

ARTIGO ORIGINAL

UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA PACIENTES COM SINTOMAS RESIDUAIS DO TRANSTORNO DE PÂNICO: SEGUIMENTO DE 2 ANOS

COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY TECHNIQUES IN PANIC DISORDER PATIENTS WITH RESIDUAL SYMPTOMS: 2-YEAR FOLLOW-UP

Elizeth Heldt¹, Carolina Blaya², Letícia Kipper², Giovanni Salum³, Gisele Gus Manfro⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar a utilização das técnicas aprendidas durante a terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para pacientes com transtorno de pânico (TP) que apresentam sintomas residuais em até 2 anos após o término do tratamento. **Métodos:** Um total de 64 pacientes completou o protocolo de 12 sessões de TCCG, e 62 (97%) foram encontrados para avaliação 2 anos após o término da terapia. As medidas de desfecho foram avaliadas pelos seguintes instrumentos: Impressão Global Clínica (CGI), Inventário de Pânico e Escala Hamilton para Ansiedade. O uso das técnicas foi avaliado através de entrevista semi-estruturada nas avaliações de seguimento, sendo classificadas em: (a) respiração diafragmática; (b) relaxamento muscular; (c) técnica cognitiva; e (d) exposição. **Resultados:** Considerando os 62 pacientes avaliados no seguimento, 39 (63%) preencheram o critério de remissão (CGI ≤ 2 e ausência de ataques de pânico) no primeiro ano e 35 (57%) no segundo ano de seguimento. Apesar dos critérios de remissão, um número grande de pacientes (87%) continuava a utilizar as técnicas aprendidas durante a terapia 1 a 2 anos após o término do protocolo. A técnica mais utilizada em ambos os períodos de seguimento foi a respiração diafragmática. **Conclusões:** Os resultados sugerem que a TCCG é eficaz para pacientes com sintomas residuais de TP. O uso das técnicas aprendidas durante as 12 sessões foi evidenciado em até 2 anos após o término do tratamento, sugerindo benefícios em longo prazo das habilidades desenvolvidas na TCCG.

Unitermos: Transtorno de pânico, terapia cognitivo-comportamental em grupo, respiração diafragmática, seguimento.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the techniques learned by patients with panic disorder (PD) and residual symptoms after cognitive-behavioral group therapy (CBGT) up to a 2-year follow-up. **Methods:** Sixty-four PD patients were treated with a 12-session CBGT and 62 (97%) were followed for 2 years after the end of the treatment. Outcomes were evaluated by Clinical Global Impression (CGI), Panic Inventory, and Hamilton Anxiety Scale. The tools used by patients were assessed through a semi-structured interview and classified as follows: (a) diaphragmatic breathing, (b) muscle relaxation; (c) cognitive technique; and (d) exposure. **Results:** Of the 62 patients assessed at the follow-up, 39 (63%) met the remission criteria (CGI ≤ 2 and no panic attacks) in the first year and 35 (57%) in the second year of follow-up. Despite meeting the remission criteria, 87% of patients kept using the tools learned in CBGT up to 2 years after the treatment. Diaphragmatic breathing was the most used technique in both periods. **Conclusion:** The results of the present study suggest that CBGT is efficacious for patients with residual symptoms of PD. The techniques learned during the 12 therapy sessions are used by the patients up to 2 years after the treatment, suggesting long-term benefits of the skills learned at CBGT protocols.

Keywords: Panic disorder, cognitive-behavioral group therapy, diaphragmatic breathing, follow-up.

Rev HCPA 2008;28(1):10-5

O transtorno de pânico (TP) caracteriza-se pela presença de ataques súbitos de ansiedade, acompanhados por sintomas físicos e afetivos e pelo medo de ter um novo ataque. É também comum a evitação de locais ou situações nas quais já ocorreram os ataques de pânico (1). O curso do TP tende a ser crônico em mais de 85% dos pacientes (2), e a presença de sintomas reduz a qualidade de vida (3,4) e o funcionamento psicossocial (5).

Estudos de metanálise comprovaram a eficácia do tratamento farmacológico e da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o TP (6,7). No entanto, muitos pacientes, apesar de estarem utilizando medicamentos, seguem sintomáticos, apresentando recaídas ou

remissão apenas parcial dos sintomas. Estudos evidenciaram que, após 4 anos de tratamento medicamentoso, cerca de 30% dos pacientes estão assintomáticos, 40 a 50% estão melhores, mas ainda sintomáticos, e 20 a 30% apresentam-se iguais ou piores (8).

