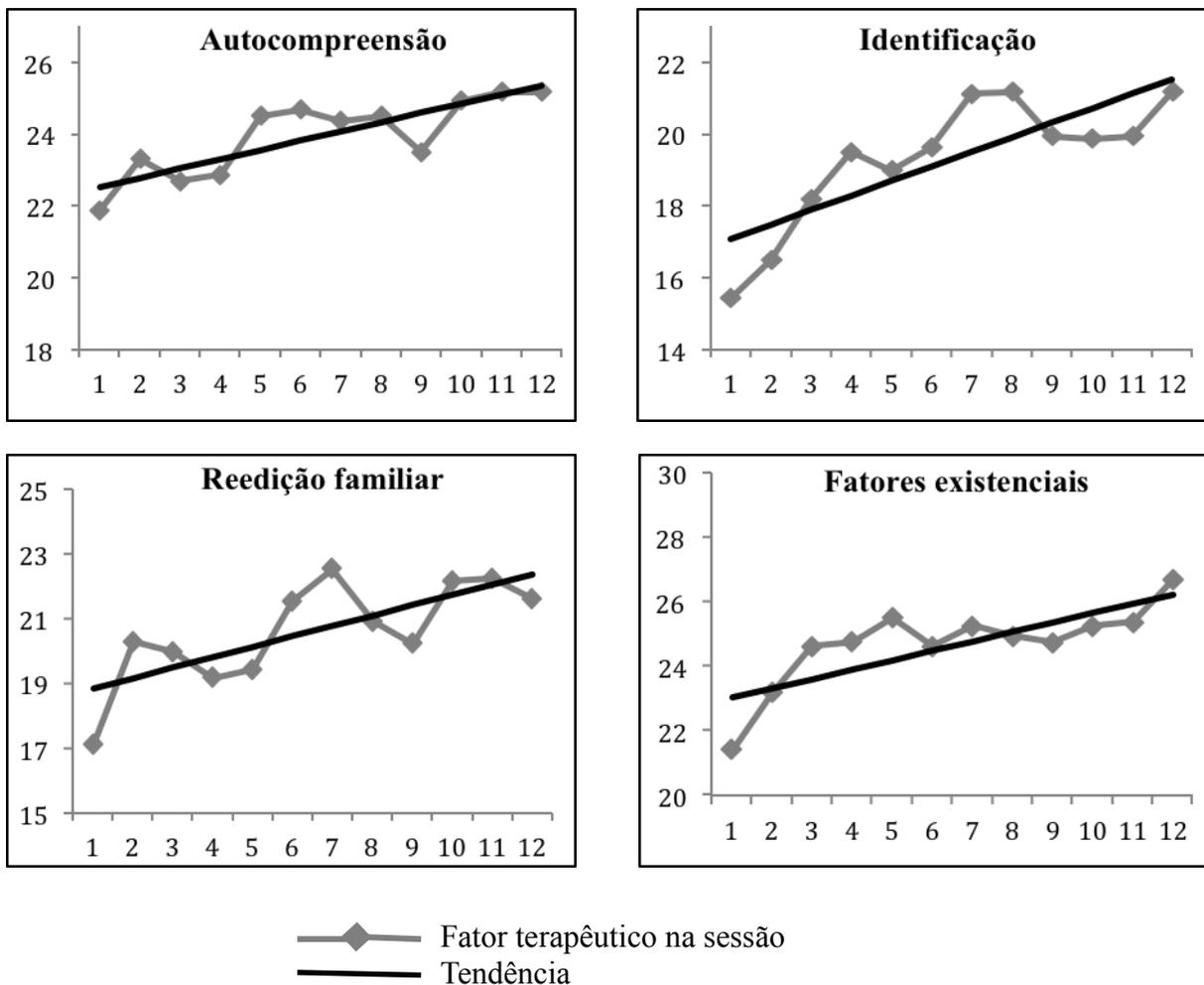
5.1 Avaliação dos fatores terapêuticos e resposta à TCCG no TP

Os resultados da avaliação dos fatores terapêuticos do grupo de pacientes com TP, considerando-se as 12 sessões, estão apresentados em gráficos nas Figuras 1 e 2. O total de observações em relação aos fatores terapêuticos no grupo do TP coletados no final de cada sessão foi de 192. Os fatores terapêuticos variaram no transcorrer das sessões, sendo os que aumentaram significativamente: instilação de esperança ($B=0,292$; $p=0,030$), altruísmo ($B=0,288$; $p=0,006$), aprendizagem interpessoal - input ($B=0,347$; $p=0,005$), orientação ($B=0,372$; $p=0,010$), autocompreensão ($B=0,258$; $p=0,008$), identificação ($B=0,406$; $p=0,006$), reedição familiar ($B=0,325$; $p=0,034$) e fatores existenciais ($B=0,292$; $p=0,030$). Os dados estão descritos na Figura 1.

Figura 1 - Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para transtorno de pânico (TP) que apresentaram crescimento significativo



(continuação da Figura 1)



Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

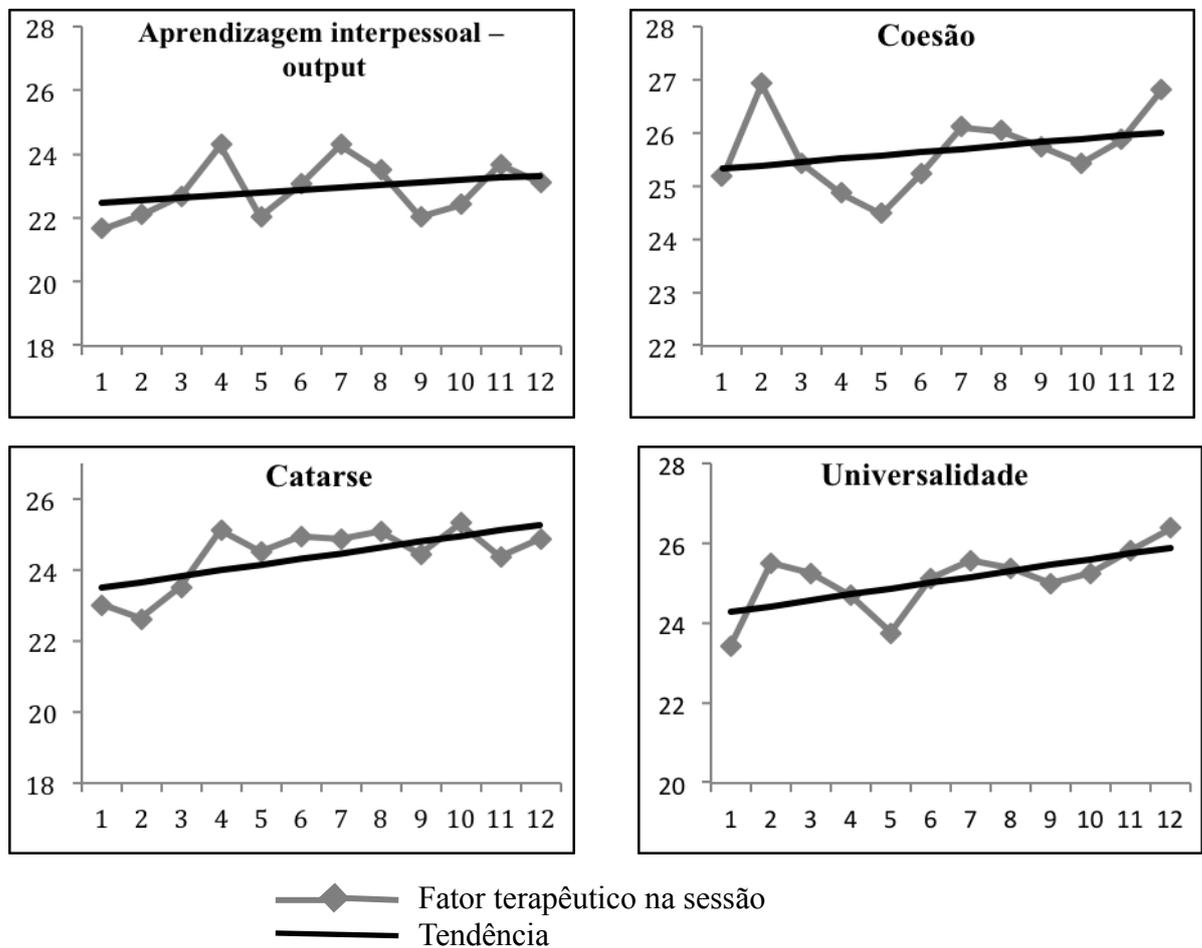
Durante as sessões do grupo do TP, observou-se que o crescimento aconteceu em diferentes fases da TCC. Em relação à instilação de esperança e ao altruísmo, houve um aumento principalmente após a 9ª sessão, quando a ênfase da terapia é a exposição às situações evitadas. A aprendizagem interpessoal - input progrediu nas primeiras sessões até a 4ª e depois demonstra outro aumento da 10ª para a 11ª sessão, situação semelhante à que ocorreu com o fator orientação.

Na identificação ocorrem picos, particularmente na fase inicial, cujo foco é a psicoeducação, e após a 10ª sessão, devido à exposição às situações temidas. Na reedição familiar há um crescimento da 1ª para a 2ª sessão e depois um crescimento mais gradual da 5ª para a 6ª e 7ª sessão, quando os participantes trabalham pensamentos catastróficos e

enfretamentos no grupo. Para a autocompreensão, o pico crescente é verificado sobretudo da 4ª para a 5ª sessão, momento em que os membros começam a entender e identificar os pensamentos automáticos. Em relação aos fatores existenciais, observa-se um crescimento gradual, com maior ascendência da 11ª para a 12ª sessão.

Os fatores terapêuticos que não se modificaram significativamente foram a universalidade ($B=0,147$; $p=0,148$), a aprendizagem interpessoal - output ($B=0,078$; $p=0,548$), a coesão ($B=0,062$; $p=0,555$) e a catarse ($B=0,165$; $p=0,182$). Os dados estão descritos na Figura 2.

Figura 2 - Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para transtorno de pânico (TP) que não apresentaram crescimento significativo



Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

Em função dos objetivos propostos, as próximas análises servem para demonstrar a relação entre os fatores terapêuticos e a melhora do TP. Primeiramente, foi avaliada a resposta à TCCG por meio da mudança dos sintomas, cujos resultados estão descritos na Tabela 2.

Conforme a análise, houve redução significativa em todas as medidas de desfecho depois da TCCG, com tamanho de efeito grande.

Tabela 2 - Comparação das medidas de gravidade dos sintomas do transtorno de pânico antes e depois da TCCG

	TCCG		p*	TE**
	Antes	Depois		
Impressão Clínica Global (CGI)	4,5(1,31)	2,4(1,15)	<0,001	1,55
Escala de Gravidade do TP (PDSS)	15,1(6,41)	4,75(3,94)	<0,001	1,74
Hamilton Ansiedade (HAM-A)	30,6(11,48)	11,8(6,86)	<0,001	1,47
Inventário de Depressão de Beck (BDI)	19,3(10,56)	8,5(5,56)	0,002	0,93

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; TE: tamanho de efeito.

Variáveis contínuas foram apresentadas por médias e desvio-padrão (DP).

*Teste t para amostras dependentes.

** Tamanho de efeito (fórmula de Cohen).

p<0,05.

Posteriormente, foi analisada a interação entre a melhora dos sintomas e os fatores terapêuticos, tendo sido verificado que o fator que apresentou interação significativa na melhora da ansiedade foi a reedição familiar (p=0,010). Os demais fatores terapêuticos não apresentaram interação com a HAM-A. Para os sintomas depressivos (BDI), houve interação significativa com os fatores reedição familiar (p=0,048) e fatores existenciais (p=0,031). Os dados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 Comparação entre a mudança dos sintomas de ansiedade e depressão com os fatores terapêuticos antes e depois da TCCG para pacientes com transtorno de pânico

Fatores Terapêuticos	TCCG	Ansiedade (HAM-A)					Depressão (BDI)				
		Média	IC 95%	p-valor*			Média	IC 95%	p-valor*		
				FT	Tempo	Interação			FT	Tempo	Interação
Altruísmo	Antes	31,0	[24,9 - 37,1]	0,624	0,182	0,746	20,1	[14,8 - 25,3]	0,185	0,559	0,593
	Depois	11,8	[8,4 - 15,1]								
Coesão	Antes	30,5	[24,8 - 36,3]	0,765	0,378	0,960	19,8	[14,6 - 24,9]	0,468	0,817	0,407
	Depois	11,9	[8,7 - 15,2]								
Universalidade	Antes	31,9	[27,2 - 36,7]	0,152	0,880	0,116	20,5	[15,6 - 25,3]	0,158	0,514	0,136
	Depois	11,8	[8,4 - 15,2]								
Aprendizagem Interpessoal: Input	Antes	31,8	[26,9 - 36,7]	0,150	0,161	0,193	20,6	[16,1 - 25,1]	0,060	0,467	0,314
	Depois	11,7	[8,3 - 15,1]								
Aprendizagem Interpessoal: Output	Antes	30,4	[24,8 - 36]	0,638	0,003	0,335	19,1	[13,9 - 24,4]	0,959	0,011	0,210
	Depois	11,7	[8,5 - 15]								
Orientação	Antes	31,4	[25,3 - 37,4]	0,906	0,370	0,233	19,8	[14 - 25,5]	0,580	0,323	0,695
	Depois	12,4	[8,5 - 16,3]								
Catarse	Antes	30,7	[24,8 - 36,5]	0,966	0,247	0,822	19,3	[13,7 - 24,8]	0,866	0,541	0,963
	Depois	11,9	[8,6 - 15,2]								
Identificação	Antes	32,2	[26,3 - 38,1]	0,098	0,092	0,425	21,1	[15,7 - 26,5]	0,074	0,483	0,437
	Depois	11,3	[8 - 14,5]								
Reedição Familiar	Antes	32,6	[28,4 - 36,7]	0,001	0,326	0,001	21,2	[17 - 25,4]	<0,001	0,758	0,048
	Depois	11,6	[8,4 - 14,7]								
Autocompreensão	Antes	31,2	[25,8 - 36,7]	0,388	0,321	0,355	20,4	[15,9 - 24,9]	0,059	0,885	0,106
	Depois	11,8	[8,5 - 15,2]								
Instilação de Esperança	Antes	30,7	[24,5 - 36,9]	0,308	0,766	0,241	19,8	[14,2 - 25,5]	0,849	0,727	0,261
	Depois	12,9	[9,6 - 16,2]								
Fatores Existenciais	Antes	31,8	[26,3 - 37,3]	0,276	0,306	0,132	21,0	[16,3 - 25,7]	0,139	0,589	0,031
	Depois	11,9	[8,4 - 15,4]								

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; HAM-A: Hamilton Ansiedade; BDI: Inventário de Depressão de Beck; IC: intervalo de confiança; FT: fator terapêutico.