A TCC para TP é uma alternativa terapêutica com boa resposta em curto e longo prazo, principalmente no que diz respeito aos sintomas residuais e, muitas vezes, persistentes da doença, como ansiedade antecipatória e agorafobia (9). Os estudos longitudinais de resposta à TCC constataram que 74 a 85% dos pacientes estavam livres de ataques de pânico em 2 anos de acompanha-

1 Enfermeira psiquiátrica. Professora adjunta, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Mestre e Doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS.

2 Médica psiquiatra. Mestre e doutora em Ciências Médicas, Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS.

3 Acadêmico, 9º semestre, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Bolsista, Iniciação Científica, CNPq.

4 Médica psiquiatra. Professora adjunta, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS, e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS. Doutora em Ciências Biológicas: Bioquímica, UFRGS, Porto Alegre, RS.

Esse trabalho foi realizado no Programa dos Transtornos da Ansiedade (PROTAN), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Serviço de Psiquiatria.

Correspondência: Elizeth Heldt, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963 - Sala 218.

CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: eliz.h@globom.com

mento (10,11), mas somente 47% atingiram pleno estado funcional (11). Sabe-se também que a presença de sintomas residuais está associada ao maior risco de recaídas (12).

As técnicas da TCC são utilizadas para corrigir os medos condicionados das sensações corporais, as interpretações e crenças distorcidas e, sobretudo, a agorafobia, que ocorre na maioria dos portadores e representa uma das complicações que com maior frequência é responsável por sua incapacitação. Estas técnicas cognitivas e comportamentais ensinadas durante as sessões de TCC são classificadas, de maneira geral, em: respiração diafragmática e relaxamento muscular, reestruturação cognitiva, exposições interoceptiva e ao vivo (9).

A eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para TP foi foco de estudo prévio em nosso meio (13). O objetivo da pesquisa consistiu em adaptar um protocolo de TCCG para TP e avaliar a eficácia dessa modalidade terapêutica em curto e longo prazo. Os resultados demonstraram que o protocolo de TCCG é eficaz também em nossa realidade, com tamanho de efeito de moderado a grande nos diferentes desfechos avaliados, após o tratamento agudo (14) e no seguimento de 1 ano (15). Desde então, a TCCG vem sendo indicada para pacientes com TP que apresentam sintomas residuais apesar do uso de medicações no Programa de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O gerenciamento do tratamento em longo prazo do TP deveria ser direcionado para identificar quais estratégias poderiam ser introduzidas para mudar o curso desfavorável da doença (8). Porém, estudos de avaliação sobre a manutenção do uso das técnicas da TCC ao longo do tempo ainda são escassos. O objetivo do presente estudo foi avaliar a utilização das técnicas aprendidas durante as sessões de TCCG para pacientes com TP que apresentam sintomas residuais apesar do uso de medicações em até 2 anos após o término do tratamento.

MÉTODOS

Amostra

Os participantes do estudo são provenientes do PROTAN-HCPA. Foram incluídos os pacientes que realizaram o protocolo de 12 sessões de TCCG durante o período de 1998 a 2002. Esses pacientes deveriam ter diagnóstico de TP com ou sem agorafobia, segundo os critérios do DSM-IV (1), e serem refratários a alternativas prévias de tratamento medicamentoso do TP. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (nº 99.221), e todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para serem incluídos, os pacientes deveriam apresentar sintomas residuais do TP (ataques, ansiedade antecipatória e evitação fóbica), estando em doses estáveis de medicação por pelo menos 4 meses. Foram excluídos os pacientes com sintomas psicóticos que eram avaliados durante a entrevista individual para confirmação diagnóstica (vide descrição dos instrumentos). Um total de 64 pacientes completou o protocolo de 12 sessões de TCCG, e somente dois pacientes não foram localizados no período de seguimento. Todos os pacientes estavam em trata-

mento farmacológico crônico (média de 3 anos) antes de iniciar a terapia em grupo. A medicação, a dose em uso e as taxas de comorbidade da amostra foram descritas em estudo prévio (15).

A terapia cognitivo-comportamental em grupo

A TCCG baseada em manual (16) foi realizada em 12 sessões ao longo de 4 meses no ambulatório do HCPA. A terapia era coordenada por duas terapeutas com experiência prévia em TCC (EH e GGM). Os pacientes foram tratados em um dos nove grupos incluídos na análise (média de sete pacientes por grupo).

A TCCG tem por objetivo corrigir as interpretações errôneas catastróficas e os medos condicionados das sensações corporais e evitações. As primeiras sessões são dedicadas para a compreensão cognitiva do medo e a aprendizagem de técnicas para enfrentar a ansiedade (relaxamento muscular e respiração diafragmática). Nas sessões subseqüentes, são abordados os pensamentos automáticos, permitindo a identificação e avaliação das evidências a favor e contra as interpretações catastróficas. A exposição interoceptiva é realizada pela simulação de sintomas físicos e é praticada durante a fase intermediária do tratamento. Ao final do protocolo, inicia-se a exposição ao vivo de forma gradativa. As últimas sessões são direcionadas para o manejo de recaídas que podem ocorrer após o término do tratamento.

As técnicas da TCCG

1. Respiração diafragmática: orienta-se o paciente de que a respiração deve partir do diafragma, inspirando pelas narinas uma quantidade suficiente de ar e expirando pela boca. Os movimentos devem ser pausados para facilitar a desaceleração da respiração, contando-se até três para cada fase: inspiração, pausa, expiração e pausa para nova inspiração. Devem-se utilizar os músculos do abdome, sem movimentar o tórax (empurrando o abdome para fora enquanto inspira e contraindo-o para dentro enquanto expira). Para que o paciente aprenda essa nova forma de respirar, recomenda-se a sua prática várias vezes na ausência de sintomas de ansiedade, estando sentado ou deitado, a fim de observar a movimentação abdominal e concentrando-se na contagem dos movimentos (17).

2. Relaxamento muscular: é um exercício que envolve a prática de tensão e relaxamento progressivo dos principais grupos musculares do corpo. Inicialmente, orienta-se ao paciente a postura confortável para a prática do exercício. Posteriormente, que feche os olhos e focalize a sensação de tensão, que deve iniciar nos pés, passando pelas pernas, quadris, abdome, mãos, braços, ombros e pescoço até chegar à face. Mantém-se essa tensão por um período de 5 a 10 segundos e, então, relaxam-se todos os músculos ao mesmo tempo. Deve-se induzir a descoberta das sensações de conforto que surgem após o relaxamento. O paciente pode repetir várias vezes o exercício, até que se sinta completamente relaxado, inclusive mentalmente, pensando em algo agradável e respirando lentamente. Após 1 ou 2 minutos, pode-se abrir os olhos e alongar os músculos, movendo-os lentamente (17).

3. Reestruturação cognitiva: inicia-se pela identificação e pelo registro de pensamentos automáticos e

crenças disfuncionais. Subseqüentemente, é feita uma análise dos “erros de lógica” inerentes às interpretações catastróficas. Para isso, é importante que o paciente considere tais pensamentos como meras hipóteses, e não como fatos. A forma mais usual de corrigir esses erros de lógica é o chamado questionamento socrático. Nessa técnica, o paciente, juntamente com o terapeuta, faz um exame das evidências que apóiam o seu pensamento e das evidências que são contrárias, a fim de descobrir formas alternativas de interpretar suas sensações físicas (16). Após a análise das probabilidades, elaboram-se novas alternativas, que são chamadas de “lembretes” (por exemplo: “estou tendo um ataque que não mata nem enlouquece” ou, ainda, “é um ataque que passa em pouco tempo”).

4. Exposições: chama-se de exposição interoceptiva a simulação das sensações físicas para provocar sintomas semelhantes aos encontrados durante o ataque de pânico, como aumento da frequência cardíaca, tontura, dispnéia, etc. O objetivo da exposição interoceptiva é aprender a reduzir a reação automática de medo das sensações físicas e a corrigir as interpretações distorcidas associadas a elas. Na exposição ao vivo, os pacientes começam pela elaboração de uma lista hierarquizada das situações evitadas. O enfrentamento inicia pelas situações com menor grau de ansiedade, aumentando-se o grau de dificuldade no transcorrer das sessões (16).