* Generalized Estimating Equations (GEE).

Considerando-se os sintomas específicos do TP, a interação mais significativa ocorreu com os fatores existenciais com a escala PDSS ($p=0,009$). Com a CGI, não houve interação com os fatores, conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4 - Comparação entre a mudança dos sintomas de pânico e a impressão global com os fatores terapêuticos antes e depois da TCCG

Fatores Terapêuticos	TCCG	Escala de gravidade do TP (PDSS)					Impressão Clínica Global (CGI)				
		Média	IC 95%	p-valor*			Média	IC 95%	p-valor*		
				FT	Tempo	Interação			FT	Tempo	Interação
Altruísmo	Antes	15,5 [12,4 - 18,5]	0,385	0,101	0,923	4,5 [3,9 - 5,2]	0,964	0,006	0,472		
	Depois	4,5 [2,6 - 6,5]				2,4 [1,8 - 2,9]					
Coesão	Antes	15,2 [12,2 - 18,3]	0,890	0,412	0,863	4,5 [3,9 - 5,2]	0,973	0,090	0,567		
	Depois	4,8 [2,8 - 6,7]				2,4 [1,9 - 2,9]					
Universalidade	Antes	15,3 [12,2 - 18,4]	0,941	0,544	0,619	4,5 [3,8 - 5,2]	0,702	0,092	0,548		
	Depois	4,9 [3 - 6,8]				2,4 [1,9 - 2,9]					
Aprendizagem Interpessoal: Input	Antes	15,5 [12,6 - 18,3]	0,520	0,037	0,765	4,5 [3,9 - 5,2]	0,602	<0,001	0,313		
	Depois	4,6 [2,8 - 6,5]				2,4 [1,8 - 2,9]					
Aprendizagem Interpessoal: Output	Antes	15,1 [12 - 18,2]	0,707	0,063	0,636	4,5 [3,9 - 5,2]	0,702	<0,001	0,150		
	Depois	4,7 [2,8 - 6,6]				2,4 [1,9 - 2,9]					
Orientação	Antes	15,5 [12,5 - 18,5]	0,972	0,366	0,216	4,6 [3,9 - 5,3]	0,269	0,011	0,748		
	Depois	5,1 [3,1 - 7,1]				2,4 [1,8 - 2,9]					
Catarse	Antes	14,9 [11,8 - 18]	0,284	0,099	0,589	4,5 [3,9 - 5,1]	0,268	<0,001	0,072		
	Depois	4,8 [2,8 - 6,8]				2,4 [1,9 - 3]					
Identificação	Antes	15,7 [12,7 - 18,8]	0,425	0,109	0,646	4,8 [4,1 - 5,5]	0,014	0,006	0,785		
	Depois	4,6 [2,7 - 6,5]				2,2 [1,6 - 2,8]					
Reedição Familiar	Antes	16,0 [13,3 - 18,7]	0,009	0,122	0,152	4,6 [4 - 5,3]	0,064	0,005	0,942		
	Depois	4,6 [2,7 - 6,4]				2,3 [1,8 - 2,9]					
Autocompreensão	Antes	15,5 [12,4 - 18,6]	0,623	0,315	0,258	4,5 [3,9 - 5,1]	0,545	0,001	0,444		
	Depois	4,9 [3 - 6,7]				2,4 [1,9 - 3]					
Instilação de Esperança	Antes	15,3 [11,9 - 18,7]	0,485	0,611	0,242	4,4 [3,8 - 5]	0,305	0,001	0,159		
	Depois	5,3 [3,3 - 7,2]				2,4 [1,9 - 3]					
Fatores Existenciais	Antes	16,2 [13,2 - 19,1]	0,049	0,542	0,009	4,5 [3,9 - 5,2]	0,628	0,008	0,946		
	Depois	4,8 [2,9 - 6,7]				2,5 [1,9 - 3]					

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; TP: transtorno de pânico; IC: intervalo de confiança; FT: fator terapêutico.

* Generalized Estimating Equations (GEE).

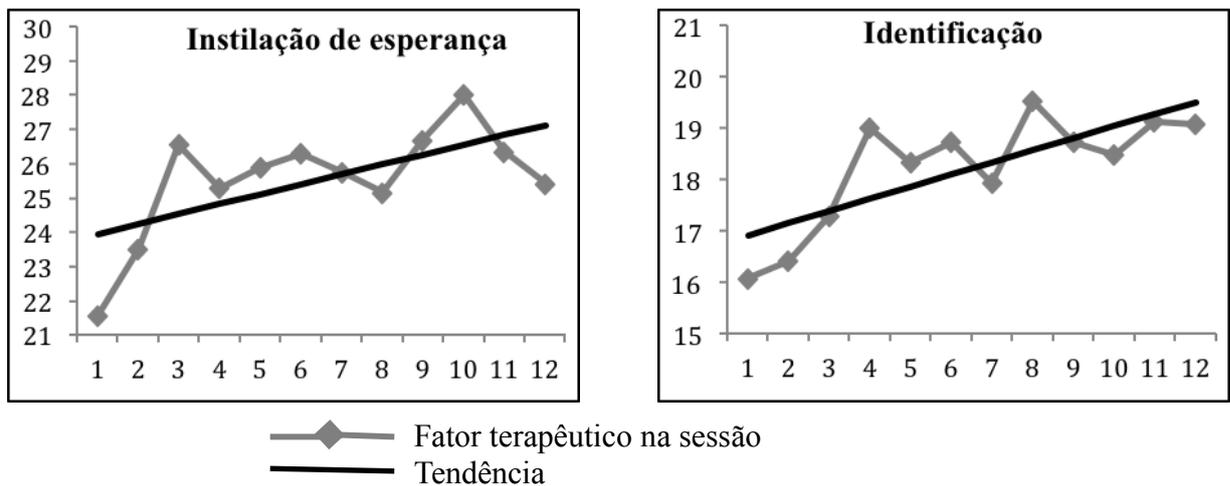
5.2 Avaliação dos fatores terapêuticos e resposta à TCCG no TOC

Os resultados da avaliação dos fatores terapêuticos do grupo de pacientes com TOC, considerando-se as 12 sessões de TCC, estão apresentados nas Figuras 3, 4 e 5. O total de

observações em relação aos fatores terapêuticos no grupo do TOC coletados no final de cada sessão foi de 180 e também constatou-se variações dos mesmos no decorrer do tempo. Os que apresentaram aumento significativo foram: instilação de esperança ($B=0,290$; $p=0,018$) e identificação ($B=0,236$; $p=0,008$). A Figura 3 ilustra esses dados.

Relacionando com a fase do grupo e as técnicas da TCC utilizadas, o aumento da instilação de esperança ocorreu na 9ª sessão, que é o momento em que os familiares participam da sessão. O crescimento da identificação (da 7ª para a 8ª sessão) ocorreu na fase intermediária, após o início das técnicas cognitivas para reconhecimento das crenças disfuncionais.

Figura 3 - Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) que apresentaram crescimento significativo

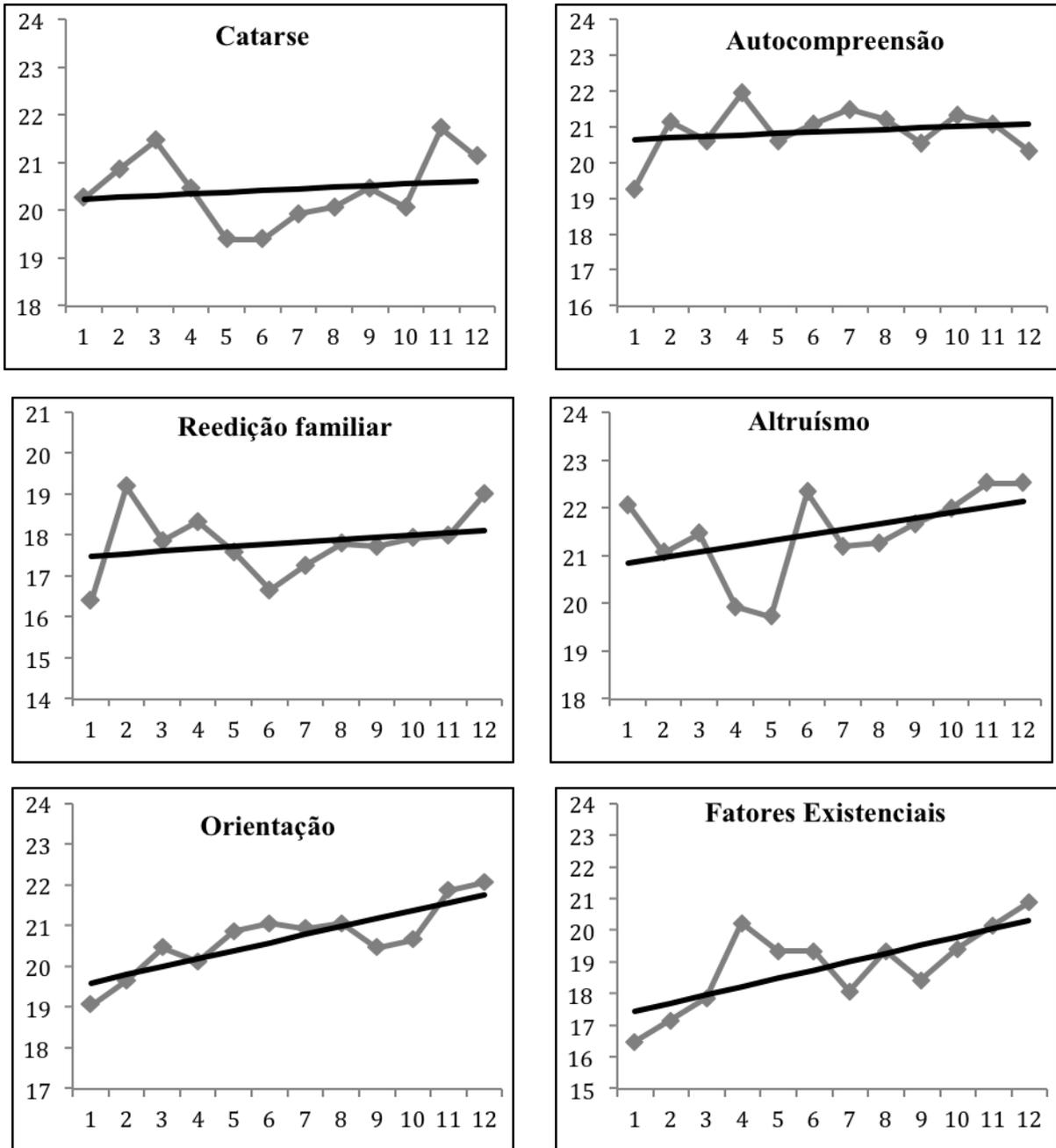


Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

Os fatores que se mantiveram sem variações significativas foram os seguintes: catarse ($B=0,035$; $p=0,708$), autocompreensão ($B=0,040$; $p=0,772$), reedição familiar ($B=0,058$; $p=0,462$), altruísmo ($B=0,120$; $p=0,233$), orientação ($B=0,197$; $p=0,092$) e fatores existenciais ($B=0,265$; $p=0,072$). A Figura 4 descreve os dados.

Os fatores que diminuíram ao longo das sessões, mas sem significância estatística, foram os seguintes: universalidade ($B=-0,105$; $p=0,130$), coesão ($B=-0,090$; $p=0,292$), aprendizagem interpessoal - output ($B=-0,133$; $p=0,165$) e aprendizagem interpessoal - input ($B=-0,022$; $p=0,837$). A Figura 5 apresenta os dados.

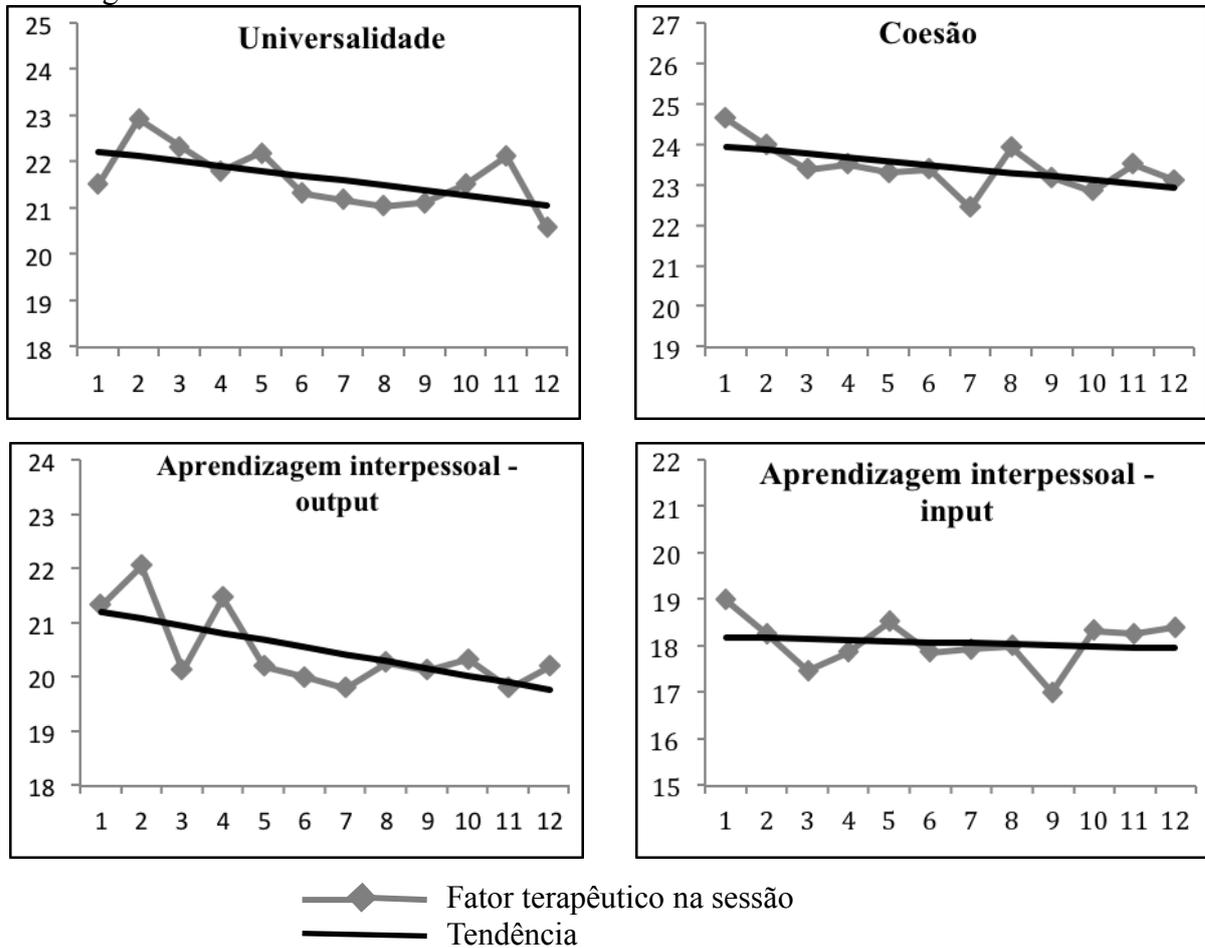
Figura 4 - Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) sem variações significativas



—◆— Fator terapêutico na sessão
 — Tendência

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

Figura 5 - Gráficos dos fatores terapêuticos nas 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) com diminuição não significativa



Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

De acordo com a comparação da sintomatologia avaliada antes e depois da TCCG, foi possível observar os resultados positivos em relação à melhora dos pacientes com TOC. Conforme a análise descrita na Tabela 5, houve redução significativa em todas as medidas de desfecho depois da TCCG para o TOC, com tamanho de efeito grande.

Tabela 5 - Comparação das medidas de gravidade dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo antes e depois da TCCG

	TCCG		p*	TE**
	Antes	Depois		
Impressão Clínica Global (CGI)	5,1(0,95)	3,0(1,00)	<0,001	1,74
Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (YBOCS)	26,6(6,58)	12,9(6,10)	<0,001	2,06
Hamilton Ansiedade (HAM-A)	22,6(10,83)	14,1(8,18)	<0,001	1,13
Inventário de Depressão de Beck (BDI)	20,0(10,02)	11,2(8,67)	<0,001	1,13

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; TE: tamanho de efeito.

Variáveis contínuas foram apresentadas por médias e desvio-padrão (DP).

*Teste t para amostras dependentes.

** Tamanho de efeito (fórmula de Cohen).

p<0,05.

O próximo passo foi verificar a interação entre os fatores terapêuticos e a resposta à TCCG no TOC por meio da análise GEE, que compara as médias dos desfechos considerando o fator tempo – as sessões, a covariável fator terapêutico (FT) e a interação entre ambos. Observou-se interação significativa entre a melhora dos sintomas de ansiedade (HAM-A) e os fatores terapêuticos, exceto para coesão (p=0,260), identificação (p=0,221) e instilação de esperança (p=0,170). Portanto, os fatores terapêuticos altruísmo, universalidade, aprendizagem interpessoal input e output, orientação, catarse, reedição familiar, autocompreensão e fatores existenciais influenciaram a melhora da ansiedade à medida que o tempo passou. Não se constatou interação significativa entre a melhora dos sintomas depressivos medido pela BDI e os fatores terapêuticos. Os resultados estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Comparação entre a mudança dos sintomas de ansiedade e depressão com os fatores terapêuticos antes e depois da TCCG para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo

Fatores Terapêuticos	TCCG	Ansiedade (HAM-A)					Depressão (BDI)				
		Média	IC95%	p-valor*			Média	IC95%	p-valor*		
				FT	Tempo	Interação			FT	Tempo	Interação
Altruísmo	Antes	22,8	[18,8 - 26,9]	0,013	0,016	<0,001	20,1	[15,6 - 24,6]	0,325	0,859	0,218
	Depois	14,0	[10,1 - 17,9]				11,3	[7,1 - 15,4]			
Coesão	Antes	22,2	[17,5 - 26,9]	0,035	0,846	0,260	19,8	[15,2 - 24,3]	0,233	0,116	0,914
	Depois	14,3	[10,4 - 18,1]				11,5	[7,5 - 15,4]			
Universalidade	Antes	22,2	[17,6 - 26,7]	0,077	0,006	<0,001	19,9	[15,1 - 24,7]	0,438	0,043	0,691
	Depois	14,2	[10,3 - 18]				11,4	[7,5 - 15,3]			
Aprendizagem Interpessoal: Input	Antes	22,4	[18,1 - 26,7]	0,050	0,922	0,021	19,8	[15,7 - 23,9]	0,001	0,269	0,404
	Depois	14,1	[10,3 - 17,9]				11,4	[7,7 - 15]			
Aprendizagem Interpessoal: Output	Antes	22,2	[18,5 - 25,9]	0,002	0,442	0,004	19,7	[15,6 - 23,8]	0,004	0,217	0,566
	Depois	14,2	[10,3 - 18]				11,5	[7,8 - 15,2]			
Orientação	Antes	23,2	[18,5 - 27,8]	0,327	0,832	0,040	20,7	[16,3 - 25,1]	0,024	0,098	0,642
	Depois	14,1	[10,2 - 18]				10,7	[7,2 - 14,3]			
Catarse	Antes	22,3	[15,5 - 29,1]	0,003	0,819	0,022	19,5	[12,2 - 26,8]	0,004	0,002	0,265
	Depois	14,5	[7,8 - 21,3]				11,7	[4,4 - 18,9]			
Identificação	Antes	23,3	[18 - 28,5]	0,281	0,312	0,221	20,9	[16,6 - 25,2]	0,001	<0,001	0,721
	Depois	13,8	[10,4 - 17,3]				10,4	[7,5 - 13,3]			
Reedição Familiar	Antes	22,2	[16,2 - 28,2]	0,067	0,246	<0,001	20,6	[16,5 - 24,7]	0,043	0,004	0,589
	Depois	15,2	[8,6 - 21,7]				10,7	[7,5 - 14]			
Autocompreensão	Antes	22,4	[16,4 - 28,3]	0,025	0,656	0,050	19,7	[14 - 25,4]	0,053	0,014	0,514
	Depois	14,4	[8,6 - 20,3]				11,5	[6,1 - 16,9]			
Instilação de Esperança	Antes	21,9	[16 - 27,7]	<0,001	0,849	0,170	19,0	[13,6 - 24,4]	0,031	0,102	0,570
	Depois	15,4	[9,9 - 20,9]				12,0	[6,7 - 17,4]			
Fatores Existenciais	Antes	22,5	[17,1 - 27,9]	0,315	0,973	0,008	19,5	[13,9 - 25,1]	0,283	0,087	0,940
	Depois	15,0	[10,4 - 19,7]				11,7	[7,3 - 16,2]			

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; HAM-A: Hamilton Ansiedade; BDI: Inventário de Depressão de Beck; IC: intervalo de confiança; FT: fator terapêutico.

* Generalized Estimating Equations (GEE).

Especificamente para os sintomas do TOC (Y-BOCS), que avalia a gravidade dos sintomas, observou-se que houve interação de significância entre a melhora das obsessões e compulsões com os fatores altruísmo ($p=0,010$), universalidade ($p=0,027$), aprendizagem interpessoal - input ($p=0,020$) e output ($p=0,028$), reedição familiar ($p=0,022$), autocompreensão ($p=0,039$) e fatores existenciais ($p=0,006$). Em relação à melhora global dos

pacientes, considerando-se a escala CGI, houve interação significativa ao longo do tempo com os fatores terapêuticos aprendizagem interpessoal - input ($p=0,043$), autocompreensão ($p=0,037$) e fatores existenciais ($p=0,013$). Os resultados estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Comparação entre a mudança dos sintomas de obsessivo-compulsivo e a impressão global com os fatores terapêuticos antes e depois da TCCG para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo

Fatores Terapêuticos	TCCG	YBOCS					Impressão Clínica Global (CGI)				
		Média	IC95%	p-valor*			Média	IC95%	p-valor*		
				FT	Tempo	Interação			FT	Tempo	Interação
Altruísmo	Antes	26,7 [23,9 - 29,5]					5,2 [4,8 - 5,5]				
	Depois	13,0 [9,9 - 16]	0,222	0,969	0,010	3,0 [2,5 - 3,5]	0,233	0,796	0,062		
Coesão	Antes	26,3 [23,4 - 29,3]					5,1 [4,7 - 5,5]				
	Depois	13,1 [10,2 - 16]	0,041	0,061	0,553	3,0 [2,5 - 3,5]	0,166	0,050	0,783		
Universalidade	Antes	26,3 [23,7 - 28,9]					5,1 [4,8 - 5,5]				
	Depois	13,0 [10,2 - 15,9]	0,004	0,254	0,027	3,0 [2,6 - 3,5]	0,006	0,154	0,231		
Aprendizagem Interpessoal: Input	Antes	26,5 [23,9 - 29]					5,1 [4,8 - 5,5]				
	Depois	13,0 [10,1 - 15,9]	0,024	0,084	0,020	3,0 [2,5 - 3,5]	0,021	0,066	0,043		
Aprendizagem Interpessoal: Output	Antes	26,3 [23,7 - 28,9]					5,1 [4,7 - 5,5]				
	Depois	13,0 [10,2 - 15,9]	<0,001	0,048	0,028	3,0 [2,5 - 3,5]	0,081	0,001	0,297		
Orientação	Antes	27,5 [25 - 30]					5,2 [4,8 - 5,6]				
	Depois	12,4 [9,9 - 15]	<0,001	<0,001	0,113	2,9 [2,5 - 3,4]	0,035	0,001	0,928		
Catarse	Antes	26,8 [24,1 - 29,6]					5,2 [4,8 - 5,5]				
	Depois	12,8 [10,3 - 15,2]	<0,001	0,001	0,833	3,0 [2,5 - 3,4]	<0,001	<0,001	0,938		
Identificação	Antes	27,3 [24,6 - 30]					5,2 [4,8 - 5,6]				
	Depois	12,5 [10 - 15]	0,004	0,002	0,374	2,9 [2,5 - 3,4]	0,004	<0,001	0,444		
Reedição Familiar	Antes	27,1 [24,4 - 29,8]					5,2 [4,8 - 5,6]				
	Depois	12,8 [10 - 15,5]	0,076	<0,001	0,022	3,0 [2,5 - 3,4]	0,022	<0,001	0,378		
Autocompreensão	Antes	26,7 [23,9 - 29,6]					5,2 [4,8 - 5,6]				
	Depois	13,0 [9,9 - 16,1]	0,726	0,008	0,039	3,0 [2,5 - 3,5]	0,433	0,072	0,037		
Instilação de Esperança	Antes	26,1 [22,3 - 29,9]					5,2 [4,8 - 5,6]				
	Depois	13,9 [9,6 - 18,1]	0,026	0,065	0,305	3,0 [2,5 - 3,4]	0,141	0,071	0,255		
Fatores Existenciais	Antes	27,4 [24,7 - 30,1]					5,2 [4,8 - 5,7]				
	Depois	13,1 [9,9 - 16,3]	0,342	0,069	0,006	3,1 [2,6 - 3,6]	0,872	0,214	0,013		

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; YBOCS: Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown; IC: intervalo de confiança; FT: fator terapêutico.

* Generalized Estimating Equations (GEE).