Instrumentos

A versão brasileira (18) do *Mini International Neuropsychiatry Interview* (MINI) foi aplicada por psiquiatras treinados para confirmar o diagnóstico de TP e estabelecer as comorbidades psiquiátricas (19). Uma entrevista individual e semi-estruturada antes do início da terapia era realizada por uma das coordenadoras do grupo (EH) para avaliar a adequação e a motivação para a TCCG, bem como para coletar os dados sociodemográficos dos candidatos, a história clínica (início dos sintomas, tratamentos prévios, uso de psicofármacos, etc.) e a aplicação dos instrumentos descritos a seguir. As avaliações de seguimento consistiram de uma atualização do estado clínico realizada através de instrumentos aplicados e entrevista semi-estruturada sobre o tratamento atual (medicamentos e psicoterapias).

Nessa ocasião, também era feita uma pergunta sobre o uso das técnicas da TCC em 1 e 2 anos após o término da terapia. Quando a resposta era afirmativa, questionava-se qual o recurso utilizado. As respostas eram classificadas em respiração diafragmática, relaxamento muscular, técnica cognitiva (por exemplo: se o paciente identifica e/ou questiona pensamentos automáticos, se usa “lembrete”) e exposição (se enfrenta ou evita lugares ou situações), de acordo com a explicação do paciente.

A Impressão Clínica Global (CGI) (20), o Inventário do Pânico (IP) (14,15) e a Escala Hamilton para Ansiedade (HAM-A) (21) foram utilizados para mensurar a gravidade do TP antes da TCCG, na 12ª sessão, 1 e 2 anos depois do final da terapia, usando um período de referência de 2 meses para as avaliações (22). A CGI foi utilizada para determinar a avaliação global da gravidade de doença (1-7) segundo aspectos como frequência e

intensidade dos ataques de pânico, ansiedade antecipatória, agorafobia, funcionamento familiar e ocupacional.

O IP caracterizou a frequência (espontâneo ou situacional, completo ou incompleto), a intensidade (avaliado em uma escala de 0 a 10) e a duração (minutos) dos ataques de pânico. A agorafobia e a gravidade da ansiedade antecipatória foram avaliadas em uma escala de 0 (nenhum) a 10 (máximo). A avaliação de desfecho ao término do tratamento e no seguimento foi realizada por pesquisadores treinados que não participaram do grupo e que não sabiam dos resultados das escalas iniciais.

De acordo com estudos prévios, uma ausência de ataques de pânico e CGI ≤ 2 nos últimos 2 meses de seguimento foi definida como “remissão” (22,23), ao passo que uma redução $\geq 50\%$ no IP e na HAM-A foi definida como “melhora”.

Análise estatística

Os dados estão apresentados como frequência absoluta (percentual), média e desvio padrão (DP), mediana e amplitude interquartil (AIQ). O teste de McNemar foi utilizado para comparar a diferença na utilização das técnicas da TCCG nas avaliações de 1 para 2 anos e para identificar as modificações no uso de medicações no período de seguimento. O teste exato de Fisher foi usado para avaliar a associação da utilização das técnicas com o desfecho de remissão em ambos os períodos de seguimento. A análise estatística foi executada usando o Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) versão 14.0. O nível de significância selecionado foi $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Um total de 62 pacientes (97%) que completou o protocolo de tratamento foi entrevistado nos 2 anos de seguimento (Figura 1). A amostra era composta por 45 (73%) mulheres, com uma média de idade de 39,3 (DP = 9,16) anos e uma mediana de 7 (AIQ = 3 a 11) anos de duração da doença. Considerando os pacientes avaliados no seguimento, 39 (63%) preencheram o critério de remissão (CGI ≤ 2 e ausência de ataques de pânico) no primeiro ano e 35 (57%) no segundo ano de seguimento.

A melhora clínica no segundo ano de seguimento (redução $\geq 50\%$ no IP e na HAM-A) ocorreu em 46 (74%) pacientes, considerando a escala de agorafobia, em 39 (63%) pacientes, considerando a escala de ansiedade antecipatória, e em 31 (50%) pacientes, considerando os sintomas de ansiedade, conforme a HAM-A. Dos pacientes acompanhados, 45 (73%) não apresentavam ataques de pânico na avaliação de 2 anos.

Independente de ter ou não atingido os critérios de remissão, um número grande de pacientes continuava a utilizar as técnicas aprendidas no tratamento com TCCG 1 ano e 2 anos após o término da terapia. A técnica mais utilizada em ambos os períodos de seguimento foi a respiração diafragmática. A descrição das técnicas mais utilizadas pode ser observada na Figura 1.