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmaram a eficácia da TCCG para o TP (HELDT et al., 2003) e para o TOC (VOLPATO CORDIOLI et al., 2003). Os achados também evidenciaram que determinados fatores terapêuticos contribuem para uma melhor resposta dos pacientes à TCCG, demonstrando o papel relevante do formato de terapia em grupo no processo terapêutico, estando de acordo com estudos que identificaram o impacto positivo dos fatores terapêuticos e da TCCG para pacientes com fobia social (CHOI; PARK, 2006; TAUBESCHIFF et al., 2007).

Conforme observado, os fatores terapêuticos variaram ao longo da TCCG em ambos os grupos de pacientes, demonstrando que ocorrem simultaneamente, que podem estar mais evidentes em determinadas fases da terapia e que atuam ao nível da cognição, da emoção ou do comportamento. Portanto, os fatores terapêuticos precisam ser reconhecidos pelos terapeutas, visando a uma melhor compreensão do fenômeno que poderá auxiliar na condução da terapia (YALOM; LESZCZ, 2006). Outra pesquisa que analisa resultados da TCCG para depressão e ansiedade destaca positivamente os fatores terapêuticos, porém não os avalia em relação à melhora dos sintomas (WHITFIELD, 2010).

Para melhor compreensão dos resultados, os dados serão discutidos separadamente. Primeiro, serão abordados os fatores terapêuticos presentes ao longo das sessões da TCCG em relação ao TP e o efeito na resposta à terapia. Segundo, será apresentada a mesma sequência em relação aos fatores terapêuticos do grupo de TOC e ao efeito na resposta à TCCG.

6.1 Fatores terapêuticos e TCCG para TP

De acordo com o questionário que avaliou em cada sessão os fatores terapêuticos definidos pelos itens, verificamos que, no grupo do TP, oito dos doze fatores foram significativamente mais úteis ao longo das sessões.

Nas sessões iniciais, os fatores que aumentaram significativamente foram a identificação, a aprendizagem interpessoal - input, a reedição familiar e os fatores existenciais. A identificação aumentou gradativamente da 1ª até a 4ª sessão e ocorreu provavelmente com o reconhecimento do paciente de que seu problema é semelhante aos dos demais membros. A aprendizagem interpessoal - input também apresentou crescimento significativo nas quatro primeiras sessões por estar vinculado à sensação de ambiente seguro e

à aceitação interpessoal, aspectos fundamentais para um novo grupo que está em formação. A reedição familiar aumentou particularmente nas duas primeiras sessões e constitui-se de novas definições de família, a partir do momento em que os membros do grupo identificam-se com as figuras familiares de autoridade (terapeutas) e de irmandade (colegas de grupo).

Observou-se também nas sessões iniciais um aumento dos fatores existenciais que compreendem os aspectos da vida e seu significado. Especialmente em pacientes com TP, o medo de morrer é que determina as situações a serem evitadas para não ocorrer um novo ataque de pânico (MANFRO et al., 2008; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Como todos os membros compartilham e compreendem o significado desse medo, o ambiente grupal mostra-se seguro, permitindo um melhor entendimento do que é real e do que é sintoma do pânico (HELDT et al., 2008). De fato, observa-se um aumento da ansiedade no início da terapia, e o conjunto dos fatores terapêuticos identificados como mais úteis no início da terapia podem fortalecer tanto o vínculo quanto a permanência dos pacientes no grupo (YALOM; LESZCZ, 2006).

Na fase intermediária, observou-se crescimento significativo dos fatores altruísmo, autocompreensão e orientação, principalmente da 4ª para a 6ª sessão. Nessa etapa da TCCG, abordam-se os aspectos cognitivos, como o reconhecimento dos pensamentos automáticos e a sua correção por meio de técnicas como questionamento socrático e descatastrofização (HELDT et al., 2008). O fato de reconhecer seus próprios pensamentos e de auxiliar os demais integrantes na identificação das distorções, com a utilização de ferramentas cognitivas, pode promover os três fatores citados de forma interdependente (YALOM; LESZCZ, 2006).

Da 6ª para a 7ª sessão, quando iniciam as exposições interoceptivas (exposições aos sintomas de pânico provocados durante as sessões), percebe-se novamente um aumento de fatores como a identificação e a reedição familiar. Nessa etapa, os participantes observam-se mutuamente durante os exercícios, realizado também pelos terapeutas. Por meio da identificação, os pacientes modelam seus comportamentos e experimentam novas formas de pensar e agir mais adaptadas. Especialmente na realização de exercícios que oportunizam um espelhamento, o ambiente grupal mostra-se um espaço superior ao da terapia individual (WHITE; FREEMAN, 2003; HELDT et al., 2008).

Os fatores orientação, fatores existenciais e aprendizagem interpessoal - input também aumentam novamente na etapa final, entre a 9ª e a 11ª sessão. Nessa fase, trabalha-se com a exposição ao vivo das situações evitadas. Os fatores considerados mais úteis proporcionam a integração interpessoal dos membros, possibilitando maior apoio para o enfrentamento de situações hierarquizadas em termos de dificuldade (WHITE; FREEMAN, 2003). Cabe

salientar o papel do fator orientação, que auxilia os pacientes por meio de sugestões ou orientações do terapeuta e dos outros membros do grupo a lidar melhor com a sua doença (YALOM; LESZCZ, 2006).

A instilação de esperança aumentou gradativamente, sobretudo da 9ª para a 10ª sessão e na 12ª sessão. Nessa fase da terapia, os membros combinam as tarefas para realizar as exposições as situação evitadas, havendo intensa troca de experiências e aprendizado. Um aspecto fundamental que ocorre na sessão é a valorização do que cada integrante conseguiu realizar, mesmo que não tenha atingido plenamente os objetivos propostos (MANFRO et al., 2008; MANFRO; HELDT; VOLPATO CORDIOLI, 2008). Ainda nessa etapa, o terapeuta sinaliza a aproximação do término da terapia, ao mesmo tempo em que reforça que o aprendizado das técnicas permanecerá, independentemente da continuação do grupo. Na 12ª sessão, que é a última, o grupo finaliza demonstrando que mantém a esperança elevada, o que pode ser atribuído ao fato de presenciar o sucesso de outros pacientes, promovendo, assim, a sensação de ser possível enfrentar os medos e a consciência de que cada um tem seu tempo, mesmo com o término do grupo (HELDT et al., 2008).

Os fatores terapêuticos universalidade, catarse, aprendizagem interpessoal - output e coesão não apresentaram variação significativa ao longo dos sessões nem interação com a resposta à TCCG para o TP. Particularmente sobre a coesão, que é definida como condição determinante para o sucesso da terapia e apontada por estudos anteriores como um fator importante (CHOI; PARK, 2006; SANTOS et al., 2012), é possível inferir que o breve tempo de TCCG tenha desfavorecido para o aumento significativo desse fator.

Em relação ao efeito dos fatores terapêuticos e a resposta à TCCG para pacientes com TP, os fatores que apresentaram interação significativa na melhora dos sintomas foram a reedição familiar e os fatores existenciais.

O efeito do fator reedição familiar esteve relacionado à melhora dos sintomas de ansiedade e dos sintomas depressivos, diferentemente de outro estudo que sugeriu que esse fator pode ser um dos menos relevantes em TCCG (BIELING; McCABE; ANTONY, 2006). De fato, a abordagem nos grupos de TCC detém-se no “aqui e agora”, concentrando-se menos nos processos de vínculo ou nos problemas familiares. Contudo, devido às características dos sintomas do TP, os pacientes com maior comprometimento em relação aos ataques de pânico ou ao medo de um novo ataque tendem a depender do acompanhamento de familiares, inclusive para realizar atividades rotineiras, como, por exemplo, andar de ônibus, ir a supermercados e shoppings, confirmando o impacto do TP sobre as relações familiares. Os resultados de um estudo recente apontaram correlação significativa entre sobrecarga subjetiva

em familiares de pacientes com TP e maior gravidade dos sintomas (DETZEL et al., 2015). Assim, a reedição familiar mostra-se útil mesmo em grupos de TCC, devido ao tipo de dependência que os pacientes com TP costumam apresentar.

Os fatores existenciais mostraram-se significativamente relacionados à melhora dos sintomas depressivos, conforme o BDI, e dos sintomas específicos do TP, avaliados com o PDSS. Esse fator terapêutico também apresentou efeito positivo em grupos de apoio (SANTOS et al., 2012) ou psicodinâmicos (SAYIN; CANDANSAYAR; WELKIN, 2013). No entanto, não foram encontrados estudos em TCCG para que se estabelecessem comparações. A hipótese para essa interação pode estar em aspectos centrais do TP relacionado ao medo de morrer durante o ataque de pânico e da conduta evitativa de situações consideradas de “risco”. Quando o indivíduo percebe que as atitudes e o enfrentamento dos medos dependerão principalmente de si próprio, os fatores existenciais que emergem do grupo em conjunto com as técnicas de correções de pensamentos distorcidos e de exposições promovem a mudança (YALOM; LESZCZ, 2006). Em um estudo de TCCG para pacientes com TP, constatou-se que a redução dos sintomas depressivos, da ansiedade antecipatória e dos ataques de pânico foi correlacionada ao uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, como aceitação da responsabilidade e diminuição da necessidade de apoio social (WESNER et al., 2014). O estudo, porém, não avaliou os fatores terapêuticos de grupo.

Os fatores altruísmo e universalidade não estiveram associados à melhora dos pacientes no grupo do TP. Embora esses fatores terapêuticos tenham sido descritos como importantes para grupos de apoio a familiares (SANTOS et al., 2012) e grupos de apoio para idosos (NOGUEIRA et al., 2013), outra pesquisa que estudou o fator altruísmo em grupos de familiares de UTI não identificou relação com melhor desfecho (OLIVEIRA et al., 2008). A universalidade é um fator mais pesquisado, inclusive com a TCC. Estudos verificaram que a universalidade foi relacionada a menores taxas de recaída em grupo de pacientes dependentes de álcool (DEMIRBAS; DOGAN; ILHAN, 2012) e em grupo de psicoterapia psicodinâmica para mulheres com história de abuso sexual (SAYIN; CANDANSAYAR; WELKIN, 2013). Na pesquisa que avaliou um grupo de TCC para pacientes com fobia social, a universalidade esteve identificada e relacionada a melhores resultados da terapia (CHOI; PARK, 2006).

Não houve associação com melhora dos sintomas para o grupo do TP com a aprendizagem interpessoal - input, a catarse e a autocompreensão. De acordo com um estudo sobre TCCG em fobia social, os mesmos fatores terapêuticos não apresentaram relação significativa na comparação de pacientes que melhoraram com os que não responderam à terapia (CHOI; PARK, 2006). Por outro lado, em um grupo de apoio on-line para mulheres

com câncer de mama metastático (VILHAUER, 2009) e em um grupo de suporte ao luto relacionado a suicídio de familiar (GROOS; SHAKESPEARE-FINCH, 2013), a catarse demonstrou efeito positivo.

A coesão grupal foi um fator que não apresentou relação com a resposta a TCCG, ao contrário do que se observou em outros estudos, nos quais foi mencionada como um dos fatores mais influentes em diversos tipos de psicoterapias de grupo, como grupo de apoio para idosos (NOGUEIRA et al., 2013), para pacientes com câncer (SCHNUR; MONTGOMERY, 2010) e para diabéticos (OLIVEIRA et al., 2009), para famílias de pacientes internados (OLIVEIRA et al., 2008; SANTOS et al., 2012). No entanto, em outros estudos, a coesão não foi preditora de resposta à terapia, como na avaliação realizada em um grupo de TCC para pacientes com transtornos de humor e de ansiedade (OEI; BROWNE, 2006) e em um grupo de tratamento para álcool e outras drogas (GILLASPY et al., 2002).

Em uma meta-análise específica sobre coesão em psicoterapia de grupo, observou-se que existem cincovariáveis moderadoras para prever significativamente a magnitude do resultado de correlação com a coesão: idade, orientação teórica, duração e tamanho do grupo em número de participantes (BURLINGAME; McCLENDON; ALONSO, 2011). Nesse sentido, um grupo de TCC pode parecer coeso inicialmente e ficar menos coeso se o progresso tornar-se difícil para alguns ou todos os membros ou, ainda, se eles tiverem uma interação negativa em algum aspecto (BIELING; McCABE; ANTONY, 2006). Outra hipótese decorre do tipo de terapia, isto é, por ser uma abordagem breve, pautada em tarefas e atividades bem delimitadas, é possível que não tenha favorecido a coesão grupal para o perfil de pacientes que receberam o tratamento neste estudo. Contudo, cabe salientar que nenhum fator terapêutico isoladamente é suficiente para contribuir com o resultado da terapia (YALOM; LESZCZ, 2006).

6.2 Fatores terapêuticos e TCCG para TOC

Os fatores terapêuticos identificação e instilação de esperança foram significativamente mais úteis ao longo das sessões no grupo do TOC. Em relação ao fator identificação, percebe-se um aumento no escore entre a 4ª e a 5ª sessão e da 7ª para a 8ª sessão. Essa fase é considerada intermediária na TCCG, e utilizam-se técnicas cognitivas para reconhecimento de pensamentos e crenças distorcidas. Especialmente na 5ª sessão, trabalha-se um tema recorrente e predominante no TOC, que são as obsessões relacionadas a limpeza e contaminação. Na 7ª sessão, o foco recai sobre as compulsões de perfeccionismo e

necessidade de ter certeza. Provavelmente os membros identificam-se e, ao verificar como os outros lidam com as obsessões e compulsões, aprendem-se novas alternativas de enfrentamento capazes de ajudar uns aos outros por apresentarem os mesmo sintomas (HELDT et al., 2008).

Quanto à instilação de esperança, nota-se que houve aumento significativo, especialmente da 8ª para a 9ª sessão, momento em que a família é convidada a participar efetivamente da sessão de terapia. Em um estudo prévio, o papel da família foi considerado importante tanto para o prognóstico quanto para os desfechos do tratamento do TOC (VAN NOPPEN; STEKETEE, 2009), já que o foco psicoeducativo sobre a doença possibilita a participação da família no tratamento e na reabilitação do paciente (NAVARINI; HIRDES, 2008). A instilação de esperança também foi considerada relevante no estudo que avaliou fatores terapêuticos em um grupo de suporte de pais e familiares de crianças internadas (SANTOS et al., 2012).

Os demais fatores terapêuticos não foram significativos quando analisados isoladamente após cada sessão. No entanto, na avaliação do efeito dos fatores e da resposta ao tratamento, verificou-se que esses mesmos fatores apresentaram interação significativa com os desfechos avaliados.

O altruísmo esteve associado à melhora da ansiedade mensurada com a HAM-A e dos sintomas obsessivos/compulsivos avaliados pela Y-BOCS. Esse fator terapêutico foi considerado útil em grupos de suporte aos idosos (NOGUEIRA et al., 2013) e para diabéticos (OLIVEIRA et al., 2009). Todavia, em se tratando de TCCG para TOC, não foram encontrados estudos sobre o altruísmo. No presente estudo, a ajuda mútua resultou em impacto positivo na resposta à terapia (YALOM; LESZCZ, 2006).

Em relação à universalidade, percebeu-se um efeito positivo, com melhora dos sintomas de ansiedade e das obsessões/compulsões. A universalidade é um aspecto que pode desempenhar um papel significativo em grupos de TCC para transtornos específicos – nesse caso, o TOC (HELDT et al., 2008). Em geral, o grupo passa a ser a primeira oportunidade que o paciente com TOC tem de conhecer outros portadores da mesma doença. Semelhantemente ao grupo de TCC para fobia social, também existe a possibilidade de alguns indivíduos terem dificuldades em expressar suas experiências e os sintomas do TOC, sobretudo por medo da crítica e do julgamento dos outros, além da sensação de que seu problema é único (BIELING; McCABE; ANTONY, 2006). Assim, o fato de um paciente com TOC perceber que não é o único a ter pensamentos involuntários e estranhos, que o induzem a realizar rituais por vezes bizarros para neutralizar a ansiedade, encoraja os indivíduos a prosseguir em tratamento

(SOCHTING, 2014). Especialmente nas primeiras fases de uma terapia de grupo, a invalidação do sentimento de solidão perante a doença é uma grande fonte de alívio para os pacientes (YALOM; LESZCZ, 2006). Esse processo também foi observado em uma terapia de grupo de apoio a familiares enlutados pelo suicídio (GROOS; SHAKESPEARE-FINCH, 2013).

A aprendizagem interpessoal - input apresentou efeito significativo à melhora dos sintomas de ansiedade, à impressão clínica global (CGI) e aos sintomas específicos do TOC. De fato, um dos principais aspectos do grupo é a reunião de pessoas diferentes que desejam mudar algo sobre si mesmas ou sua situação, proporcionando, assim, um conjunto de interações interpessoais (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012). Conforme pesquisas que avaliaram os fatores de grupo, a aprendizagem interpessoal - input foi relevante para o desenvolvimento de resultados positivos em pacientes diabéticos (OLIVEIRA et al., 2009) e no grupo de familiares de crianças em internação hospitalar (SANTOS et al., 2012).

Além das experiências compartilhadas entre os membros do grupo, a aprendizagem interpessoal - input exige habilidade e encorajamento especial por parte do terapeuta para ser explorado, visto que se desenvolvem aprendizagens a partir dos padrões comportamentais e das interações dinâmicas que surgem no grupo (YALOM; LESZCZ, 2006; COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012). No desenvolvimento desse fator, principalmente em terapias com foco psicodinâmico, há uma possibilidade de experiências emocionais corretivas, além do *insight*, que é o processo de “dar-se conta”, capacitando o indivíduo a adotar uma posição crítica sobre a situação. Esses processos também estão presentes nas terapias de grupo focadas no “aqui e agora”, como é o caso da TCCG.

Para que essa formulação tenha relevância em terapias como a TCCG, é fundamental que os membros do grupo experimentem uns aos outros com espontaneidade e honestidade. No seguimento das sessões, quanto maior a autorreflexão sobre essas experiências interpessoais emocionais, maior será a aprendizagem terapêutica (YALOM; LESZCZ, 2006). No entanto, pouco se descreve sobre relações interpessoais de um grupo, especificamente em TCCG. Verificaram-se, nesta pesquisa, dados significativos quanto à utilidade da aprendizagem interpessoal - input para o grupo do TOC; é provável que tal resultado esteja associado ao fato de que pacientes com esse transtorno apresentam relações interpessoais mais empobrecidas, sendo comumente mais isolados. O grupo, nessa situação, pode ser uma fonte de troca de experiência interpessoais, favorecendo o maior desenvolvimento desse fator.

A aprendizagem interpessoal - output também foi significativa na melhora da ansiedade, das obsessões e das compulsões. Outro estudo também salientou a contribuição

desse fator terapêutico para a melhora de pacientes que realizaram TCCG para fobia social (CHOI; PARK, 2006). De fato, o ambiente de grupal oferece aos participantes a valiosa oportunidade de praticar novos comportamentos e desenvolver habilidades sociais básicas. Especificamente em grupos de TCC, é comum que se proponham exposições que envolvam socialização (BIELING; McCABE; ANTONY, 2006) A aprendizagem interpessoal - output também oportuniza que o indivíduo avalie a si mesmo, compondo o processo de mudança terapêutica (YALOM; LESZCZ, 2006).

Os fatores orientação e catarse foram relacionados significativamente à melhora dos sintomas de ansiedade. A orientação diz respeito às técnicas de psicoeducação, presentes na TCCG, sobretudo no início da terapia, e o impacto positivo desse fator também foi apontado em terapia de grupo de apoio (SALVETTI et al., 2012; NOGUEIRA et al., 2013; MARTINS; PERES, 2014) e em grupos de TCC (CHOI; PARK, 2006). A catarse não é considerada como um objetivo da TCC, porém trata-se do primeiro passo para a mudança terapêutica e o alívio da ansiedade (BIELING; McCABE; ANTONY, 2006). Logo, parece interessante que, durante as sessões de TCCG, haja espaço para a revelação de sentimentos (YALOM; LESZCZ, 2006).

A reedição familiar para o grupo do TOC esteve relacionado à melhora da ansiedade e dos sintomas específicos do TOC. Os grupos cujos membros discutem mais enfaticamente questões sobre vínculos familiares problemáticos e recordações do relacionamento com os pais são os que mais favorecem o desenvolvimento da reedição familiar (BIELING; McCABE; ANTONY, 2006). Mesmo em grupos focados nos sintomas, como no caso da TCCG, a reedição familiar pode tomar espaço: o terapeuta passa a ser reconhecido pelos integrantes do grupo como uma figura paternalista e de autoridade, enquanto os colegas passam a reconhecer-se como figuras fraternas de irmandade, o que pode ser benéfico ao grupo (SOCHTING, 2014). No entanto, essa é uma das razões pela qual a reedição familiar é mais comum em grupos de terapia psicodinâmica, de apoio ou de suporte (YALOM; LESZCZ, 2006).

Em relação à autocompreensão, o efeito significativo teve relação com a melhora dos da ansiedade, da impressão clínica global (CGI) e dos sintomas específicos de obsessões e compulsões. A relevância da autocompreensão também foi verificada em outros estudos em grupos de apoio e de terapia cognitiva (DeLUCIA-WAACK; KALODNER, 2005). Outro estudo de abordagem psicanalítica revelou que este foi o fator de maior importância para os resultados positivos ao longo do tratamento (VLASTELICA; PAVLOVIC; URLIC, 2003), também tendo sido destaque em um grupo de psicoeducação em assertividade (treino de objetividade) avaliado por 20 mulheres em pesquisa qualitativa (ARGYRAKOULI;

ZAFIROPOULOU; 2007). Pelo fato de o TOC caracterizar-se pela interferência de pensamentos recorrentes, a autocompreensão pode propiciar maior desenvolvimento cognitivo, influenciando, então, a melhora dos sintomas.

Os fatores existenciais resultaram em melhora significativa dos sintomas específicos do TOC (Y-BOCS) e da impressão clínica global (CGI) no grupo do TOC. Os achados estão de acordo com grupos psicodinâmicos (NOGUEIRA et al., 2013, PETROVIC et al., 2014), que abordam questões como responsabilidade, contingência, isolamento básico, reconhecimento da mortalidade e consequências da própria existência. Por ser um fator terapêutico que toca a sensibilidade dos pacientes, tem sido comprovada sua influência nas terapias de grupo (YALOM; LESZCZ, 2006). Em um grupo de TCC para TOC, os fatores existenciais são considerados como relevantes, uma vez que o paciente sofre impacto negativo em sua vida, de modo que tal fator torna-se relevante no tratamento desses pacientes (SOCHTING, 2014).

Não foi evidenciada interação significativa entre os fatores identificação e instilação de esperança com a resposta à TCCG do TOC. Esses resultados convergem com dois estudos com grupos psicodinâmicos que descreveram a identificação como fator terapêutico pouco relevante e menos relacionado à melhora dos pacientes (VLASTELICA; PAVLOVIC; URLIC, 2003; PETROVIC et al., 2014). A instilação de esperança é considerada como um ingrediente necessário em qualquer tipo de psicoterapia de grupo, e estudos demonstram que ela está associada a uma maior sensação de acolhimento e apoio (OLIVEIRA et al., 2008; MARTINS; PERES, 2014) e a menores taxas de recaída do álcool (DEMIRBAS; DOGAN; ILHAN, 2012). Em outro estudo, a expectativa e a esperança foram definidas como tão importantes quanto a técnica no processo de mudança, correspondendo a 15% do resultado de melhora (BECHELLI; SANTOS, 2002). Não foram encontrados estudos prévios que avaliassem a instilação de esperança na TCCG.

A coesão grupal não apresentou interação com a melhora dos sintomas do TOC. Diferentemente ao que foi observado em relação a ansiedade encontrado em estudos de grupo para mulheres que sofreram abuso sexual (SAYIN; CANDANSAYAR; WELKIN, 2013) e de psicoterapia psicodinâmica para pacientes com psicoses (PETROVIC et al., 2014). Especificamente na TCCG, a coesão grupal também foi relacionada aos resultados positivos da terapia para fobia social (CHOI; PARK, 2006; TAUBE-SCHIFF et al., 2007), embora não tenham sido encontrados estudos em grupo de pacientes com TOC. Sabe-se que um grupo coeso exerce a função de continente das angústias e necessidades de cada um e de todos (YALOM; LESZCZ, 2006).

Poucas pesquisas sobre os fatores terapêuticos e suas inter-relações foram realizadas até o momento, assim como foram encontrados poucos estudos tendo à frente da TCCG um enfermeiro como terapeuta. Sabe-se que o impacto diferencial entre os fatores é influenciado pelo tipo de grupo, pelo estágio da terapia e pelo nível intelectual do paciente, razão pela qual sempre será complexo discriminar com precisão o efeito dos fatores (YALOM; LESZCZ, 2006). Neste estudo, porém, foi possível identificar os fatores considerados mais úteis em cada sessão e os que apresentaram efeito significativo na resposta à TCCG. Portanto, a identificação de fatores terapêuticos nos grupos de TCC para TOC e para TP contribuirá para o melhor desenvolvimento da terapia de grupo, tendo em vista que, conhecendo quais fatores têm maior impacto em cada grupo, o terapeuta poderá aprimorar sua abordagem em cada sessão de TCCG.

Algumas limitações deste estudo precisam ser consideradas. A falta de grupo controle e o pequeno tamanho da amostra com várias análises de comparação podem comprometer o poder estatístico. A aplicação de instrumento em um curto período de tempo para avaliar os fatores terapêuticos pode conduzir a respostas sistematizadas. No entanto, trata-se de um estudo inédito, relevante para a prática clínica de saúde mental e coordenado por um enfermeiro.

7 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciaram que os fatores terapêuticos de grupo influenciam positivamente a resposta da TCCG para pacientes com TP e para pacientes com TOC. Porém, existem diferenças de efeito desses fatores, que se relacionam à fase da terapia e ao tipo específico de sintoma. Constatou-se que os fatores terapêuticos são elementos dinâmicos e interdependentes, fazendo-se necessário o reconhecimento do impacto desses fatores durante as sessões de TCCG para haver melhor compreensão do processo terapêutico e aprimoramento da terapia de grupo.

A TCC desenvolvida em grupo oportuniza um ambiente que facilita a experimentação de novos comportamentos mais adaptados e a correção das distorções cognitivas. Esse processo de mudança inclui a presença de fatores terapêuticos que também atuam durante a terapia, como a instilação de esperança ou a autocompreensão. Cada membro do grupo serve de modelo para os outros, o qual pode ser testado para gerar possíveis soluções. Assim, o grupo viabiliza a identificação de comportamentos adaptativos, obtendo-se a validação dos demais integrantes e do terapeuta. Além disso, o reconhecimento e a valorização de fatores terapêuticos pode ser uma ferramenta útil para tolerar o aumento da ansiedade no início da terapia, assim como o uso da pressão e do apoio do grupo para mudar comportamentos, especialmente nas sessões intermediárias e finais da TCCG.