A porcentagem dos pacientes que utilizavam determinada técnica no primeiro ano de seguimento manteve-se constante ao longo do tempo, com exceção da técnica de relaxamento, que foi menos utilizada no se-

gundo ano. Não houve associação estatisticamente significativa entre a remissão e o uso de técnicas (Tabela 1).

Um total de 32 (52%) pacientes não estava recebendo nenhum tratamento psiquiátrico durante a avaliação de seguimento de 2 anos. A comparação da farmaco-

terapia antes da TCCG e no período de seguimento indicou uma redução significativa no uso de antidepressivos e benzodiazepínicos (BDZ): 16 pacientes interromperam o uso de antidepressivos no seguimento ($p < 0,001$) e 16 interromperam o uso de BDZ ($p < 0,001$).

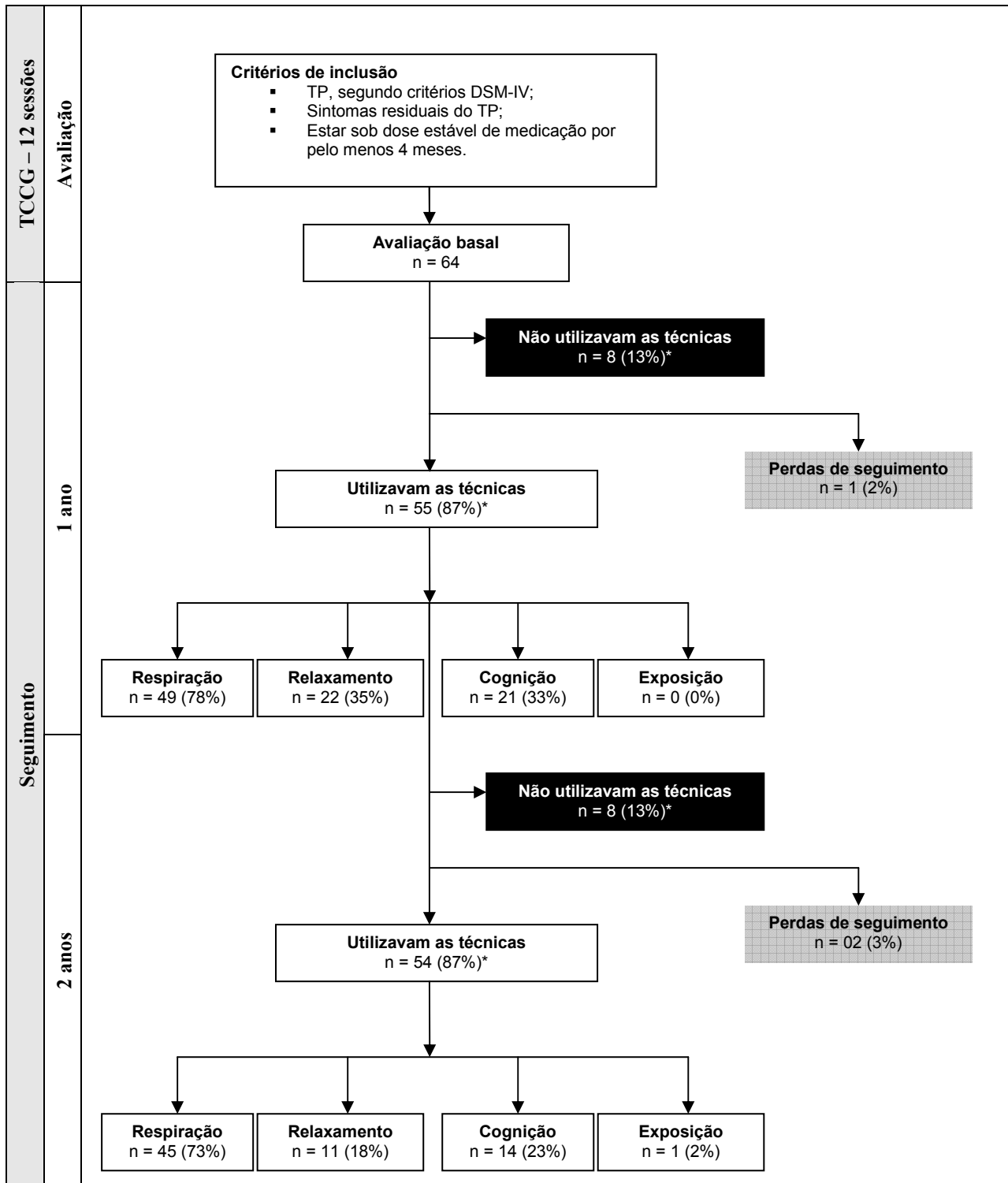


Figura 1 Diagrama de fluxo demonstrando a utilização de técnicas aprendidas na TCCG no seguimento de 1 e 2 anos. * Porcentagem válida.