Os resultados da pesquisa também possibilitaram observar que os processos de grupos são diferentes na TCCG para TOC e para TP, mesmo que ambos os grupos tenham em comum a abordagem cognitivo-comportamental. Os fatores com interação significativa para a melhor resposta à TCCG no grupo do TOC foram altruísmo, universalidade, aprendizagem interpessoal - output, fatores existenciais, coesão, catarse autocompreensão e reedição familiar. Para o grupo do TP, os fatores mais significativos para uma melhor resposta foram a reedição família e os fatores existenciais. Portanto, comprova-se que o conjunto de fatores terapêuticos pode ser valorizado conforme as características dos indivíduos e do tipo de patologia. Nesse sentido, além de dominar o embasamento teórico sobre psicopatologia e técnicas de TCC, o terapeuta precisa estar capacitado para favorecer o desenvolvimento dos recursos terapêuticos.

Estudos sobre fatores terapêuticos costumam ser realizados em grupos com abordagem psicodinâmica, provavelmente pelo tempo de duração da terapia, que em geral é longo. A TCCG, ao contrário, caracteriza-se por ser breve, com número de sessões

previamente definido e foco no presente. Outro aspecto relevante é que, via de regra, a metodologia utilizada é qualitativa ou descritiva, o que dificulta generalizações e comparações para um melhor entendimento dos processos grupais.

Portanto, sugere-se que mais pesquisas de ensaio clínico controlado sejam desenvolvidas, explorando-se o potencial dos fatores terapêuticos na TCCG para potencializar os resultados em outros transtornos da saúde mental. Sugerimos também que mais estudos sejam realizados e publicados por enfermeiros terapeutas cognitivo-comportamentais de grupo. A partir deste estudo, podemos inferir que a melhor prática da TCC em grupo para o TOC e para o TP está em conciliar as técnicas da terapia com os fatores terapêuticos para se atingir melhores resultados.

A utilização da TCC em nosso meio é recente, especialmente em formato de grupo. Um dos prováveis motivos para isso é a falta de profissionais habilitados nessa modalidade de tratamento, incluindo o enfermeiro. De fato, constata-se a crescente demanda dos serviços de saúde mental, especialmente em instituições públicas. A terapia em grupo possibilita a ampliação de atendimento efetivo, apresentando uma relação custo-benefício favorável. Portanto, a tendência atual das políticas na área da saúde mental fortalece o modelo grupal e o enfermeiro pode ser um dos profissionais capacitados em TCCG, a exemplo de outros países.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOWITZ, J.S. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. **Behav. Ther.**, London, v. 27, no. 4, p. 583-600, 1996.
- ABRAMOWITZ, J.S; FOA, B.E.; FRANKLIN, E.M. Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: effects of intensive versus twice-weekly sessions. **J. Consult. Clin. Psych.**, Washington, v. 71, no. 2, p. 394-398, 2003.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **Br. J. Psychiatr.**, London, v. 171, no. 6, p. 524-529, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Texto Revisado (DSM-IV-TR). 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
- 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. 106-155, 2000.
- ARGYRAKOULI, E.; ZAFIROPOULOU, M. Qualitative analysis of experiences of members of a psychoeducational assertiveness group. **Psychol. Rep.**, Missoula, v. 100, no. 2, p. 531-546, 2007.
- ASBAHAR, F.R; et al. The Yale-brown obsessive compulsive scale. In: MIGUEL, E.C. **Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 219-230.
- BECHDOLF, A. et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. **Acta Psychiatr. Scand.**, Malden, v. 110, p. 21-28, 2004.
- BEHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.10, n. 3, p. 383-391, 2002.
- _____. O terapeuta na psicoterapia de grupo. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 249-254, 2005.
- BECK, A.T. et al. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979. 425p.
- _____.; BLAMSDERFER, A. Assessment of depression: the depression inventory. In: PICHOT, P.; MARTIN, R.O. **Psychological measurements in psychopharmacology**. Basel: S. Karger, 1979. 267p. p. 151-169.
- _____. The current state of cognitive therapy: 40-year retrospective. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 62, no. 9, p. 953-959, 2005.

- BIELING, P.J.; McCABE, R.E.; ANTONY, M.M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 408p.
- BOUTON, M.E.; BARLOW, D.H.; MINEKA, S. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. **Psychol. Rev.**, Washington, v. 108, no. 1, p. 4-32, 2001.
- BRAGA, D.T. et al. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. **Acta Psychiatr. Scand.**, Malden, v.112, no. 3, p. 180-186, 2005.
- _____. Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 164-168, 2010.
- 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: 20 jul. 2013.
- BUTLER, A.C. et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. **Clin. Psychol. Rev.**, Tarrytown, v. 26, no. 1, p. 17-31, 2006.
- CALDAS, C.P. et al. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 783-788, 2010.
- CARR, D.B.; SHEEHAN, D.V. Panic anxiety: a new biological model. **J. Clin. Psychiatry**, Memphis, v. 45, no. 8, p. 323-330, 1984.
- CARVALHO, E.C.; MONCAIO, A.C.S. Modificação de comportamentos como estratégia de assistência de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 110-118, 2010.
- CAVACO, V.S.J. et al. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revisão sistemática. **Rev. Referência**, Coimbra, v. 2, n. 12, p. 93-103, 2010.
- CHOI, Y.H.; PARK, K.H. Therapeutic factors of cognitive behavioral group treatment for social phobia. **J. Korean Med. Sci.**, Seoul, v. 21, no. 2, p. 333-336, 2006.
- CLARK, D.M. A cognitive approach of panic. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 24, no. 4, p. 461-470, 1986.
- CLARK, D.A.; BECK, A.T. **Terapia cognitiva para transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 640p.
- COSTA, R.T. et al. The effectiveness of cognitive behavioural group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 144-149, 2011.
- COX, P.D.; VINOGRADOV, S.; YALOM, I.D. Terapia de Grupo. In: HALES, R.E.; YUDOFKY, S.; GABBARD, G.O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1370-1415.

CRINO, R.; SLADE, T.; ANDREWS, G. The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. **Am. J. Psychiatr.**, Arlington, v. 162, no. 5, p. 876-882, 2005.

D'EL REY, G.J.F. et al. Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultado de 12 semanas. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 79-83, 2008.

DeLUCIA-WAACK, J.L.; KALODNER, C.R. Contemporary issues in group practice. In: WHEELAN, S.A. **The handbook of group research and practice**. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 2005. p. 65-84.

DEMIRBAS, H.; DOGAN, Y.B.; ILHAN, I.O. The relationship between the group therapeutic factors and relapse in alcohol dependent inpatient. **Düşünen Adam**, Istanbul, v. 25, no. 2, p. 119-124, 2012.

DETZEL, T. et al. Family burden and family environment: comparison between patients with panic disorder and with clinical diseases. **Psychiatry Clin. Neurosci.**, Carlton, v. 69, no. 2, p. 100-108, 2015.

EHLERS, A. et al. Lactate infusions and panic attacks: do patients and controls respond differently? **Psychiatry Res.**, Limerick, v. 17, no. 4, p. 295-308, 1986.

FAVA, L.; MORTON, J. Causal modeling of panic disorders theories. **Clin. Psychol. Rev.**, Limerick, v. 29, no. 7, p. 623-637, 2009.

FINK, M.; TAYLOR, M.A.; VOLAVKA, J. Anxiety precipitated by lactate. **New England J. Med.**, Boston, v. 281, no. 25, p. 1429, 1969.

FLORES, P.J.; GEORGI, J.M. **Substance abuse treatment: group therapy: a treatment improvement protocol TIP 41**. Rockville: US Department of Health and Human Services, 2005. 208p. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64220/pdf/Bookshelf_NBK64220.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

FREEDMAN, R.R. et al. Psychophysiological factors in panic disorder. **Psychopathology**, Basel, v. 17, suppl. 1, p. 66-73, 1984.

FURUKAWA, T.A. et al. Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. **Depress Anxiety**, New York, v. 26, no. 10, p. 922-929, 2009.

GILLASPY, J.A. et al. Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes. **Psychother. Res**, London, v. 12, no. 2, p. 213-229, 2002.

GLASHAN, R.Q.; LELIS, M.A.S.; BRUSCHINI, H. Terapia comportamental (TC) em incontinência urinária: relato de experiência. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v. 33, nesp, p. 120-123, 1999.

GNANAVEL, S.; ROBERT, R. Psychoeducation: the dual advantage! **Clin. Teacher**, Oxford, v. 11, no. 6, p. 494, 2014.

GOODMAN, W.K. et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 46, no. 11, p. 1006-1011, 1989.

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, no. 4, p. 453-457, 1996.

GORMAN, J. M. et al. Effect of Acute β -Adrenergic Blockade on Lactate-Induced Panic. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 40, no. 10, p. 1079-1082, 1983.

_____. Response to hyperventilation in a group of patients with panic disorder. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 141, no. 7, p. 857-861, 1984.

_____. The lactateinfusion model. **Psychopharmacol. Bull.**, Rockville, v. 21, no. 3, p. 428-433, 1985.

_____. et al. A neuroanatomical hypothesis for panic disorder, revised. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 157, no. 4, p. 493-505, 2000.

GOURNAY, K. Nurses as therapists (1972-2000). **Behav. Cogn. Psychother.**, New York, v. 28, p. 369-377, 2000.

_____. et al. British nurses in behavioural psychotherapy: a 25-year follow-up. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v. 32, no. 2, p. 343-351, 2000.

GROOS, A.D.; SHAKESPEARE-FINCH, J. Positive experiences for participants in suicide bereavement groups: a grounded theory model. **Death Stud.**, Washington, v. 37, no. 1, p. 1-24, 2013.

GUY, W. Clinical Global Impressions CGI. In: **ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology**. Rev. ed. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976. p. 217-222.

HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. **Br. J. Med. Psychol.**, London, v. 32, no. 1, p. 50-55, 1959.

HASLAM, M.T. The relationship between the effect of lactate infusion on anxiety states, and their amelioration by carbon dioxide inhalation. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 125, no. 584, p. 88-90, 1974.

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, no. 1, p. 43-48, 2003.

_____. 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, no. 5, p. 657-665, 2006.

_____. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: VOLPATO CORDIOLI, A.V. et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 317-340.

HOLLANDER, E.; SIMEON, D. Transtornos de ansiedade. In: HALES, R.E; YUDOFISKY, S.C. **Tratado de psiquiatria clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 522-602.

HOLLON, S.D.; SHAW, B.F. Cognitive therapy group for depressed patients. In: BECK, A.T. et al. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979. p. 241-259.

ITO, L.M.; RAMOS, R.T. Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. **Rev. Psiquiatr Clín. [online]**, São Paulo, v. 25, n. 6, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/ansi256c.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

JAUURIETA, N. et al. Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: follow up. **Psychiatry Clin Neurosci.**, Carlton, v. 62, no. 6, p. 697-704, 2008.

KANNER, S.; HAMRIN, V.; GREY, M. Depression in adolescents with diabetes. **J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs.**, Oxford, v. 16, no. 1, p. 15-24, 2003.

KESSLER, R.C. et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 63, no. 4, p. 415-424, 2006.

KNIJNIK, D.Z. et al. Psicoterapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 77-81, 2004.

_____. **Fobia social generalizada: um estudo comparativo de duas modalidades terapêuticas**. 2008. 131 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/14935>>. Acesso em: 11 maio 2014.

LAMB, S.E. et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. **Lancet**, London, v. 375, no. 9718, p. 916-923, 2010.

LAPIERRE, Y.D.; KNOTT, V.J.; GRAY, R. Psychophysiological correlates of sodium lactate. **Psychopharmacol. Bull.**, Rockville, v. 20, no. 1, p. 50-57, 1984.

LAZARUS, A.A. Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. **J. Abnorm. Soc. Psychol.**, Albany, v. 63, no. 3, p. 504-510, 1961.

LEVITAN, M.N. et al. **Transtorno do pânico: diagnóstico**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2012. 28p. Projeto diretrizes. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/transtorno_do_panico.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2015.

LIEBOWITZ, M.R. et al. Lactate provocation of panic attacksI. Clinical and behavioral findings. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 41, no. 8, p. 764-770, 1984.

_____. Lactate provocation of panic attacksII. Biochemical and physiological findings. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 42, no. 7, p. 409-419, 1985.

LOVELL, K. et al. Agoraphobia: nurse therapist – facilitated self-help manual. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v. 43, no. 6, p. 623-630, 2003.