TCCG = Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo; TP = Transtorno de Pânico.

Tabela 1 – Uso de técnicas da terapia cognitivo-comportamental em grupo estratificado para remissão no primeiro e segundo ano de seguimento (n = 62)

	Não-remissão		Remissão		Testes estatísticos	Tempo ^a	
	1º ano (n = 23)	2º ano (n = 27)	1º ano (n = 39)	2º ano (n = 35)		1º ano	2º ano
Técnicas	20 (87)	24 (89)	34 (87)	30 (86)	> 0,999	> 0,999	> 0,999
Respiração	17 (74)	20 (74)	32 (82)	25 (71)	0,424	0,525	> 0,999
Relaxamento	7 (30)	6 (22)	15 (39)	5 (14)	0,019	0,591	0,510
Cognição	4 (17)	7 (26)	16 (41)	7 (20)	0,263	0,090	0,760
Exposição	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	> 0,999	NC	0,435

Nota: Os dados são apresentados como n(%). Abreviação: NC, Não-calculado. Testes Estatísticos: ^a Teste de McNemar para comparação da diferença na utilização das ferramentas da TCCG no 1º e 2º ano, para ambos os grupos, independentemente da remissão. ^b Teste Exato de Fisher para comparação dos diferentes tipos de ferramentas entre pacientes que remitiram e que não remitiram.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que, independente da resposta à TCCG, os pacientes continuam utilizando as técnicas aprendidas durante a terapia em um período de até 2 anos de seguimento. A técnica utilizada por mais de 70% da amostra foi a respiração diafragmática, tanto na avaliação de 1 ano quanto na de 2 anos. Sabe-se que a respiração de quem está ansioso tende a ser superficial, rápida e ofegante e que os padrões inadequados de respiração conduzem à hiperventilação e aos sintomas fisiológicos decorrentes de um aumento significativo de oxigenação sanguínea (tontura, parestesias, sufocação e taquicardia). Essas sensações são muito semelhantes ao ataque de pânico e podem ser controladas inicialmente através da respiração adequada (17). Os sintomas respiratórios do ataque de pânico passam a criar um ciclo vicioso de ansiedade e medo que provoca mais sintomas de ansiedade, o que, por sua vez, precipita mais medo.

Os achados da pesquisa sustentam a hipótese de que a manutenção do uso da técnica de respiração diafragmática, além de ser um exercício concreto, pode gerar uma sensação de autocontrole, reduzindo, assim, a vulnerabilidade para a hiperventilação (24). Por isso, sugere-se que a respiração diafragmática seja uma potente técnica para controle de ansiedade que pode ser ensinada no ambiente clínico (durante uma consulta ou internação hospitalar), por profissionais treinados, para portadores de TP, independente do uso de medicações, as quais permanecem como uma técnica útil ao longo do tempo.

De acordo com estudos prévios, nossos dados indicam que, devido à melhora nas avaliações durante o período de seguimento, a TCCG para pacientes com resposta parcial à farmacoterapia pode ser considerada uma estratégia efetiva como próximo passo, sobretudo para sintomas residuais, como ansiedade antecipatória e evitação fóbica (14, 15, 23). A melhora também se manteve apesar da redução do uso da medicação, dado este consistente com outros estudos que mostraram a TCC

como uma opção para pacientes que desejam interromper a medicação (25, 26). Entretanto, a interrupção completa da medicação não está indicada em todos os casos, uma vez que o TP frequentemente cursa junto com outros transtornos psiquiátricos.

A medicação ainda é a primeira escolha de tratamento para o TP no Brasil. Embora a eficácia da TCCG esteja bem documentada na literatura (6,10,11,14,15,23) e pareça ser especialmente custo-efetiva para o tratamento do TP (27), a sua utilização é relativamente limitada no país, provavelmente devido à falta de profissionais treinados nessa modalidade de tratamento. A necessidade de terapias que produzam resultados efetivos, que tenham menor custo e que sejam oferecidas a um maior número de pessoas justifica-se pela crescente demanda dos serviços de psiquiatria e saúde mental, especialmente por parte das instituições públicas responsáveis pelo atendimento da saúde da população.