- MACHADO, S.C.E.P. et al. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1987 e 2002. **Rev. Gaucha Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 209-214, 2003.
- MANFRO, G.G. et al. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. **J. Affect. Disord.**, Amsterdam, v. 41, no. 2, p. 135-139, 1996.
- _____. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno do pânico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl II, p. 81-87, 2008.
- MANFRO, G.G.; HELDT, E.; VOLPATO CORDIOLI, A.V. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno do pânico. In: VOLPATO CORDIOLI, A.V. et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 431-448.
- MARKS, I.M.; CONNOLLY, J.; HALLAM, R.S. Psychiatric nurse as therapist. **Br. Med. J.**, London, v. 3, no. 5872, p. 156-160, 1973.
- MARKS, I.M. et al. Nurse therapists in behavioural psychotherapy. **Br. Med. J.**, London, v. 3, no. 5976, p. 144-148, 1975.
- MARTINS, M.M.; PERES, R.S. Fatores terapêuticos em grupo de apoio a mulheres com câncer de mama. **Psic. Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 2, p. 396-408, 2014.
- MEYER, E. et al. Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 20-29, 2010.
- NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008.
- NICHOLS, J. **The use of cognitive behaviour therapy by community mental health nurses: a review of literature**. [S.l.: s.n.], 2006. 11 p. Disponível em: <<http://www.rational.org.nz/prof-docs/CBT&Nursing.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.
- NOGUEIRA, A.L.G. et al. Fatores terapêuticos identificados em um grupo de promoção da saúde de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1352-1358, 2013.
- OEI, T.P.S.; BROWNE, A. Components of group processes: have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive-behavior therapy program? **Am. J. Psychother.**, Bronx, v. 60, no. 1, p. 53-71, 2006.
- OLIVEIRA, G.N.M. et al. Inventário de depressão de Beck (BDI) e Escala de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) em pacientes com epilepsia. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 131-134, 2011.
- OLIVEIRA, L.M.A.C. et al. Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 432-438, 2008.
- OLIVEIRA, N.F. et al. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 558-565, 2009.

- OYAMA, S.M.R.; CHAVES, E.C. Proposta de uma intervenção telefônica para cessação do tabagismo. **CuidArte Enferm**, Catanduva, v. 7, n. 1, p. 20-27, 2013.
- PAULS, D.L. et al. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. **Nat. Review Neurosci.**, London, v. 15, no. 6, p. 410-424, 2014.
- PETROVIC, R.B. et al. The perceived importance of Yalom's therapeutic factors in psychodynamic group psychotherapy for patients with psychosis. **Group Analysis**, London, v. 47, no. 4, p. 456-471; 2014.
- PILECKI, B.; ARENTOFT, A.; MCKAY, D. An evidence-based causal model of panic disorder. **J. Anxiety Disord.**, Amsterdam, v. 25, no. 3, p. 381-388, 2011.
- PIMENTAL, C.A.M. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 288-294, 2001.
- PITTENGER, C.; BLOCH; M. H.; WILLIAMS, K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. **Pharmacol. Ther.**, Oxford, v. 132, no. 3, p. 314-332, 2011.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 670p.
- PRATS, E. et al. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in a specialized unit. **Actas Esp. Psiquiatr.**, Barcelona, v. 42, n. 4, p. 176-184, 2014.
- RACHMAN, S.; DE SILVA, P. Abnormal and normal obsessions. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 16, no. 4, p. 233-248, 1978.
- REASOR, J.E.; FARRELL, S.P. The effectiveness of advanced practice registered nurses as psychotherapists. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, Philadelphia, v. 19, no. 2, p. 81-92, 2005.
- REISS, S. Expectancy model of fear, anxiety and panic. **Clin. Psychol. Rev.**, Tarrytown, v. 11, no. 2, p. 141-153, 1991.
- RICHARDS, A. et al. Phase: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. **Br. J. Gen. Pract.**, London, v. 53, no. 495, p. 764-770, 2003.
- SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584p.
- SAFFI, F.; SAVOIA, M.; NETO, F.L. Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. In: VOLPATO CORDIOLI, A.V. et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 286p.
- SALKOVSKIS, P. M. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 23, no. 5, p. 571-583, 1985.
- _____. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 37, suppl. 1, p. 29-52; 1999.

SALKOVSKIS, P.M. et al. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 37, no. 11, p. 1055-1072, 1999.

_____. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. **Psychiatry**, London, v. 6, no. 6, p. 229-233, 2007.

SALVETTI, M.G. et al. Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 896-902, 2012.

SANTOS, L.F. et al. Fatores terapêuticos de suporte na perspectiva da coordenação e dos membros do grupo. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 122-127, 2012.

SAYIN, A.; CANDANSAYAR, S.; WELKIN, L. Group psychotherapy in women with a history of sexual abuse: what did they find helpful? **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 22, no. 23-24, p. 3249-3258, 2013.

SCHNUR, J.B.; MONTGOMERY, G.H. A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: uncommon factors? **Clin. Psychol. Rev.**, Tarrytown, v. 30, no. 2, p. 238-247; 2010.

SHANAHAN, N.A. et al. Essential role for orbitofrontal 5-HT1B receptors in OCD-like behavior and SRI response in mice. **Biol. Psychiatry**, New York, v. 70, no. 11, p. 1039-1048, 2011.

SHEAR, M.K. et al. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 154, no. 11, p. 1571-1575, 1997.

SOBELL, L.C.; SOBELL, M.B. **Terapia de grupo para transtornos por abuso de substâncias: abordagem cognitivo-comportamental motivacional**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 280p.

SOCHTING, I. **Cognitive behavioral group therapy: challenges and opportunities**. Chichester: John Wiley & Sons, 2014. 392p.

SOUSA, M.B. et al. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. **J. Clin. Psychiatry**, Memphis, v. 67, no. 7, p. 1133-1139, 2006.

SPIEGEL, D. et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. **Lancet**, London, v. 334, no. 8668, p. 888-891, 1989.

STEAD, L.F.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation: review. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Chichester, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.ncsct.co.uk/publication_group-behaviour-therapy-programmes-for-smoking-cessation.php>. Acesso em: 10 mai. 2014.

STEWART, S.E.; PAULS, D.L. The genetics of obsessive-compulsive disorder. **Focus: J. Lifelong Learn. Psychiatry**, Arlington, v. 8, no. 3, p. 350-357, 2010.

TAUBE-SCHIFF, M. ; et al. Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 45, no. 4, p. 687-698, 2007.

- TAYLOR, S. Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 33, no. 3, p. 243-258, 1995.
- THORN, B.E.; KUHAJDA, M.C. Group cognitive therapy for chronic pain. **J. Clin. Psychol.**, Hoboken, v. 62, no. 11, p. 1355-1366, 2006.
- TOLCHARD, B.; BATTERSBY, M. Nurse behavioural psychotherapy and pathological gambling: an Australian perspective. **J. Psychiatr. Mental Health Nurs.**, Oxford, v. 7, no. 4, p. 335-342, 2000.
- TURKINGTON, D. et al. Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. **Br. J. Psychiat.**, London, v. 189, no. 1, p. 36-40, 2006.
- VAN NOPPEN, B.; STEKETEE, G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 47, no. 2, p. 18-25, 2009.
- VILHAUER, R.P. Perceived benefits of online support groups for women with metastatic breast cancer. **Women Health**, Philadelphia, v. 49, no. 5, p. 381-404, 2009.
- VISSER, P. L. et al. Hope as a moderator of negative life events and depressive symptoms in a diverse sample. **Stress Health**, Chichester, v. 29, no.1, p. 82-88, 2013.
- VLASTELICA, M.; PAVLOVIC, S.; URLIC, I. Patients' ranking of therapeutic factors in group analysis. **Coll. Antropol.**, Zagreb, v. 27, no. 2, p. 779-788, 2003.
- VOLPATO CORDIOLI, A. et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. **Psychother. Psychosom.**, Basel, v. 72, no. 4, p. 211-216, 2003.
- _____. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 65-72, 2008a.
- _____. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. In: VOLPATO CORDIOLI, A. et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008b. p. 467-485.
- YALOM, I.D.; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo teoria e prática**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 528p.
- YATES, W.R. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. **Ann. Clin. Psychiatry**, Parsippany, v. 21, no. 2, p. 95-102, 2009.
- WESNER, A.C. et al. Booster sessions after cognitive-behavioural group therapy for panic disorder: impact on resilience, coping and quality of life. **Behav. Cogn. Psychother**, New York, 2014. Article in press.
- _____. Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. **Compr. Psychiatry**, Philadelphia, v. 55, n. 1, p. 87-92, 2014.

WIEDEMAN, G. et al. Frontal brain asymmetry as a biological substrate of emotions in patients with panic disorders. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 56, no. 1, p. 78-84, 1999.

WHITE, J.R.; FREEMAN, A.S. **Terapia cognitivo-comportamental para populações e problemas específicos**. São Paul: Roca, 2003. 460p.

WHITFIELD, G. Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. **Adv. Psychiatr. Treat.**, London, v. 16, no. 3, p. 219-227, 2010.

WUTHRICH, V.M.; RAPEE, R.M. Randomized controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 51, no. 12, p. 779-786, 2013.

APÊNDICE A – Protocolo de Pesquisa



PROJETO: Avaliação de fatores terapêuticos na resposta a terapia cognitivo-comportamental em grupo

PESQUISADORAS: Mestranda Andressa da Silva Behenck; Profª Drª Elizeth Heldt

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Ambulatório do HCPA – PROTAN

PROTOCOLO DE PESQUISA

PACIENTE

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO _____

Cidade: _____ CEP: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: (____) _____ TELEFONE 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: __/__/____

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) Grande 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) Com os pais	(3) Com o cônjuge	(4) Com os filhos	(5) Com a 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		
(4) Classe D: 5-9 pontos	(5) Classe E: 0-4 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	

Registro das Medicções e Psicoterapias		
Baseline		
	Medicção	Dose
	Psicoterapias	Tipo
Final (12ª sessão)		
	Medicção	Dose
	Psicoterapias	Tipo

Resultados do M.I.N.I.	
	<i>Circule a letra correspondente quando há transtorno relacionado</i>
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 de 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	Síndrome psicótica – vida inteira + atual
M	Anorexia nervosa – atual (últimos três meses)
N	Bulimia nervosa (últimos três meses)
O	Transtorno de ansiedade generalizada – atual (últimos seis meses)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Prezado(a) participante:

Estamos convidando você para participar deste estudo, intitulado “Avaliação de fatores terapêuticos na resposta e na adesão à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade”. O objetivo é identificar os fatores terapêuticos de grupo que ocorrem na terapia para os transtornos de ansiedade e verificar a associação entre o que ocorre durante as sessões e o quanto isso pode influenciar o tratamento.

Para sua participação, será necessário responder a quatro questionários antes e ao final do tratamento, o que levará em torno de uma hora. Também será aplicado um questionário contendo 60 questões ao final de cada uma das 12 sessões da terapia em grupo. Seu preenchimento tem duração média de 15 minutos. As sessões ocorrem uma vez por semana durante 12 semanas, com duração de 1 hora e 30 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 um desconforto pelo aumento da ansiedade durante as tarefas de enfrentamento dos medos. Se você decidir não participar, terá absoluta liberdade de fazê-lo, não acarretando nenhum prejuízo ao tratamento.

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

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa. Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e aos seus direitos, você deverá contatar com a pesquisadora responsável do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, a Profª Elizeth Heldt, ou com a pesquisadora, Enfª 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.

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

Você receberá uma via deste documento.

Atenciosamente,

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

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

Nome do paciente: _____

Assinatura do paciente: _____

Porto Alegre, de de

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

Nome:

Data:

1. FREQUÊNCIA DOS ATAQUES DE PÂNICO, incluindo 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 a 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, de ter um ataque cardíaco ou de 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, mas 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 no intervalo de tempo determinado. Ataques de pânico com sintomas limitados devem ser graduados apenas se eles causam mais aflição que ataques completos de pânico. Tenha certeza de distinguir entre 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 ataque de pânico (AP) propriamente dito**.

O quão **preocupado ou temerário** você sentiu-se 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 você necessitou 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, mas 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 com grande prejuízo.

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

(*Ansiedade antecipatória pode ser relacionada ao significado dos ataques ao invés de ter um ataque de pânico; então, pode haver considerável ansiedade a cerca 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 com o significado dos AP para 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 essas preocupações ou esses 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 ao 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 é a intensidade do medo? Você evita alguma dessas situações? Estando com uma companhia de confiança com você, tem diferença? Havia coisas que você faria acompanhado e 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 de modo 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 pervasivas**, 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, coisas que provoquem taquicardia, como 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? O quanto a evitação das situações ou 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.

ANEXO B – Escala Obsessivo-Cumpulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS)

Nome: _____ **Data:** _____

As questões de 1 a 5 são sobre **PENSAMENTOS OBSESSIVOS**.

Obsessões são ideias, imagens ou impulsos indesejados que penetram no pensamento contra a vontade ou esforços para resistir a eles. Geralmente envolvem temas relacionados a danos, riscos ou perigos. Algumas obsessões comuns são medo excessivo de contaminação, dúvidas recorrentes sobre perigo, preocupação extrema com ordem, simetria ou perfeição, medo de perder coisas importantes.

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

<p>1. TEMPO OCUPADO POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS Pesquisadora (P): Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos? 0 = Nenhum 1 = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional 2 = De 1 a 3 horas/dia ou freqüente 3 = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito frequente 4 = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</p>	<p>4. RESISTÊNCIA CONTRA OBSESSÕES: P: Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que freqüência você tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente? 0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa. 1 = Tenta resistir a maior parte das vezes 2 = Faz algum esforço para resistir 3 = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância 4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário</p>
<p>2. INTERFERÊNCIA provocada pelos PENSAMENTOS OBSESSIVOS: P: Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes? Há qualquer coisa que você não faça por causa deles? 0 = Nenhuma 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>5. GRAU DE CONTROLE SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS: P: Até que ponto você consegue controlar os seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los? 0 = Controle total 1 = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração 2 = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões 3 = Controle leve: raramente bem-sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade 4 = Nenhum controle: as obsessões experimentadas como completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de desviar seus pensamentos obsessivos</p>
<p>3. SOFRIMENTO relacionado aos PENSAMENTOS OBSESSIVOS: P: Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você? (Na maior parte dos casos, a perturbação/mal-estar é equivalente à ansiedade; contudo, alguns pacientes podem descrever as suas obsessões como perturbadoras, mas negam sentir ansiedade. (Avalie somente a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou a ansiedade associada a outras condições.) 0 = Nenhuma 1 = Não atrapalha muito 2 = Incomoda, mas ainda é controlável 3 = Muito incômoda 4 = Angústia constante e incapacitante</p>	<p>Uso do entrevistador: _____ SCORE OBSESSÕES: _____ (parcial)</p>

As questões de 6 a 10 são sobre **COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**.