A utilização de terapias integradas, como é a TCCG para o TP, precisa estar disponível por várias razões. Primeiro, por ter resultados robustos de eficácia e por ser evidente que a utilização das técnicas cognitivas e comportamentais mantém-se através do tempo. Segundo, por ser possível tratar um maior número de pessoas ao mesmo tempo, ocasionando uma redução de custos (27). Terceiro, por se realizar em um hospital público e universitário, nossos dados apóiam a idéia de que o uso da TCCG em local de ensino é útil para o desenvolvimento de profissionais de saúde mental.

Algumas limitações deste estudo devem ser levadas em consideração. A falta de um grupo controle e o seguimento naturalístico limitam-nos a atribuir a manutenção da melhora somente à TCCG, embora a probabilidade de os achados finais serem atribuídos a fatores não-específicos seja pequena, uma vez que a amostra foi composta por pacientes com sintomas residuais apesar do tratamento farmacológico. Outra limitação deve-se ao instrumento utilizado para avaliar o uso de técnicas, ou seja, uma pergunta aberta, que pode não avaliar com

acurácia o quanto as técnicas aprendidas durante a TCCG continuam realmente a ser utilizadas pelos pacientes.

Por fim, o TP está associado a um alto custo social, já que os portadores apresentam diminuição da produtividade e utilizam, com frequência, serviços de saúde pública, como emergências, consultas médicas e exames (28). De todo modo, a TCC desenvolvida em grupo oferece um cenário apropriado para gerar situações emocionais adaptativas, proporcionando as condições de segurança e apoio que facilitam a experimentação de novos comportamentos através de técnicas específicas que se mantêm sendo utilizadas pelos pacientes ao longo do tempo. Também cabe salientar que a TCCG demonstrou uma redução nos custos de tratamento, uma vez que mais da metade dos pacientes não estava recebendo acompanhamento 2 anos após a terapia.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). 4.^a ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- Pollack MH, Marzol PC. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *J Psychopharmacol*. 2000;14:S25-30.
- Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157:669-82.
- Heldt E, Blaya C, Isolan L, et al. Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive-behavior therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother Psychosom*. 2006;75:183-6.
- Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153:213-8.
- Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Review*. 1995;15:819-44.
- Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*. 2005;88:27-45.
- Katschnig H, Amering M. The long-term course of panic disorder and its predictors. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;18:6S-11.
- Otto MW, Deveney C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:28-32.
- Craske MG, Brown TA, Barlow DH. Behavioral treatment of panic disorder: a two-year follow-up. *Behavior Therapy*. 1991;22:289-304.
- Brown TA, Barlow DH. Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63:756-65.
- Carpiniello B, Baita A, Carta MG, et al. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry*. 2002;17:394-8.
- Heldt E. Avaliação de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico em curto e longo prazo [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 2002.
- Heldt E, Manfro GG, Kipper L, et al. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom*. 2003;72:43-8.
- Heldt E, Gus Manfro G, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther*. 2006;44:657-65.
- Otto MW, Jones JC, Craske MG, Barlow DH. Stopping anxiety medication: panic control therapy for benzodiazepine discontinuation: therapist guide. New York: Psychological Corporation; 1996.
- Ito LM. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed; 1998.
- Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:106-15.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:22-33.
- Guy W. Clinical global impressions (CGI). In: Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville: NIMH; 1976. p. 217-22.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-5.
- Keller MB, Yonkers KA, Warshaw MG, et al. Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up. *J Nerv Ment Dis*. 1994;182:290-6.
- Pollack MH, Otto MW, Kaspi SP, Hamneress PG, Rosenbaum JF. Cognitive-behavior therapy for treatment-refractory panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:200-5.
- Valença AM, Falcão R, Freire RC, et al. The relationship between the severity of asthma and comorbidities with anxiety and depressive disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):206-8.
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283:2529-36.
- Biondi M, Picardi A. Increased probability of remaining in remission from panic disorder with agoraphobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioral therapy: a follow-up study. *Psychother Psychosom*. 2003;72:34-42.
- Otto MW, Pollack MH, Maki KM. Empirically supported treatment for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:556-63.
- Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, et al. Panic disorder in primary care setting: comorbidity, disability, service utilization and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:492-9.