As **compulsões** são impulsos que as pessoas têm que fazer para diminuir sentimentos de ansiedade ou outro desconforto. Frequentemente, elas têm comportamentos intencionais repetitivos, propostos, chamados rituais. O comportamento em si pode parecer apropriado, mas se torna um ritual quando feito em excesso. Lavar, conferir, repetir, organizar, acumular coisas e outros comportamentos podem ser rituais. Alguns rituais são mentais. Por exemplo, pensar ou dizer coisas várias vezes em voz baixa.

<p>6. TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS: P: <i>Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais?</i></p> <p>0 = Nenhum 1 = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos 2 = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução frequente de comportamentos compulsivos) 3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito frequente de comportamentos compulsivos 4 = Muito grave: passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões (ou execução quase constante de comportamentos compulsivos – muito numerosos para contar)</p>	<p>9. RESISTÊNCIA às COMPULSÕES: P: <i>Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões?</i></p> <p>0 = Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa 1 = Tenta resistir na maior parte das vezes 2 = Faz algum esforço para resistir 3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância 4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário</p>
<p>7. INTERFERÊNCIA provocada pelos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS: P: <i>Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado)</i></p> <p>0 = Nenhuma 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>10. GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO: P: <i>Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?</i></p> <p>0 = Controle total 1 = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário 2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade 3 = Controle leve: pressão muito forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões 4 = Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões</p>
<p>8. SOFRIMENTO relacionado aos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS: P: <i>Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?</i></p> <p>0 = Nenhum 1 = Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução 2 = Moderado: A ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução 3 = Intenso: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbador durante a sua execução 4 = Muito intenso: ansiedade incapacitante a partir de qualquer intervenção com o objetivo de modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões</p>	<p>SCORE COMPULSÕES: _____ (PARCIAL)</p> <p>TOTAL (OBSESSÕES + COMPULSÕES): _____</p>

ANEXO C – Hamilton para Ansiedade (HAM-A)

ESCALA HAMILTON DE ANSIEDADE					
ESCORE PADRONIZADO MÁXIMO = Qualquer sintoma máximo OU $\geq 50\%$ dos sintomas fortes FORTE = Qualquer sintoma forte OU $\geq 50\%$ dos sintomas médios MÉDIO = Qualquer sintoma médio OU $\geq 50\%$ dos sintomas leves LEVE = Qualquer sintomas leve	Ausente	Leve	Médio	Forte	Máximo
	0	1	2	3	4
HUMOR ANSIOSO () inquietude, () temor do pior, () apreensão quanto ao futuro ou presente, () irritabilidade					
TENSÃO () sensação de tensão, () 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, () constrição torácica, () suspiro, () bolo faríngeo					
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS () dificuldade de engolir, () aerofagia, () dispepsia, () dor pré ou pós-prandial, () queimações, () empanzinamento, () náuseas, () vômitos, () cólicas e diarreias, () constipação, () perda de peso					
SINTOMAS GENTURINÁRIOS () micções frequentes, () urgência de micção, () frigidez, () amenorreia, () ejaculação precoce, () ausência de ereção, () impotência					
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO () secura na boca, () ruborização, () palidez, () tendência à sudação, () vertigens, () cefaleia de tensão					
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA Geral: () tenso, () pouco à vontade, () agitação das mãos, () dos dedos, () tiques, () inquietação, () respiração suspirosa. Fisiológico: () eructações, () taquicardia em repouso, () ritmo respiratório > 20 mpm					
TOTAL					

ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck (BDI)

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

- 0 Não me sinto triste
 1 Eu me sinto triste
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto
 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 pra 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
 3 Eu me odeio
- 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
- 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar
 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria
 2 Gostaria de me matar
 3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade
- 0 Não choro mais que o habitual
 1 Choro mais agora do que costumava
 2 Agora, choro o tempo todo
 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

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

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

2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes

3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

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

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

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

3 Acredito que pareço feio(a)

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes

1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa

3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

0 Consigo dormir tão bem como o habitual

1 Não durmo tão bem como costumava

2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho 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 quilos e meio

2 Perdi mais do que 5 quilos

3 Perdi mais do que 7 quilos

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

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

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

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

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

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado em sexo do que costumava estar

2 Estou muito menos interessado por sexo agora

3 Perdi completamente o interesse por sexo

Total _____

ANEXO E – Impressão Clínica Global (CGI-TP)

CGI – Impressão Clínica Global					
CGI	Intensidade dos Sintomas	Nível de Ansiedade	Nível de Evitação	Nível de Funcionamento	Adicionais
1 Ausent	(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 automedica-se
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 evitções incapacitantes	(7) Extremamente Grave Prejuízo total no desempenho de papéis	(7) Extremamente Grave Entre pacientes extremamente doentes

Registro dos itens da CGI ao longo do estudo					
CGI	Intensidade dos Sintomas	Nível de Ansiedade	Nível de Evitação	Nível de Funcionamento	Adicionais
Antes					
Depois					

ANEXO F – Impressão Clínica Global (CGI-TOC)

Considerando a sua experiência com a(s) doença(s) diagnosticada(s), quão doente está o paciente neste momento? (Marque apenas uma)

	Antes da TCCG
1.	Normal, não doente.
2.	Limítrofe para doença mental.
3.	Levemente doente.
4.	Moderadamente doente.
5.	Marcadamente doente.
6.	Gravemente doente.
7.	Doença mental extremamente grave.
	Depois da TCCG
1.	Normal, não doente.
2.	Limítrofe para doença mental.
3.	Levemente doente.
4.	Moderadamente doente.
5.	Marcadamente doente.
6.	Gravemente doente.
7.	Doença mental extremamente grave.

ANEXO G – Questionário de Fatores Terapêuticos de Yalom

Nome: _____ Data: _____

Você está convidado a participar da avaliação do grupo de terapia cognitivo-comportamental. Para cada item, marque um “X” de acordo com sua opinião a respeito das experiências vividas em grupo conforme o grau de relevância descrito abaixo.

1 = Menos útil de todos para mim no grupo	2 = Menos útil	3 = Pouco útil	4 = Útil
5 = Muito útil	6 = Extremamente útil	7 = Mais útil de todos para mim no grupo	

Ajudar os outros me trouxe mais autorrespeito	1	2	3	4	5	6	7
Colocar as necessidades dos outros acima das minhas	1	2	3	4	5	6	7
Esquecer de mim e pensar em ajudar os outros	1	2	3	4	5	6	7
Dar uma parte de mim aos outros	1	2	3	4	5	6	7
Ajudar os outros e ser importante em suas vidas	1	2	3	4	5	6	7
Pertencer e ser aceito por um grupo	1	2	3	4	5	6	7
Contato íntimo contínuo com outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7
Revelar coisas embaraçosas sobre mim e ainda ser aceito pelo grupo	1	2	3	4	5	6	7
Não me sentir só	1	2	3	4	5	6	7
Pertencer a um grupo de pessoas que me entenderam e aceitaram	1	2	3	4	5	6	7
Ver que não sou o único com o meu tipo de problema	1	2	3	4	5	6	7
“Estamos todos no mesmo barco”	1	2	3	4	5	6	7
Ver que eu estava tão bem quanto os outros	1	2	3	4	5	6	7
Ver que os outros têm alguns dos mesmos pensamentos e sentimentos “ruins” que eu tenho	1	2	3	4	5	6	7
Ver que os outros tiveram pais e origens tão infelizes e confusas quanto eu	1	2	3	4	5	6	7
Ver que não sou muito diferente das outras pessoas me deu a sensação de ser “bem-vindo à raça humana”	1	2	3	4	5	6	7
O grupo me falar do tipo de impressão que causo aos outros	1	2	3	4	5	6	7
Entender como os outros me enxergam	1	2	3	4	5	6	7
Outros membros me dizerem honestamente o que pensam de mim	1	2	3	4	5	6	7
Os membros do grupo falam de alguns hábitos ou maneirismos que irritam as pessoas	1	2	3	4	5	6	7
Ver que às vezes eu confundo as pessoas por não dizer o que penso realmente	1	2	3	4	5	6	7
Melhorar minhas habilidades de relacionamento com as pessoas	1	2	3	4	5	6	7
Confiar mais no grupo e em outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7
Aprender sobre a forma como me relaciono com os outros membros do grupo	1	2	3	4	5	6	7
O grupo me dar a oportunidade para aprender a me aproximar das pessoas	1	2	3	4	5	6	7
Resolver minhas dificuldades com um membro específico do grupo	1	2	3	4	5	6	7
O terapeuta me sugerir ou aconselhar a fazer algo	1	2	3	4	5	6	7
Os membros do grupo me sugerirem ou aconselharem a fazer algo	1	2	3	4	5	6	7
Os membros do grupo me dizerem o que fazer	1	2	3	4	5	6	7
Alguém do grupo dar sugestões definitivas sobre algum problema	1	2	3	4	5	6	7
Os membros do grupo me aconselharem a me comportar de maneira diferente com uma pessoa importante em minha vida	1	2	3	4	5	6	7
Botar tudo para fora	1	2	3	4	5	6	7
Expressar sentimentos negativos e/ou positivos para com outro membro	1	2	3	4	5	6	7
Expressar sentimentos negativos e/ou positivos para com o líder do grupo	1	2	3	4	5	6	7
Aprender a expressar meus sentimentos	1	2	3	4	5	6	7
Ser capaz de dizer o que estava me incomodando ao invés de retê-lo	1	2	3	4	5	6	7

Tentar ser como alguém do grupo que mais bem adaptado do que eu	1	2	3	4	5	6	7
Ver que os outros conseguem revelar coisas embaraçosas e correr outros riscos e se beneficiar com isso me ajudou a fazer o mesmo	1	2	3	4	5	6	7
Adotar maneirismos ou o estilo de outro membro do grupo	1	2	3	4	5	6	7
Admirar e comportar-me como o meu terapeuta	1	2	3	4	5	6	7
Encontrar alguém no grupo em quem eu possa me basear	1	2	3	4	5	6	7
Estar no grupo, de certa forma, era como reviver e entender a minha vida na família em que cresci	1	2	3	4	5	6	7
Estar no grupo ajudou-me a entender velhos problemas que eu tive no passado com meus pais, irmãos, irmãs ou outras pessoas importantes	1	2	3	4	5	6	7
Estar no grupo, de certa forma, era como estar em uma família, só que, desta vez, uma família mais solidária e compreensiva	1	2	3	4	5	6	7
Estar no grupo ajudou-me a entender como cresci em minha família	1	2	3	4	5	6	7
O grupo era como a minha família – alguns membros ou os terapeutas eram como meus pais e os outros eram como meus parentes. Por meio da experiência do grupo, entendi meus relacionamentos passados com meus pais e parentes (irmãos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
Ver que tenho preferência e aversão por uma pessoa por razões que pouco têm a ver com a pessoa e mais a ver com meus problemas ou experiências com outras pessoas no passado	1	2	3	4	5	6	7
Aprender por que eu penso e me sinto assim (ou seja, identificar algumas das causas e fontes de meus problemas)	1	2	3	4	5	6	7
Descobrir e aceitar partes antes desconhecidas ou inaceitáveis de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
Ver que reajo a certas pessoas ou situações de maneira irreal (com sentimentos que pertencem a algum período anterior de minha vida)	1	2	3	4	5	6	7
Ver que a maneira como me sinto e me comporto hoje está relacionada com minha infância e meu desenvolvimento (houve razões em minha vida para eu ser assim)	1	2	3	4	5	6	7
Ver os outros melhorando me inspirou	1	2	3	4	5	6	7
Conhecer outras pessoas que haviam resolvido problemas parecidos com os meus	1	2	3	4	5	6	7
Enxergar que os outros haviam resolvido problemas semelhantes aos meus	1	2	3	4	5	6	7
Ver que os outros membros do grupo melhoravam também me estimulava	1	2	3	4	5	6	7
Saber que o grupo havia ajudado outras pessoas com problemas como os meus me incentivava	1	2	3	4	5	6	7
Reconhecer que a vida às vezes é injusta	1	2	3	4	5	6	7
Reconhecer que essencialmente não existe saída da própria vida e para a morte	1	2	3	4	5	6	7
Reconhecer que, não importa o quanto eu me aproxime de outras pessoas, ainda devo enfrentar a vida sozinho(a)	1	2	3	4	5	6	7
Enfrentar as questões básicas de minha vida e da morte e, assim, viver minha vida de forma mais honesta e prender-me menos a trivialidades	1	2	3	4	5	6	7
Aprender que devo assumir a responsabilidade completa pela maneira como levo a vida, não importa quanto apoio e orientação eu receba dos outros	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO H – Carta de Aprovação CEP/HCPA

**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: 130400

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT
JULIANA BRAGA GOMES
ANA CRISTINA WESNER VIANA
TATIANA DETZEL DA SILVA
ANDRESSA DA SILVA BEHENCK

Título: AVALIAÇÃO DE FATORES TERAPÊUTICOS NA RESPOSTA E NA ADESÃO À
TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA PACIENTES COM
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

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, 25 de setembro de 2013.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA