Lina Sue Matsumoto Videira

**Eficácia da Terapia Focada na Compaixão em grupo no
transtorno de estresse pós-traumático**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Videira, Lina Sue Matsumoto

Eficácia da Terapia Focada na Compaixão em grupo
no transtorno de estresse pós-traumático / Lina Sue
Matsumoto Videira. -- São Paulo, 2018.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1. Transtornos de estresse pós-
traumáticos 2. TEPT 3. TCC 4. Psicoterapia de grupo
5. Terapia focada na compaixão 6. Vergonha 7. Culpa
8. Autocrítica

USP/FM/DBD-314/18

Responsável: Eidi Raquel Franco Abdalla - CRB-8/4901

DEDICATÓRIA

Este trabalho só foi possível com o seu apoio & incentivo, alegria, amor & compaixão – e ele é a expressão do meu amor incondicional e de um sonho lindo que realizamos juntas – minha gata linda!

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado de um compromisso de amizade, respeito e admiração por uma pessoa muito especial, exemplo para a vida e para a minha profissão – meu orientador Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto – minha estrela guia nessa jornada maravilhosa, minha gratidão sincera!

Aos queridos pacientes voluntários – esse projeto só existe *por e para* vocês, que me ensinam a ser uma psicóloga compassiva e sensível ao verdadeiro sofrimento humano e que, apesar de todo estigma e preconceito que cerca os transtornos mentais, vocês continuaram com esperança por dias melhores e acreditaram neste projeto – gratidão pela confiança e pelos ensinamentos.

Aos terapeutas – Maria das Graças Formiga & Cláudio Silva – amigos queridos e colegas de profissão, pela presença essencial na realização deste projeto, por todo apoio, incentivo e carinho incondicional, pelas críticas construtivas e contribuições preciosas, minha profunda admiração e gratidão!

Aos coterapeutas e assistentes – Wilza Karla Arno & Orlando Junior – colegas de profissão e amigos da vida, pela alegre presença, pelas críticas e valiosas contribuições, minha enorme gratidão!

Aos colaboradores que chegaram no final – Adriana Cardoso – e aos que não ficaram até o final – Christian, Letícia, Priscila, Roseli, Gabriela, Alida, Adriana – meus sinceros agradecimentos.

Minhas companheiras de longas horas na biblioteca – Maria Umbelina e Selma – pela ajuda diária, amizade e carinho, minha gratidão sincera!

À equipe da pós-graduação – Prof. Beny Lafer, Eliza, Isabel, Geysa e Fátima – meus sinceros agradecimentos pelas informações e apoio incansável ao longo dessa jornada.

À equipe do CEIP/CEAPESQ – Edna & Amanda em especial, e aos estatísticos Eriton, Jonathan e Hugo – meus sinceros agradecimentos pela dedicação.

Aos colegas do AMBAN – Luciana em especial – e equipe de psiquiatras, Dr. Francisco Lotufo, Dr. Felipe Corchs, Dr. Álvaro Cabral Araujo, Dr. Bruno Saklyama – e médicos residentes, agradecimentos sinceros.

Aos colegas do ProSER pelo carinho e apoio, minha gratidão sincera.

Ao Prof. Irismar Reis por ter me trazido de volta para o IPq, sinceros agradecimentos!

Ao Prof. Rodrigo Sampaio & Prof. Ricardo Franklin, por terem um dia acreditado que eu poderia ser uma professora, minha eterna gratidão!

Ao Prof. Óscar Gonçalves, pela inspiração na busca de novas e construtivas narrativas, na vida e na profissão, pelo carinho e apoio, minha gratidão imensa!

Ao Prof. Wulf Rössler, por sempre trazer uma brisa fresca e muita inspiração, pelas palavras de incentivo, minha gratidão imensa!

Aos familiares – Van & Tsuguo, Nê & Raul, Tia Tê & Migui, em especial – por estarem sempre por perto, nos risos e nas lágrimas, apoiando e me incentivando, minha gratidão infinita, por muitas e muitas vidas!

Aos amigos do coração – impossível relacionar aqui todos vocês – minha gratidão pela amizade incondicional, amor genuíno e cumplicidade em todos os momentos da vida!

Aos mestres de profissão – não conseguiria citar todos vocês aqui – enorme gratidão por me ensinarem a ser uma psicóloga de verdade!

Aos alunos, que me ensinam sempre – nos elogios e nas críticas – minha gratidão pela paciência e pelo aprendizado que vocês trazem para a sala de aula, por cada pergunta, por cada carinha de dúvida – amo cada momento dessa nossa jornada!

Aos queridos pacientes e seus familiares que me acompanham ao longo desses anos de profissão – vocês me ensinaram e ensinam o que é, verdadeiramente, ser humano – rir, chorar, sofrer e não desistir e querer ser feliz – por acreditarem em mim, por me ensinarem tanto, minha gratidão enorme!

EPÍGRAFE

*“Viva seus sonhos, viva-os bem,
dedique-lhes altares, celebre seus mistérios.
Não é a perfeição, mas já é um caminho.
Não há nenhum sonho perdurável.
Uns substituem os outros e não devemos esforçar-nos
por nos prender a nenhum.
Ninguém pode escolher a onda a que obedecerá,
nem o polo pelo qual será atraído.
Seu destino o ama.
Algum dia lhe pertencerá por completo, como você sonha,
se continuar sendo-lhe fiel”*

(Herman Hesse)

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de *dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: DBD/FMUSP; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de siglas e abreviaturas

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)	1
1.2	Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	3
1.2.1	Modelo Cognitivo no TEPT	3
1.2.2	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCC-G)	4
1.3	Terapia Focada na Compaixão (TFC)	5
1.3.1	Tratamentos utilizando a compaixão (TFC)	7
1.4	Revisão Bibliográfica	9
1.4.1	Revisão Nº 1	10
1.4.2	Revisão Nº 2	10
1.4.3	Revisão Nº 3	10
1.4.4	Revisão Nº 4	10
2	OBJETIVOS.....	11
3	HIPÓTESES.....	12
4	JUSTIFICATIVA	13
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	14
5.1	Desenho do Estudo	14
5.1.1	Protocolo do Estudo	14
5.1.2	Terapeutas do Estudo	14
5.2	Local do Estudo	15
5.3	População Estudada.....	16
5.4	Amostra	16
5.4.1	Triagem dos pacientes	16
5.4.2	CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão	17
5.4.3	Questões Éticas	18
5.4.4	Randomização.....	18
5.5	Instrumentos de Avaliação	19
5.5.1	Ficha Cadastral	19
5.5.2	LEC-5 <i>Life Events Checklist 5</i>	19
5.5.3	PCL-5 <i>PTSD Check List 5</i>	19
5.5.4	CAPS-5 <i>Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5</i>	20

5.5.5	DTS <i>Davidson Trauma Scale</i>	20
5.5.6	BDI <i>Beck Depression Inventory</i>	20
5.5.7	BAI <i>Beck Anxiety Inventory</i>	21
5.5.8	BHS <i>Beck Hopelessness Scale</i>	21
5.5.9	SCS <i>Self Compassion Scale</i>	22
5.5.10	OAS <i>Other as a Shamer Scale</i>	22
5.5.11	FSCS <i>Function of Self Critical</i>	22
5.5.12	ATQ <i>Automatic Thought Questionnaire</i>	23
5.5.13	OQ45 <i>Outcome Questionnaire</i>	23
5.5.14	Questionário dos Fatores Grupais	23
5.6	Análise	24
5.6.1	Desfechos Primários	24
5.6.2	Desfechos Secundários	24
5.6.3	Cálculo Amostral	25
5.6.4	Análise Estatística	25
6	RESULTADOS	26
7	DISCUSSÃO	29
8	CONCLUSÃO	31
9	ANEXOS	32
	Anexo A – Critérios diagnósticos do TEPT	33
	Anexo B – A flor da compaixão	34
	Anexo C1 – Diagrama da busca da Revisão Nº 1	35
	Anexo C2 – Diagrama da busca da Revisão Nº 2	36
	Anexo C3 – Diagrama da busca da Revisão Nº 3	37
	Anexo C4 – Diagrama da busca da estratégia PICO	38
	Anexo C5 – Diagrama da busca da Revisão Nº 4	39
	Anexo D1 – Fluxograma do estudo	40
	Anexo D2 – Protocolo do estudo	41
	Anexo D3 – Protocolo do grupo TFC-G (1/4)	42
	Anexo D4 – Protocolo do grupo TA-G (1/2)	46
	Anexo D5 – O que é TEPT?	48
	Anexo D6 – O que é a Compaixão?(1/2)	49
	Anexo D7 – O que é a Vergonha?	51
	Anexo D8 – Passos para o treino da compaixão (1/2)	52
	Anexo D9 – Formulação estratégia ameaça e segurança	54
	Anexo D10 – Registro Diário de Pensamentos	55
	Anexo D11 – Autobiografia em 5 capítulos	56

Anexo D12 – Construção de uma imagem de compaixão	57
Anexo D13 – Três sistemas de regulação emocional.....	58
Anexo D14 – Formulação TEPT baseado na vergonha e culpa	59
Anexo D15 – Autobiografia.....	60
Anexo E1 – Cartaz de divulgação.....	61
Anexo E2 – Entrevista G1 da TV Globo	62
Anexo E3 – Entrevista no Jornal da TV Gazeta	63
Anexo F1 – Aprovação do projeto pelo CONEP	64
Anexo F2– TCLE (1/3).....	65
Anexo F3 – Autorização para gravação das sessões.....	68
Anexo F4 – Autorização para utilização escalas Beck.....	69
Anexo G – Identificação no <i>ClinicalTrials.gov</i>	70
Anexo H1 – Ficha cadastral.....	71
Anexo H2 – LEC-5.....	72
Anexo H3 – PCL-5.....	73
Anexo H4 – CAPS-5 (1/19)	74
Anexo H5 – DTS	93
Anexo H6 – BDI (1/2)	94
Anexo H7 – BAI	96
Anexo H8 – BHS	97
Anexo H9 – SCS (1/2)	98
Anexo H10 – OAS.....	100
Anexo H11 – FSCS	101
Anexo H12 – ATQ (1/2).....	102
Anexo H13 – OQ-45 (1/2)	104
Anexo H14 – Fatores Grupais (1/2)	106
Anexo I – Diagrama CONSORT	108
Anexo J – Tabela 1: Dados Sociodemográficos.....	109
Anexo K1 - Gráfico 1: CAPS-5, nos 2 grupos, nos 3 tempos.....	110
Anexo K2 - Gráfico 2: DTS, nos 2 grupos, nos 3 tempos	111
Anexo K3 - Gráfico 3: BDI, nos 2 grupos, nos 3 tempos.....	112
Anexo K4 - Gráfico 4: BAI, nos 2 grupos, nos 3 tempos.....	113
Anexo K5 - Gráfico 5: BHS, nos 2 grupos, nos 3 tempos.....	114
Anexo K6 - Gráfico 6: SCS, nos 2 grupos, nos 3 tempos	115
Anexo K7 - Gráfico 7: OAS, nos 2 grupos, nos 3 tempos	116
Anexo K8 - Gráfico 8: FSCS, nos 2 grupos, nos 3 tempos.....	117
Anexo K9 - Gráfico 9: ATQ-N, nos 2 grupos, nos 3 tempos	118

Anexo K10 - Gráfico 10: ATQ-P, nos 2 grupos, nos 3 tempos.....	119
Anexo K11 - Gráfico 11: OQ-45, nos 2 grupos, nos 3 tempos.....	120
Anexo L – Correlação das Escalas no grupo total de pacientes	121
Anexo M – Correlação das Escalas no grupo de apoio	122
Anexo N – Correlação das Escalas no grupo da compaixão	123
Anexo O – Resultados das subescalas SCS CAPS-5 e OQ-45	124
Anexo P – Correlação das subescalas SCS CAPS-5 e OQ-45.....	125
Anexo Q – Correlação entre as subescalas SCS CAPS-5 e OQ-45.....	126
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMBAN	Ambulatório de Ansiedade
ANOVA	Análise de Variância (<i>Analysis of Variance</i>)
ATQ-N	Questionário de Pensamentos Automáticos Negativos
ATQ-P	Questionário de Pensamentos Automáticos Positivos
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck (<i>Beck Anxiety Inventory</i>)
BDI	Inventário de Depressão de Beck (<i>Beck Depression Inventory</i>)
BHS	Escala Beck de Desesperança (<i>Beck Hopelessness Scale</i>)
CAPS-5	Entrevista Clínica Diagnóstica do TEPT (<i>Clinical Administered Posttraumatic Scale for DSM-5</i>)
CONSORT	Conjunto de recomendações baseados em evidências para reportar estudos clínicos (<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>)
DSM-III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (3ª edição)
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª edição)
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição)
DTS	Escala Davidson de Trauma (<i>Davidson Trauma Scale</i>)
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FSCS	Escala de Autocrítica (<i>Function of Self Critical Scale</i>)
HC	Hospital das Clínicas
IPq	Instituto de Psiquiatria
LEC-5	Lista de Eventos da Vida (<i>Life Events Check List 5</i>)
OAS	Escala de Vergonha (<i>Other As Shamer Scale</i>)
OQ-45	Questionário de Desfecho (<i>Outcome Questionnaire 45</i>)

PCL-5	Lista de Sintomas do TEPT (<i>Posttraumatic Check List 5</i>)
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
SCS	Escala de Autocompaixão (<i>Self Compassion Scale</i>)
TA-G	Terapia de Apoio em Grupo
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TFC-G	Terapia Focada na Compaixão em Grupo
TMC	Treino da Mente Compassiva
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados da análise das escalas de avaliação nos 2 grupos, nos 3 tempos	27
---	----

RESUMO

Videira LSM. *A eficácia da Terapia Focada na Compaixão em grupo no transtorno de estresse pós-traumático* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Objetivo: Avaliar a eficácia da Terapia Focada na Compaixão em grupo no transtorno de estresse pós-traumático. **Desenho:** Estudo randomizado controlado, cego, dois braços paralelos, no grupo controle a Terapia de Apoio em grupo (TA-G) e no grupo experimental a Terapia Focada na Compaixão em grupo (TFC-G). **Duração e frequência:** Os dois grupos receberam oito sessões semanais de 90 minutos e, caso necessário, tratamento psiquiátrico. Todos preencheram escalas de avaliação, antes (T-1), depois da terapia (T-2) e no seguimento de três meses (T-3). Oitenta e sete pacientes foram randomizados (TA-G=44 e TFC-G=43) e sessenta e um pacientes completadores foram analisados (TA-G=30 e TFC-G=31). **Resultados:** Os pacientes melhoraram significativamente e não houve efeito de interação entre os grupos e os tempos, exceto na escala de trauma CAPS-5, $F(1, 171) = 4,35$, $p = 0,041$. Houve uma diminuição expressiva, comparando a média do T-3 em relação ao T-1, nos dois grupos (TA-G e TFC-G, respectivamente) nas escalas: CAPS-5 de trauma (24,40 e 29,77), DTS de trauma (31,83 e 33,94), BDI de depressão (9,77 e 12,06), BAI de ansiedade (7,33 e 8,23), BHS de desesperança (3,53 e 3,55), ATQ-N de pensamentos automáticos negativos (15,67 e 14,90), OAS de vergonha (8,20 e 7,68), FSCS de autocrítica (9,07 e 6,71) e aumento na escala ATQ-P de pensamentos automáticos positivos (10,96 e 16,36) e SCS de autocompaixão (0,50 e 0,52). **Conclusões:** A significativa melhora dos pacientes comprova a importância da terapia em grupo no tratamento do TEPT. A redução de 30 pontos na escala de trauma CAPS-5, em apenas oito semanas, somente no grupo da Terapia Focada na Compaixão, é uma evidência robusta de que este modelo de tratamento focado na compaixão, vergonha, culpa e autocrítica, é seguro, eficaz e uma esperançosa opção no tratamento de pessoas que vivenciaram eventos traumáticos.

Descritores: transtornos de estresse pós-traumáticos; TEPT; TCC; psicoterapia de grupo; terapia focada na compaixão; vergonha; culpa; autocrítica.

ABSTRACT

Videira LSM. *The Efficacy of group Compassion-Focused Therapy in Posttraumatic Stress Disorder* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

Objective: To evaluate the efficacy of Group Compassion-Focused Therapy in posttraumatic stress disorder. **Design:** A randomized controlled trial, blind study, with two parallel arms, control group with Supportive Therapy Group (SUP-G) and experimental group with Compassion-Focused Therapy Group (CFT-G). **Duration:** The two groups received eight weekly sessions of 90 minutes and, if necessary, psychiatric treatment. All patients completed evaluation scales, before (T-1), after therapy (T-2) and in three months follow-up (T-3). Eighty-seven patients were randomized (SUP-G=44 and CFT-G=43) and sixty-one completers were analyzed (SUP-G=30 and CFT-G=31). **Results:** Patients improved significantly and there was no interaction effect between groups and times, except for the trauma scale CAPS-5, $F(1, 171) = 4.35, p = 0.041$. There was an expressive decrease, comparing the mean of T-3 in the relation to T-1, in both groups (SUP-G and CFT-G, respectively) in the scales: trauma CAPS-5 (24,40 and 29,77), trauma DTS (31,83 and 33,94), depression BDI (9,77 and 12,06), anxiety BAI (7,33 and 8,23), hopelessness BHS (3,53 and 3,55), automatic negative thoughts ATQ-N (15,67 and 14,90), shame OAS (8,20 and 7,68), self-critical FSCS (9,07 and 6,71) and an increase in the scales of automatic positive thoughts ATQ-P (10,96 and 16,36) and self-compassion SCS (0,50 and 0,52). **Conclusions:** Significant improvements in the patients confirm the importance of group therapy in PTSD treatment. The 30-point CAPS-5 trauma scale reduction, in eight weeks only, in the Compassion-Focused Therapy group alone, is robust evidence that this treatment model focused on compassion, shame, guilt and self-criticism, is safe, effective and a hopeful option in treating people who have experienced traumatic events.

Descriptors: stress disorders, post-traumatic; PTSD; CBT; psychotherapy, group; compassion-focused therapy; shame; guilt; self-critical.

1 INTRODUÇÃO

Este projeto baseou-se na demanda de pacientes diagnosticados com transtorno de estresse pós-traumático que receberam tratamento psiquiátrico e psicoterápico individual, no ambulatório de ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (AMBAN-IPq-HCFMUSP). Após alguns meses do término do tratamento, alguns pacientes pioraram, com ou sem a ocorrência de novos eventos traumáticos. Além da recaída desses, havia também crescente demanda de novos pacientes à procura de tratamento após vivenciarem eventos traumáticos, na sua grande maioria, relacionados à violência na cidade de São Paulo. Para atender tal demanda, optamos por oferecer um tratamento psicoterápico breve e no formato grupal, e avaliar se é adequado à essa população clínica, à nossa realidade social e aos recursos humanos disponíveis neste ambulatório.

1.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Há mais de três décadas, o TEPT foi conceitualizado como um Transtorno de Ansiedade no DSM-III (APA, 1980), deixando no passado os termos “neurose traumática” e “neurose de guerra”. A partir do DSM-5 (APA, 2014), o TEPT está no capítulo dos Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores, e os sintomas são entendidos não só num contexto de ansiedade ou medo, mas também de forma bastante variável, com anedonia, disforia, sintomas dissociativos, externalizações de raiva e agressividade. Há destaque para alterações negativas nas cognições e humor associados, incluindo crenças negativas sobre si mesmo, os outros e o mundo, cognições distorcidas a respeito da causa ou das consequências do evento traumático, levando o indivíduo a culpar a si mesmo e/ou outros e apresentar um estado emocional negativo persistente (medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha), sentimentos de distanciamento em relação aos outros e incapacidade constante em sentir emoções positivas, vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor (Anexo A). Uma importante mudança no DSM-5 foi a inclusão de

que o evento traumático pode ter acontecido também com um amigo ou familiar próximo, ou ainda estar relacionado ao trabalho ou à exposição aos relatos e detalhes aversivos do evento (Araújo & Neto, 2014). Outra mudança é o entendimento, ainda recente, de que o TEPT possa ser um distúrbio no sistema do afeto, e não ter apenas o medo como a principal emoção (Budden, 2009). Crenças centrais subjacentes podem ficar ativadas na avaliação do evento traumático e estar associadas a sentimentos intensos de vergonha, interferindo no processamento da memória traumática. Desta forma, a vergonha poderia ser vivenciada na hora do evento e/ou estar associada com o significado do evento e/ou estar relacionada com os sintomas do TEPT (Lee, Scragg, & Turner, 2001).

Num estudo sobre a evolução dos homicídios no Brasil (2000 a 2010) a taxa de mortalidade foi de 26,1 por 100.000 habitantes, considerando o país na sua totalidade (variando entre 6,7 no Maranhão e 54,8 em Pernambuco) e os dados publicados pela Secretaria de Segurança mostraram que neste mesmo período, as polícias paulistas mataram 5.591 pessoas (média de 508 pessoas por ano) (NEV-USP, 2014). Em 2003, quase 50.000 pessoas perderam suas vidas devido a homicídios nos grandes centros urbanos. O homicídio é apenas uma pequena parte do espectro da violência vivenciado pela sociedade brasileira, onde eventos violentos fazem parte do cotidiano: violência conjugal, abuso sexual na infância e adolescência, gestação indesejada, prostituição forçada, uso precoce de álcool e drogas, chantagens por telefone, tráfico de drogas, abuso de idosos e sequestros. Sobreviver numa sociedade inundada pela violência traz um estado permanente de medo e desamparo, um fator de risco potente para o desenvolvimento de transtornos mentais, tanto como gatilho ou como fator para o desenvolvimento do TEPT (Pupo et al., 2011).

Uma pesquisa utilizando Terapia Focada no Trauma em grupo, que foi desenvolvido especialmente para veteranos do Vietnã com TEPT crônico, demonstrou que o protocolo não foi considerado um tratamento

adequado, talvez porque a Terapia de Exposição não seja apropriada a todos os pacientes ou por ser difícil de administrar com sucesso numa população tão complexa. Os autores reconhecem a necessidade de ensaios clínicos randomizados que tentem avaliar os tratamentos para TEPT que sejam eficazes e facilmente aplicáveis na prática clínica (Schnurr et al., 2003).

1.2 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

No início dos anos 70 Aaron Beck desenvolveu uma abordagem para tratamento baseado nos princípios que ele chamou de Terapia Cognitiva. Naquela época, não havia nenhuma evidência de intervenção psicossocial que fosse tão eficaz ou superior à medicação, no tratamento da depressão. Suas pesquisas trouxeram a primeira evidência do efeito duradouro da psicoterapia, algo que há muito era almejado, mas nunca antes demonstrado (Hollon & Kendall, 1980). A ideia central da Terapia Cognitiva é que são as cognições que influenciam profunda e causalmente as emoções e os comportamentos, contribuindo assim para o início e a manutenção da psicopatologia, pois é a maneira que uma pessoa interpreta uma situação que irá influenciar o modo como ela sente e se comporta neste mesmo contexto (Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013).

1.2.1 Modelo Cognitivo no TEPT

O modelo cognitivo argumenta que os indivíduos desenvolvem persistentes sintomas no TEPT ao processarem o evento traumático e/ou suas sequelas de forma a produzir uma sensação constante de forte ameaça, resultante de: **a)** uma interpretação excessivamente negativa do trauma ou **b)** uma perturbação no processamento da memória do trauma. Uma vez ativados, a percepção de intensa e constante ameaça é então acompanhada de hipervigilância, ansiedade, pensamentos intrusivos e revivescência dos sintomas. Tal percepção motiva uma série de comportamentos com a intenção de reduzir a ameaça e/ou estresse em curto prazo, mas tais tentativas não resolvem o problema, ao contrário,

impedem a mudança cognitiva e contribuem para a manutenção do problema. Baseado neste modelo, um tratamento efetivo terá que identificar as avaliações mais relevantes, as características de memória e gatilhos, e variáveis cognitivas e comportamentais que mantem o TEPT. As técnicas para alcançar estes objetivos incluem: **1)** modificação das avaliações excessivamente negativas do trauma, examinando os significados atribuídos aos momentos de maior estresse na memória do trauma; **2)** elaboração da memória do trauma e discriminação dos gatilhos que levam a reexperienciar o trauma; e **3)** mudanças nas cognições disfuncionais, conduzindo, ao final do tratamento, na redução da sintomatologia do TEPT, depressão e ansiedade no geral (Hofmann et al., 2013).

1.2.2 Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCC-G)

O uso da TCC-G vem recebendo destaque na literatura científica pela sua eficiência, e por propiciar o treinamento de profissionais de forma mais sistemática, do que nas intervenções individuais. O ideal é ter um terapeuta principal e um coterapeuta. O terapeuta principal tem maior responsabilidade na condução e na manutenção do foco no grupo, enquanto o coterapeuta tem menos responsabilidade imediata na sessão e seu papel é atuar como um segundo conjunto de olhos/ouvidos, mas ambos exercem papéis similares durante as sessões. Há quatro modalidades na TCC-G: **1)** Grupo de apoio, **2)** Grupo de psicoeducação, **3)** Grupo de treinamento e **4)** Grupo terapêutico. Uma das vantagens da TCC-G é que os participantes precisam lidar com as interações interpessoais da convivência no grupo, possibilitando a observação das interrelações e dos comportamentos interpessoais. O grupo pode tornar-se o espaço adequado para aprender a se relacionar, facilitando a identificação com os que podem estar vivenciando problemas e situações semelhantes. O maior desafio é a necessidade de uma teoria sistematizada e consistente em TCC-G, pois ainda não há precisão de quais são os aspectos específicos da intervenção em grupo que são responsáveis pela sua eficácia (Neufeld, 2011). Os princípios da TCC-G

têm seu foco central na coesão grupal, que reflete o grau de interesse pessoal dos participantes uns pelos outros, pois é a força social deste grupo que permite a tolerância de diferenças e desacordos (White & Freeman, 2003). Além da coesão grupal e aprendizagem interpessoal, há também outros fatores terapêuticos que contribuem para eficácia da terapia em grupo, tais como altruísmo, universalidade, catarse, identificação, orientação e redefinição familiar, autocompreensão e instilação de esperança (Yalom, 2006).

1.3 Terapia Focada na Compaixão (TFC)

O psicólogo Paul Gilbert et al. (Gilbert, 2000, 2009, 2010, 2013, 2014; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004; Paul Gilbert & Sue Procter, 2006) desenvolveu a Terapia Focada na Compaixão (*Compassion Focused Therapy*, em inglês) como uma abordagem integrativa, desenhada a partir da psicologia da evolução, psicologia social, psicologia do desenvolvimento, psicologia budista e neurociência. A TFC é o processo e teoria subjacente da aplicação do modelo da compaixão em psicoterapia e o Treino da Mente Compassiva (TMC) são as atividades específicas para se desenvolver os atributos da compaixão.

A palavra compaixão tem origem na palavra latina *compati*, que significa "sofrer com". Sua Santidade Dalai Lama a define como "*uma sensibilidade com o sofrimento de si e dos outros, com um compromisso profundo para tentar aliviá-lo*". Compaixão é também uma habilidade que pode ser aprendida e treinada. O foco clínico na TFC é baseado em algumas observações: **a)** pessoas com níveis elevados de vergonha e autocrítica podem ter muita dificuldade em serem delicadas consigo mesmos, sentirem alívio ou autocompaixão; **b)** pessoas que geralmente viveram histórias de abuso, negligência e/ou ausência de afeto na infância, tornando-se vulneráveis às ameaças de rejeição; **c)** trabalhar com vergonha e autocrítica requer um foco terapêutico nas memórias mais remotas; **d)** pessoas com tendência a altos níveis de vergonha e autocrítica podem sentir dificuldade em gerar sentimentos de

contentamento, segurança e carinho (Gilbert, 2010).

Pesquisas sobre a neurofisiologia das emoções sugerem que podemos distinguir pelo menos três tipos de sistema de regulação emocional: **1) Sistema de proteção à ameaça:** emoções de raiva, ansiedade, desgosto, com comportamentos de luta, fuga, congelamento ou submissão, e pensamentos do tipo "*melhor prevenir do que remediar*" e "*conclusões precipitadas*"; **2) Sistema de direção e impulso:** busca de desejos, comida, sexo, amizade, excitação e prazer, e bens materiais ou bens ligados à autoestima; **3) Sistema da satisfação e contentamento:** sensação de paz, bem-estar, quietude e a importância do cuidado e carinho para a estimulação do sistema de segurança. Estes são os fundamentos da TFC que são organizados nesses três sistemas, que podem estar desequilibrados e o objetivo do terapeuta é reequilibrá-los. Há três aspectos no engajamento terapêutico: **1º)** o terapeuta usa habilidades de expressão dos atributos da compaixão; **2º)** o paciente vivencia isso como algo compassivo e seguro, que diminui a vergonha e a culpa; **3º)** o terapeuta ajuda o paciente a desenvolver atributos e habilidades da compaixão (Gilbert, 2014).

Os elementos-chave da TFC são: **1) Psicoeducação:** os três sistemas de regulação emocional e "*não é sua culpa*", pois nós fazemos nosso melhor para lidar com nossos cérebros complicados; **2) Atenção Plena:** nossa atenção é móvel entre os três sistemas de regulação emocional e podemos aprender a dar um passo atrás, observar onde nosso pensamento vai, e voltar o foco para a tarefa atual; **3) Compaixão:** podemos aprender qualidades da compaixão: força, sabedoria, carinho, responsabilidade, e desenvolver as habilidades da compaixão através da atenção, raciocínio e comportamento; **4) Imagens:** as imagens, externas e internas, podem ativar o mesmo sistema emocional, e podemos pensar num lugar seguro e evocar imagens para trazer calma e contentamento, para gerar sentimentos de carinho e bondade (P. Gilbert & S. Procter, 2006). Pacientes podem aprender a acessar seu próprio sistema de regulação emocional e, ao desenvolver

autocompaixão, sentir os benefícios da terapia, aprendendo e compreendendo o porquê sentem da maneira que sentem. Eles podem desafiar a autocrítica e o "*bullying* interno", sem julgamento, adotando a postura de "ser gentil comigo mesmo" (Gilbert, 2009). O treino de habilidades e os atributos da compaixão são representados pelo autor num diagrama, que foi traduzido e adaptado no formato de uma flor (Anexo B). Em alguns estudos (Germer & Neff, 2013; MacBeth & Gumley, 2012; K. D. Neff & Vonk, 2009) o aumento na autocompaixão foi correlacionado com a diminuição nos sintomas psiquiátricos e problemas interpessoais, indicando que a capacidade de mostrar a autocompaixão está correlacionada ao bem-estar psicológico. A Associação Médica Britânica argumenta que a compaixão é um elemento chave no cuidado centrado no paciente e, talvez, o desenvolvimento de um modo mais plenamente compassivo no modelo de cuidado possa estar relacionado às mudanças necessárias na nossa cultura e em como o trabalho em saúde mental é feito atualmente (Brown et al., 2015).

No seu livro, *Compassion and Healing in Medicine and Society – On the Nature and Use of Attachment Solutions to Separation Challenges*, o psiquiatra americano Gregory Fricchione aponta que a tarefa de uma nova filosofia na medicina será encontrar uma solução de aproximação entre a rede conceitual de termos físicos (competência) e de termos mentais e espirituais (compaixão). Estudos projetam para 2030, que os transtornos mentais, isoladamente, serão o maior custo na saúde, mais do que diabetes, câncer e doenças pulmonares juntas. A mensagem principal deste autor é que há uma clara indicação para a realização de estudos de prevenção de doenças para ensinar estratégias de redução do estresse, mudanças nas cognições negativas habituais, melhorias no apoio social e incentivo para crenças e expectativas positivas baseadas no amor compassivo (Fricchione, 2011).

1.3.1 Tratamentos utilizando a compaixão (TFC)

A combinação da TCC com técnicas do TMC pode ser altamente

eficaz para pessoas que sofreram eventos traumáticos, para promover as habilidades de compaixão, pois altos níveis de autocompaixão estão relacionados com diminuição da ansiedade, depressão e sintomas relacionados ao trauma (Beaumont, Galpin, & Jenkins, 2012). Pesquisas também evidenciam a eficácia do TMC na diminuição da vergonha, culpa e autocrítica, e na melhora de vários quadros psicopatológicos, como depressão (O'Connor, Berry, Weiss, & Gilbert, 2002) ansiedade social (Gilbert, 2000) e transtornos alimentares (Gale, Gilbert, Read, & Goss, 2012; Kelly, Carter, & Borairi, 2014). O modelo da TFC para o TEPT fornece uma formulação clínica para abordar os *flashbacks* baseados na vergonha e aumentar a capacidade de encontrar sentimentos de segurança nestas memórias e reduzir ciclos de manutenção da autocrítica (Lee, 2014). Segundo Lee et al. (Lee, 2009; Lee & James, 2013; Lee et al., 2001) as experiências intensas de vergonha levam a típicos comportamentos de submissão, numa espiral de vergonha e culpa, com o desejo de escapar, encobrir, evitar o contato visual, esconder a face e abaixar a cabeça. Pesquisas (Beck et al., 2011; Budden, 2009; Harman & Lee, 2010; Kim, Talbot, & Cichetti, 2009; Sippel & Marshall, 2011) apontam para a urgência em avaliar o papel da vergonha no curso do TEPT, seja como um poderoso gatilho no início, como mantenedor ou contribuindo para os quadros graves e crônicos.

Uma revisão sistemática das evidências atuais da TFC (Leaviss & Uttley, 2015) sugere que ela pode ser tão eficaz quanto o tratamento usual para tratar distúrbios psicológicos e é promissora como uma intervenção para indivíduos com elevada autocrítica. No entanto, a evidência ainda é insuficiente para mostrar que a TFC é mais eficaz quando comparada, por exemplo, com tratamento padrão como a TCC. Esta conclusão baseia-se na falta de estudos de alta qualidade e em grande escala, mas não é indicação da existência de evidência negativa.

Há poucos estudos utilizando a TFC no formato grupal (TFC-G). Um estudo controlado randomizado (Braehler et al., 2013) em adultos com diagnóstico do espectro da esquizofrenia, que receberam o

tratamento usual ou tratamento da TFC-G, demonstrou que comparado ao tratamento usual o aumento da compaixão foi significativo na TFC-G e estava associado à redução na depressão e percepção social de marginalização. A TFC-G promoveu um contexto para os participantes se conectarem e desenvolverem um senso de humanidade comum, compartilhando suas experiências psicóticas. Estas evidências sugerem que o desenvolvimento de afiliação no grupo reduziu a sensação de exclusão, inferioridade e vergonha devido à sua doença, e que a TFC-G aparece como uma intervenção segura, aceitável e promissora na promoção da recuperação emocional do quadro psicótico. Outro estudo (Lucre & Corten, 2013) envolveu voluntários que tinham a tendência a serem "duros consigo mesmos" ou "autocríticos" e que tinham experimentado um trauma complexo, consistente com os critérios diagnósticos de personalidade borderline. Os componentes principais deste estudo foram: avaliação, formulação e psicoeducação, em 16 sessões. Os sentimentos de vergonha reduziram significativamente, a comparação social também melhorou, a autocrítica reduziu, e houve aumento na autoconfiança, além de diminuição na depressão e estresse, que foram mantidos no seguimento de um ano. A TFC-G ensina habilidades que, quando praticadas, são destinadas a promover benefícios contínuos, indicando que a relação custo-benefício numa intervenção relativamente curta para pacientes com alto nível de distúrbios psicológicos é bastante promissora.

1.4 Revisão Bibliográfica

A revisão da literatura foi realizada no dia 12/05/2018, na base de dados eletrônica Pubmed, e no dia 18/05/2018 nas bases de dados PsycINFO, PsycARTICLES, PsycBOOKS, utilizando-se os seguintes filtros: artigos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa; publicados nos últimos 10 anos e com humanos adultos (19 até 64 anos). Foram realizadas quatro buscas, usando diferentes termos, devido à não existência de descritores padronizados (MESH e DeCs) para as palavras "*compassion*" ou "*compassion focused therapy*".

1.4.1 Revisão Nº 1

Os termos utilizados para a busca nº 1 foram: *PTSD AND PSYCHOTHERAPY AND GROUP AND EFFICACY* e foram encontrados 143 artigos. Os resumos foram lidos e analisados, e depois de serem excluídos por duplicidade (1) ou por não estarem relacionados com as palavras chaves da busca (135), foram analisados 7 artigos na íntegra (Anexo C1).

1.4.2 Revisão Nº 2

Os termos utilizados para a busca nº 2 foram: *PTSD AND COMPASSION AND GROUP* e foram encontrados 12 artigos. Os resumos foram analisados e todos foram excluídos por não estarem relacionados com as palavras chaves da busca (Anexo C2).

1.4.3 Revisão Nº 3

Os termos utilizados para a busca nº 3 foram: *COMPASSION FOCUSED THERAPY* e foram encontrados 114 artigos. Os resumos foram analisados e todos foram excluídos por não estarem relacionados com as palavras chaves da busca (Anexo C3).

1.4.4 Revisão Nº 4

Esta busca bibliográfica utilizou a estratégia PICO, com os seguintes descritores: P = “*PTSD*”, I e C = “*GROUP PSYCHOTHERAPY*”, e O = “*EFFICACY*”, Tipo de Publicação = “*CLINICAL TRIAL*” (Anexo C4). Foram analisados os resumos dos 92 artigos encontrados e após exclusão (artigos com tratamentos para crianças e/ou adolescentes, idosos, câncer, *debriefing*, só para casais, pela internet ou telefone, medicina alternativa) restaram seis artigos que foram analisados na íntegra (Anexo C5).

2 OBJETIVOS

Avaliar a eficácia da Terapia Focada na Compaixão em grupo (TFC-G) comparado com a Terapia de Apoio em grupo (TA-G) no tratamento de pacientes com TEPT.

3 HIPÓTESES

Os pacientes da TFC-G apresentarão melhora clínica mais significativa do que a TA-G.

HIPÓTESE 1: A diminuição do TEPT estará relacionada à diminuição da depressão, ansiedade, desesperança, e redução dos pensamentos automáticos negativos e aumento dos positivos. Os sintomas de TEPT serão medidos pela escala CAPS-5 e PCL-5 (DSM-5) e também mensurados pela escala DTS (DSM-IV). Os níveis de vergonha pela escala OAS e autocrítica pela escala FSCS. A depressão, ansiedade e desesperança serão medidos, respectivamente, pelas escalas BDI, BAI e BHS. Os pensamentos automáticos negativos e positivos serão medidos pelo questionário ATQ-N e ATQ-P. Todas essas escalas estão descritas detalhadamente no item 5.6-Instrumentos de Avaliação.

HIPÓTESE 2: O aumento da autocompaixão estará relacionado com a diminuição da vergonha, autocrítica, desesperança e dos pensamentos automáticos negativos e aumento dos positivos. Os níveis de vergonha, autocrítica, desesperança e pensamentos automáticos negativos e positivos, serão medidos como descritos na Hipótese 1 e os níveis de autocompaixão serão medidos pela escala SCS, descrita no item 5.6-Instrumentos de Avaliação.

HIPÓTESE 3: O aumento da autocompaixão estará relacionado com o aumento da coesão grupal. Os níveis de autocompaixão serão medidos pela escala SCS e a coesão grupal será medida pelo questionário dos fatores grupais, descrito detalhadamente no item 5.6-Instrumentos de Avaliação.

4 JUSTIFICATIVA

O TEPT é uma síndrome complexa e cada vez mais frequente pelo aumento da violência em nossa sociedade. Os tratamentos existentes não melhoram todos os pacientes e novos procedimentos terapêuticos precisam ser desenvolvidos e avaliados.

Ainda não há evidências da eficácia de tratamentos para o TEPT com foco em emoções diferentes do medo e/ou ansiedade. Este projeto visa mostrar a relevância em focar o tratamento na diminuição dos sentimentos de vergonha, culpa e autocrítica, através do treino das habilidades de compaixão e da regulação emocional.

As pesquisas e a maioria dos tratamentos são no formato individual e ainda não há evidências da eficácia de tratamentos em grupo para o TEPT, em nenhuma abordagem terapêutica, que sejam breves, seguro e eficazes.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho do Estudo

Foi realizado um ensaio clínico randomizado, cego, com dois braços em paralelo. Num braço, o grupo controle, com a Terapia de Apoio (TA-G), por ter sido considerada a terapia em grupo menos interventiva, dentre os tipos de TCC-G. No outro braço, o grupo experimental, com a Terapia Focada na Compaixão (TFC-G). Após triagem, os pacientes foram randomizados para um dos dois grupos e receberam oito sessões semanais, de 90 minutos cada sessão. Todos foram avaliados com escalas de autopreenchimento, em momentos distintos: Avaliação-1 na triagem, antes do início da terapia (T-1); Avaliação-2 após o término da terapia (T-2) e Avaliação-3 no seguimento de três meses (T-3), conforme fluxograma do estudo (Anexo D1).

5.1.1 Protocolo do Estudo

A TFC-G teve sessões estruturadas e seguiu um protocolo em todas as sessões, enquanto a TA-G teve sessões livres, e a exceção foi apenas na primeira e na última sessão, quando os pacientes fizeram a mesma atividade, conforme o protocolo da pesquisa (Anexo D2), o protocolo detalhado das sessões da TFC-G (Anexo D3) e protocolo detalhado das sessões da TA-G (Anexo D4).

As sessões foram consecutivas, com exceção das semanas que coincidiram com os feriados nacionais, quando o intervalo entre as sessões foi quinzenal. Os grupos eram fechados, isto é, após a realização da primeira sessão, não era permitida a entrada de mais nenhum participante. As sessões foram gravadas para avaliação do pesquisador responsável e utilização posterior para fins educacionais.

5.1.2 Terapeutas do Estudo

Os grupos foram conduzidos por um terapeuta principal e um

coterapeuta, com exceção do último grupo de cada braço, devido ao número reduzido de pacientes e pela redução dos psicólogos voluntários, ao final da pesquisa.

Os psicólogos voluntários que trabalharam nesta pesquisa têm especialização (LSM, MGF, CAS) ou formação em TCC (AF, CS, WCA) e os assistentes (LL, OJ) eram estudantes de psicologia. Apenas LSM e MGF participaram de workshop “Introdução à Terapia Focada na Compaixão e Técnicas”, com o Prof. Paul Gilbert (Gilbert, 2015). Os grupos da TA-G foram realizados em 5 vezes, totalizando 5 grupos, sendo LSM como terapeuta principal somente no 1º grupo, e CAS do 2º ao 5º grupo. O mesmo aconteceu com os grupos da TFC-G, sendo LSM como terapeuta principal somente no 1º grupo, e MGF do 2º ao 5º grupo. Em ambos houve a alternância de coterapeutas e, em alguns grupos houve a participação de terapeuta-ouvinte, com o objetivo de treinar novos terapeutas. Inicialmente a equipe contou com dez psicólogos colaboradores, porém, finalizamos apenas com quatro psicólogos e um estudante de psicologia. Todos participaram de supervisões semanais (julho/2015 a março/2018). Além da supervisão de casos clínicos e intercorrências dos pacientes, havia a preocupação em compartilhar as experiências emocionais dos terapeutas, devido à gravidade e intensidade das histórias traumáticas compartilhadas nos grupos. Nessas reuniões também havia a leitura e tradução de textos sobre TFC e TEPT, e nesse período foram escritos três capítulos inéditos sobre a TFC em língua portuguesa (Matsumoto & Lotufo, 2018, no prelo; Matsumoto, Lotufo, & Lotufo, 2014; Vogel & Matsumoto, 2015).

5.2 Local do Estudo

Esta pesquisa foi realizada no ambulatório de ansiedade, AMBAN-IPq-HCFMUSP. Os atendimentos foram realizados às quintas-feiras, das 10h00 às 16h00, no 4º andar da ala norte do IPq-HCFMUSP, no período de julho/2015 a março/2018. Além dos grupos de terapia, supervisão e estudo, a digitação, tabulação e análise das avaliações preenchidas pelos pacientes também foram realizadas no AMBAN e/ou na biblioteca do IPq-

HCFMUSP. A tabulação e análise dos dados ocorreu no período de abril a julho/2018.

5.3 População Estudada

Foram convidados para participar deste estudo os pacientes que procuraram espontaneamente o AMBAN. Além desses, também vieram outros pacientes que receberam informações através de divulgação interna, indicação de familiares ou amigos, e pelas mídias sociais, através de cartaz (Anexo E1), entrevista em jornal online (Anexo E2) e entrevista em jornal na TV (Anexo E3).

5.4 Amostra

5.4.1 Triagem dos pacientes

Os pacientes foram todos voluntários de pesquisa, sem nenhuma recompensa financeira, e realizaram entrevistas de triagem com psicólogos para avaliação diagnóstica de TEPT. Além da consulta com psicólogos, também tiveram consulta com médicos psiquiatras e residentes do AMBAN. A equipe de psicólogos e assistentes de pesquisa foi treinada para realizar a triagem e aplicar avaliações, orientando os pacientes no preenchimento dos seguintes instrumentos: **1) Ficha Cadastral** – além da coleta dos dados cadastrais, também era observado, no ato do preenchimento, a capacidade de leitura e escrita; **2) Lista de Eventos da Vida – LEC-5** (*Life Event Checklist for DSM-5*, traduzida para o português para utilização nesta pesquisa), traz uma lista de eventos traumáticos, para que o paciente indique os eventos que já ocorreram ao longo de sua vida; **3) Checklist do Evento – PCL-5** (*PTSD Checklist for DSM-5*, traduzida para o português para utilização nesta pesquisa) traz uma lista de 20 sintomas do TEPT para que o pacientes relacione com um dos eventos que foram relatados no LEC-5; **4) Entrevista clínica para avaliação do TEPT – CAPS-5** (*Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5*, versão mensal, traduzida para o português para utilização nesta pesquisa) é um roteiro estruturado para a

realização da entrevista clínica de avaliação diagnóstica do TEPT. Tal procedimento foi feito pelos psicólogos, individualmente, numa sala fechada para garantir privacidade aos pacientes, em um ou mais encontros, a depender da condição emocional em terminar a entrevista num único dia. A triagem selecionou apenas aqueles que preencheram os critérios diagnósticos para TEPT, com escore total do CAPS-5 maior que 45. No entanto, caso não recebessem o diagnóstico, mesmo assim foram incluídos na pesquisa com o quadro subclínico, ou seja, preencheram o Critério A e tiveram escore total do CAPS-5 maior que 30 pontos (segundo os Critérios B, C, D ou E). Após o procedimento da entrevista os pacientes finalizavam a triagem ao preencheram as escalas da Avaliação-1. Todos esses instrumentos estão descritos detalhadamente no item 5.6-Instrumentos de Avaliação.

Caso a pessoa ainda não fosse paciente do complexo HC, era então acompanhado até o registro geral (andar térreo no IPq-HCFMUSP) para a realização do seu cadastro geral e a obtenção de um nº de registro geral no HC (nº RGHC).

5.4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 a 65 anos, ambos os sexos, qualquer grupo étnico, capazes de ler/escrever e responder as escalas de avaliação, e aptos para assinar o termo de consentimento para sua participação. Os pacientes que preencheram todos estes critérios também fizeram, caso necessário, uso de fármacos durante toda a pesquisa, e se beneficiaram de ambos os tratamentos, o psiquiátrico e o psicoterápico, não sendo, portanto, excluídos desta pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que estivessem em risco de suicídio iminente, com graves comportamentos de automutilação (cortar, queimar, machucar-se deliberadamente), com quadro psicótico não estabilizado com medicação, em risco de ainda sofrer violência, com falta de memória em relação ao evento traumático e fazendo uso de álcool ou drogas. Nestes casos, os pacientes foram excluídos desta pesquisa.

Foram considerados desistentes (*dropout*) os pacientes que abandonaram o tratamento em grupo e/ou realizaram menos de 5 sessões. Além disso, os pacientes que não compareceram para a Avaliação-2 (T-2) também foram considerados desistentes (por não haver a possibilidade de análise de dados comparativa entre T-2 e T-1).

5.4.3 Questões Éticas

Este projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o título de “Eficácia da Terapia Focada na Compaixão em Grupo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático” no dia 28/10/2014 pela Diretora Clínica do HCFMUSP (Anexo F1).

Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) redigido de acordo com as normas do IPq-HCFMUSP (Anexo F2). Também assinaram a autorização para a gravação do áudio das sessões de terapia, somente para fins de ensino e pesquisa (Anexo F3).

Este projeto está autorizado a utilizar as escalas Beck de avaliação (Anexo F4) e está registrado no *clinical.trials.gov* com o título: *Efficacy of Compassion Focused Therapy in Group for Posttraumatic Stress Disorder* - NCT03154931 (Anexo G).

5.4.4 Randomização

A lista de randomização foi preparada por uma pessoa independente, sem ligação com o tratamento ou com a avaliação dos pacientes, para a alocação dos pacientes em um dos dois grupos de tratamento. Ao se inscrever para participar deste projeto, cada paciente recebeu um número de sequência (número de sequência + iniciais do próprio nome). Depois de ser avaliado e ter preenchido os critérios de inclusão para o projeto, foi utilizado uma tabela de números aleatórios ([http:// www.dfi.ccet.ufms.br/prrosa/metodologia/TNA.html](http://www.dfi.ccet.ufms.br/prrosa/metodologia/TNA.html)) em sequência horizontal iniciando no primeiro número do topo da página à esquerda e

distribuiu cada paciente nos grupo controle ou grupo experimental. Posteriormente, o pesquisador executante sorteou em qual grupo o paciente recebeu o tratamento, para TA-G ou TFC-G. A randomização foi realizada em bloco, após a triagem de 10 ou mais pacientes. Os terapeutas e avaliadores desta pesquisa não participaram desta seleção. Os pacientes foram randomizados e encaminhados para um dos dois tipos de tratamento e foram atendidos por psicólogos treinados para tal.

5.5 Instrumentos de Avaliação

5.5.1 Ficha Cadastral

Ficha utilizada na triagem dos pacientes, para a coleta das informações cadastrais e socioeconômicas (Anexo H1).

5.5.2 LEC-5 *Life Events Checklist 5*

A escala LEC-5 contém 17 itens para investigar a exposição a potenciais eventos traumáticos, preenchendo o critério diagnóstico A para o TEPT, segundo o DSM-5. Incluem eventos tais como desastre natural, agressão física ou sexual, morte violenta, entre outros. Para cada item o paciente indica o tipo de exposição: se vivenciou diretamente ou com familiares, se testemunhou ou se está relacionado com sua ocupação profissional (F. W. Weathers, Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M., 2013) (Anexo H2).

5.5.3 PCL-5 *PTSD Check List 5*

A escala PCL-5 contém 20 itens para investigar os sintomas de TEPT de acordo com os critérios B, C, D e E (como a CAPS-5). Para cada item o paciente responde numa escala de intensidade, de 5 pontos, variando de 0=nem um pouco e 4-extremamente (F. W. Weathers, Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P., 2013

) (Anexo H3).

5.5.4 CAPS-5 *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5*

A escala CAPS-5 é uma entrevista diagnóstica de 30 itens, para investigar os sintomas de TEPT de acordo com os critérios A, B, C, D e E, onde os itens são classificados com um único escore de gravidade, e o clínico combina informações sobre frequência e intensidade antes de fazer uma única classificação de gravidade. As escalas de classificação devem ser interpretadas como 0 - ausente, 1 - leve (Abaixo do limiar), 2 - moderada (Limiar); 3 - grave (Muito Elevado) ou 4 - extrema (Incapacitante). Além disso, é necessário estabelecer se o sintoma tem relação funcional com o evento traumático, de forma definitiva, provável ou improvável. A pontuação da gravidade total dos sintomas na CAPS-5 é calculada pela soma dos itens de 1 a 20 (F. W. Weathers et al., 2018). Esta escala foi traduzida para o português, na versão mensal para utilização nesta pesquisa (somente na Avaliação-1) devido a necessidade de se contemplar os novos critérios que foram inseridos apenas no novo DSM-5, e que não eram contemplados na versão anterior (Anexo H4).

5.5.5 DTS *Davidson Trauma Scale*

Esta escala foi desenvolvida para avaliar a severidade e a frequência dos sintomas em indivíduos expostos a traumas (Davidson et al., 1997). É um questionário autoaplicável com 17 perguntas que correspondem aos 17 critérios do DSM-IV e seus grupos: perguntas 1 - 4, critério B (re-experiência intrusiva); perguntas 5 - 11, critério C (evitação e embotamento) e perguntas 12 - 17, critério D (excitabilidade aumentada). A escala pode ser utilizada para diagnóstico e para medir a eficácia das intervenções terapêuticas utilizadas (Anexo H5).

5.5.6 BDI *Beck Depression Inventory*

Inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, para uso com pacientes psiquiátricos, passou a ser amplamente utilizado como um instrumento útil também para a população geral (Cunha, 2001). É indicado para sujeitos de 17 a 80 anos, e consta

de uma escala de autorrelato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, com escores de 0 a 3, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens, permitindo a classificação de níveis de intensidade da depressão: mínimo (0 - 11), leve (12 - 19), moderado (20 - 35) e grave (36 - 63) (Anexo H6).

5.5.7 BAI *Beck Anxiety Inventory*

É uma escala de autorrelato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade, para sujeitos a partir de 17 anos (Cunha, 2001). É constituído por 21 itens que devem ser avaliados com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos, que refletem níveis de gravidade crescente de sintomas. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens, permitindo a classificação de níveis de intensidade da ansiedade: mínimo (0 - 10), leve (11 - 19), moderado (20 - 30) e grave (31 - 63) (Anexo H7).

5.5.8 BHS *Beck Hopelessness Scale*

Este instrumento foi criado como uma maneira de operacionalizar o componente desesperança no modelo cognitivo de Beck sobre depressão e é apresentada como medida da dimensão do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas frente ao futuro (Cunha, 2001). É uma escala dicotômica, com 20 itens que envolvem crenças sobre desesperança. Ao concordar (Certo) ou discordar (Errado) com cada uma delas, o sujeito descreve sua atitude, permitindo que seja possível avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto. Dentre o total de itens, 9 deles, quando assinalados “errado” (E) e 11 como “certo” (C), caracterizam a direção crítica. O escore total é o resultado das somas dos itens individuais, variando de 0 a 20, podendo indicar desesperança: mínima (0 - 3), leve (4 - 8), moderada (9 - 14) e grave (Superior a 14) (Anexo H8).

5.5.9 SCS *Self Compassion Scale*

É composta por 26 itens que visa mensurar como a pessoa se comporta em relação a si mesmo, em situações difíceis (K. Neff, 2003). As respostas estão numa escala Likert de 5 pontos, variando de 1 - quase nunca até 5 - quase sempre. É apropriada para ser aplicada em pessoas acima de 14 anos. Os itens contemplam 6 aspectos da compaixão: 1) bondade; 2) autocrítica; 3) humanidade; 4) isolamento; 5) atenção plena e 6) sobreidentificação. Esta escala se encontrava disponível apenas na língua inglesa, e foi traduzida para o português para a utilização neste projeto. Recentemente foi validada para a língua portuguesa (Costa, Marôco, Pinto-Gouveia, Ferreira, & Castilho, 2015) (Anexo H9).

5.5.10 OAS *Other as a Shamer Scale*

Esta escala foi adaptada por Paul Gilbert (Goss, P., & S., 1994) para medir a "vergonha externa". A escala tem 18 itens com respostas numa escala Likert de 5 pontos, de acordo com a frequência de avaliações sobre diversas situações e de "como os outros me julgam", variando de 0 - Nunca até 4 - Quase sempre. Esta escala se encontra disponível apenas na língua inglesa, e foi traduzida para o português para a utilização neste projeto (Anexo H10).

5.5.11 FSCS *Function of Self Critical*

Esta escala foi desenvolvida por Paul Gilbert (Gilbert et al., 2004) para medir as funções da autocrítica, o porque as pessoas pensam em se autocriticar e se auto atacar. Análise fatorial sugere que há duas funções bem diferentes em ser autocrítico: uma é tentar melhorar a si mesmo e parar de cometer erros, e a outra envolve a expressão da raiva e o desejo de machucar a si mesmo. É uma escala com 21 itens com respostas numa escala Likert de 5 pontos, variando de 0 - Nada a ver comigo até 4 - Tudo a ver comigo. Esta escala se encontra disponível apenas na língua inglesa, e foi traduzida para o português para a utilização neste projeto (Anexo H11).

5.5.12 ATQ *Automatic Thought Questionnaire*

A finalidade do Questionário de Pensamentos Automáticos é medir a frequência de pensamentos automáticos negativos (ATQ-N) associados à depressão (Hollon & Kendall, 1980) é um questionário possui cinco respostas que devem ser dadas para cada um dos itens: 1 - Nunca; 2 - Às vezes; 3 - Moderadamente; 4 - Frequentemente e 5 - Todo o tempo. Alguns anos depois do surgimento do ATQ-N, a frequência de pensamentos automáticos positivos (ATQ-P) foram adicionados (Ingram & Wisnicki, 1988) e foram mesclados os pensamentos positivos com os negativos, resultando num questionário com 60 itens (ATQ-60) (Jolly & Wiesner, 1996) (Anexo H12).

5.5.13 OQ45 *Outcome Questionnaire*

É um questionário com a finalidade de avaliar os resultados em psicoterapia, isto é, o progresso do paciente durante a psicoterapia e, por consequência, avaliar a eficiência da mesma. É breve, de fácil compreensão e aplicação (Carvalho & Rocha, 2009). Composto por 45 itens, respondido em uma escala Likert, de 5 pontos, que varia entre "nunca" e "quase sempre", que acessam três diferentes domínios: **1) Sintomático** - desconforto subjetivo (25 itens), **2) Interpessoal** – ligados aos relacionamentos interpessoais (11 itens) e **3) Papel social** – ligado ao desempenho de papel social (9 itens). Os escores possíveis variam entre 0 e 180 pontos, onde os escores mais altos refletem sofrimento mais severo, sendo considerado o total maior que 65 pontos indicação de tratamento. É considerado melhora clínica a diminuição de 15 ou mais pontos (Anexo H13).

5.5.14 Questionário dos Fatores Grupais

Foi desenvolvido por Yalom (Yalom, 2006) e contém 60 itens divididos em 12 grupos, que são considerados os 12 fatores terapêuticos. Numa lista com esses 60 itens (afirmações), o paciente assinalava em cada um desses itens, de acordo com uma escala de 0 a 4 (considerando

0 = menos útil e 4 = mais útil). o que melhor descrevia o benefício da participação do grupo, em relação à sua melhora. O escore total é a soma dos itens assinalados para cada um dos itens, somando no máximo 240 pontos, indicando que quanto mais elevado, mais benefícios o paciente atribuiu ao grupo. Os 12 fatores terapêuticos se referem a um intervalo desses 60 itens: **1)** altruísmo (itens 1 a 5); **2)** coesão grupal (itens 6 a 10); **3)** universalidade (itens 11 a 15); **4)** aprendizagem interpessoal (itens 16 a 20); **5)** aprendizagem intrapessoal (itens 21 a 25); **6)** orientação (itens 26 a 30); **7)** catarse (itens 31 a 35); **8)** identificação (itens 36 a 40); **9)** redefinição familiar (itens 41 a 45); **10)** autocompreensão (itens 46 a 50); **11)** instilação de esperança (itens 51 a 55) e **12)** fatores existenciais (itens 56 a 60) (Anexo H14).

5.6 Análise

5.6.1 Desfechos Primários

Foi utilizado como medida primária de eficácia o resultado da CAPS-5 (*Clinical Administered PTSD Scale – DSM5*) com diminuição de 5 pontos do escore total inicial na Avaliação-1 (T-1), apresentados na Avaliação-2 (T-2) ou na Avaliação-3 (T-3).

5.6.2 Desfechos Secundários

Foi utilizado como medida secundária os seguintes inventários, na comparação da média do escore total inicial na Avaliação-1, com os resultados após os grupos de terapia, na Avaliação-2 ou no seguimento na Avaliação-3: Escala Davidson Trauma (DTS), Inventário Beck Depressão (BDI), Inventário Beck Ansiedade (BAI), Escala Beck Desesperança (BHS), Escala Autocompaixão (SCS), Escala Vergonha (OAS), Escala Autocrítica (FSCS), Questionário de Pensamentos Automáticos Negativos (ATQ-N), Questionário de Pensamentos Automáticos Positivos (ATQ-P) e Questionário de resultados (OQ-45).

5.6.3 Cálculo Amostral

Para o cálculo do tamanho amostral foi usado o escore total da CAPS-5, a principal variável a ser avaliada. Assim, para um nível de significância de 10%, poder de 80%, baseando os cálculos do tamanho amostral para comparação de duas médias (<http://sampsize.sourceforge.net/iface/s2.html>) utilizando os dados de um estudo clínico randomizado americano (Schneier et al., 2012) foi estimada para este estudo, uma amostra de 32 pacientes em cada grupo.

5.6.4 Análise Estatística

A análise dos dados foi realizado usando SPSS (Versão 22.0; IBM). Foram calculadas médias (M), desvio padrão (DP), frequências e percentagens para descrever características sócio-demográficas da amostra para os grupos controle e experimental, comparando estatisticamente estas medidas mediante o teste t para as variáveis sociodemográficas numéricas e o teste chi-quadrado para as variáveis categóricas. Realizou-se uma análise de variância de medidas repetidas (ANOVAs) para examinar a influência do tempo, grupo e o efeito combinado de tempo e grupo na variação dos sintomas de TEPT (escala CAPS-5 e DTS), depressão (BDI), ansiedade (BAI), desesperança (BHS), autocompaixão (SCS), autocrítica (FSCS), vergonha (OAS), pensamentos automáticos positivos (ATQ-P), pensamentos automáticos negativos (ATQ-N) e questionário de resultado em psicoterapia (OQ-45). Foi calculada as correlações de Spearman entre os sintomas do TEPT, e as escalas de vergonha, autocrítica, autocompaixão, depressão, ansiedade, desesperança, pensamentos automáticos positivos e negativos, para cada grupo e em cada um dos três tempos. Entre as escalas de autocompaixão (6 subescalas) e os fatores grupais (12 fatores), a correlação de Spearman foi estimada somente nos tempos 2 e 3 (essa escala foi aplicada somente no T-2 e T-3). A significância de todos os testes foi considerado ao nível 0.05.

6 RESULTADOS

Foram analisados 61 pacientes completadores, 30 pacientes no grupo da Terapia de Apoio (TA-G) e 31 pacientes no grupo da Terapia Focada na Compaixão (TFC-G). Dos 87 pacientes randomizados, houve a desistência de 22 pacientes antes do início da terapia e, depois de iniciado os grupos de terapia, do total de 65 pacientes, apenas 4 desistiram (Anexo I).

Em relação à análise dos dados sociodemográficos, não houve diferença significativa entre os grupos, portanto, estatisticamente os dois grupos são homogêneos (Anexo J).

A idade média dos pacientes foi de 45 anos (TA-G = 41 e TFC-G = 43), sendo 47% da amostra com menos de 41 anos (13 pessoas na TA-G e 16 pessoas na TFC-G). Houve a predominância do sexo feminino (88,5%), com 27 mulheres em cada um dos grupos, e apenas três homens na TA-G e quatro na TFC-G. Em relação ao estado civil, 47% de todos os pacientes são solteiros (TA-G = 13 e TFC-G = 16), 15% são divorciados ou separados, 5% são viúvos, 32% são casados ou vivendo em união estável (10 pacientes de cada grupo) e tem, na média, apenas um filho. A renda familiar é baixa para a maioria dessas pessoas, com quase 60% recebendo menos de três salários mínimos, apesar de 65% delas terem nível universitário ou pós-graduação. Apenas 18% dos participantes declararam não ter nenhuma religião e a grande maioria é católica (39%) ou espírita (21%).

A Tabela-1 mostra os resultados para a ANOVA de medidas repetidas, para todas as escalas, em função dos tempos e dos grupos (Grupo Controle, TA-G e Grupo Experimental, TFC-G) e a interação de grupo com tempo. Em relação aos dois grupos, apenas uma diferença estatística foi encontrada na escala de trauma CAPS-5, $F(1,171) = 4,35$, $p = 0,041$. O grupo que apresentou a maior média nesta escala foi o grupo da TA-G, com 42,02 comparado ao grupo da TFC-G, com 35,85. Independentemente dos grupos em relação ao fator tempo, foi encontrada a diferença significativa no nível 0,05 em todas as escalas.

Em todas as escalas a média da pontuação diminuiu ao longo do tempo, menos nas escalas de autocompaixão (SCS) e de pensamentos automáticos positivos (ATQ-P), que aumentou (Anexo K1-K11).

Tabela 1—Resultados da análise das escalas de avaliação nos 2 grupos, nos 3 tempos.

	Grupo Apoio (TA-G)				Grupo Compaixão (TFC-G)				Total			
	T-1	T-2	T-3	Total	T-1	T-2	T-3	Total	T-1	T-2	T-3	
CAPS-5	57,13	56,06	32,73	42,02	55,03	27,26	25,26	35,85	56,06	41,66	28,93	
DTS	90,53	60,30	58,70	69,84	84,19	54,00	50,26	62,82	87,31	57,10	54,41	
BDI	25,93	19,17	16,17	20,42	28,90	17,06	16,84	20,94	27,44	18,10	16,51	
BAI	25,67	19,40	18,33	21,13	25,32	16,52	17,10	19,65	25,49	17,93	17,70	
BHS	10,43	6,37	6,90	7,90	10,48	7,42	6,94	8,28	10,46	6,90	6,92	
SCS	2,38	2,89	2,88	2,72	2,36	2,89	2,88	2,71	2,37	2,89	2,88	
FCSC	37,27	30,60	28,20	32,02	33,29	28,87	26,58	29,58	35,25	29,72	27,38	
OAS	35,93	29,53	27,73	31,07	36,68	29,48	29,00	31,72	36,31	29,51	28,38	
ATQ-P	83,67	93,13	94,63	90,48	74,06	91,29	90,42	85,26	78,79	92,20	92,49	
ATQ-N	96,50	85,57	80,83	87,63	97,06	81,45	82,16	86,89	96,79	83,48	81,51	
OQ45	97,97	86,30	87,33	90,53	123,81	107,10	108,29	113,07	111,10	96,87	97,98	
		CAPS-5	DTS	BDI	BAI	BHS	SCS	FCSC	OAS	ATQ-P	ATQ-N	OQ45
Grupo	gl	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	F	4,35	1,06	0,05	0,31	0,11	0,00	0,41	0,03	1,36	0,02	0,55
	p	0,041*	0,31	0,83	0,58	0,74	0,97	0,53	0,87	0,25	0,89	0,46
Tempo	gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	F	96,29	50,32	39,37	19,36	22,06	20,94	8,72	13,47	27,31	22,02	24,89
	p	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*
Grupo*Tempo	gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	F	1,40	0,06	1,83	0,41	0,45	0,01	0,24	0,08	1,78	0,69	0,82
	p	0,25	0,94	0,17	0,66	0,64	0,99	0,79	0,92	0,17	0,50	0,44

* Significativa ao 5%

CAPS-5 (Trauma - DSM-5), DTS (Trauma - DSM-IV), BDI (Depressão), BAI (Ansiedade), BHS (Desesperança), SCS (Autocompaixão), FCSC (Autocrítica), OAS (Vergonha), ATQ-P (Pensamentos Positivos), ATQ-N (Pensamentos Negativos), OQ45 (Resultados em Psicoterapia).

Após os resultados da Tabela 1, foi feita a correlação entre essas escalas, para os 3 tempos, para o grupo total de pacientes (Anexo L), para o grupo da TA-G (Anexo M) e para o grupo da TFC-G (Anexo N) e há correlações altamente significativas na maioria das escalas, nos dois grupos, nos 3 tempos.

Os resultados para a ANOVA de medidas repetidas para as subescalas da escala de autocompaixão (SCS), da escala de TEPT (CAPS-5) e da escala de resultados em psicoterapia (OQ-45) em três tempos diferentes (T-1 antes, T-2 depois da terapia e T-3 no seguimento) e em função dos dois grupos (TA-G e TFC-G). Somente encontrou-se diferença estatística entre grupos nas escalas parciais do CAPS-5, critérios B, C e E, sendo que as pontuações médias são todas menores no grupo

da TFC-G. Em relação à interação entre tempo e grupos, apenas a diferença estatística foi encontrada na CAPS-5, critério C e na escala OQ-45, subescala 3-Papel social (Anexo O).

Na correlação de *Spearman* (Anexo P) entre as escalas parciais dos resultados de autocompaixão (SCS), trauma (CAPS-5) e resultados em psicoterapia (OQ-45), em cada uma das três vezes que as medições foram feitas, para os dois grupos (TA-G e TFC-G). A parte inferior da tabela em cada tempo contém as correlações para o grupo da TA-G e a parte superior contém as correlações para o grupo da TFC-G. Entre outros resultados importantes, podemos comprovar que na TFC-G, na escala OQ-45, na subescala 3-papel social, não foram encontradas relações significativas no T-1, enquanto na TA-G correlaciona-se significativa e positivamente com a escala de autocompaixão, na subescala de isolamento. No T-2 as relações mais significativas são apresentadas no grupo da TA-G, mas todas elas desaparecem no T-3; para o grupo da TFC-G verifica-se que há um aumento nos critérios B e D da escala CAPS-5, e na escala da autocompaixão na subescala de sobreidentificação, e há diminuição nas subescalas de bondade e atenção plena.

7 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados até agora comprovam a eficácia da Terapia Focada na Compaixão em grupo no tratamento de pacientes com TEPT.

Em relação à Hipótese 1, houve a confirmação de que a diminuição do TEPT está correlacionada à diminuição da depressão, ansiedade, desesperança, e na redução dos pensamentos automáticos negativos e no aumento dos pensamentos automáticos positivos. Na Hipótese 2, também houve a confirmação, pois o aumento da autocompaixão está correlacionado com a diminuição da vergonha, autocrítica, desesperança e dos pensamentos automáticos negativos e no aumento dos pensamentos automáticos positivos.

No grupo geral, com 61 pacientes, há uma elevada correlação estatística entre as escalas de trauma (CAPS-5), trauma (DTS), depressão (BDI), ansiedade (BAI), desesperança (BHS), autocompaixão (SCS), autocrítica (FSCS), vergonha (OAS), pensamentos automáticos negativos (ATQ-N), pensamento automáticos positivos (ATQ-P) e nos resultados em psicoterapia (OQ-45) quando analisados nos três tempos, T-1, T-2 e T-3. A exceção foi apenas no T-1, na correlação entre FSCS *versus* CAPS-5 e ATQ-P, que não houve correlação estatisticamente significativa. Nos tempos T-2 e T-3 houve correlação estatisticamente significativa em todas essas escalas.

No grupo controle, que recebeu a Terapia de Apoio, TA-G, com 30 pacientes, há uma elevada correlação estatística entre todas as escalas mencionadas acima, quando analisados nos três tempos. A exceção foi apenas no T-1, na correlação entre a escala FSCS *versus* CAPS-5, DTS, BAI e ATQ-P, onde não houve correlação estatisticamente significativa. Já no T-2 esta correlação se apresenta apenas na relação entre a escala FSCS *versus* DTS, BDI, BHS, SCS e ATQ-P, e são todas mantidas no T-3.

No grupo experimental, que recebeu a Terapia Focada na Compaixão,

TFC-G, com 31 pacientes, há uma elevada correlação estatística entre todas as escalas mencionadas acima, quando analisados nos três tempos. A exceção foi apenas no T-1, na correlação entre as escalas: SCS *versus* DTS, BAI e OQ-45; na FSCS *versus* CAPS-5 e DTS; na OAS *versus* CAPS-5, onde não houve nenhuma correlação estatisticamente significativa. Já no T-2 não houve significância estatística apenas na correlação entre a escala FSCS *versus* ATQ-N e ATQ-P. No T-3 todas as escalas estavam significativamente correlacionadas.

Em relação à Hipótese 3, não houve correlação estatisticamente significativa em relação ao aumento da autocompaixão (SCS) com o aumento da coesão grupal (fatores grupais). Ao contrário, as correlações mais significativas foram apresentadas no T-2, no grupo controle, da TA-G, mas todas elas desapareceram no T-3. Já no grupo experimental, da TFC-G, verificou-se uma variação na escala da autocompaixão, com aumento na subescala de sobreidentificação e diminuição nas subescalas de bondade e atenção plena, sendo que nenhuma delas estava correlacionada a nenhum dos doze fatores grupais. Portanto, esta hipótese não foi confirmada.

A partir da não confirmação da Hipótese 3, podemos inferir que os pacientes da TFC-G se tornaram mais autônomos e independentes do que os pacientes da TA-G, pois aprenderam as habilidades de compaixão, possibilitando que eles se tornassem mais responsáveis pelos seus pensamentos e comportamentos. No entanto, o aumento na sobreidentificação, que é considerada um aspecto negativo na escala SCS, e a diminuição da bondade e atenção plena, que são considerados aspectos positivos nesta mesma escala, nos leva a um outro nível de reflexão. Talvez a consideração de aspectos opostos e antagônicos, numa mesma escala, como esta de autocompaixão, seja um tema de estudos futuros, considerando a necessidade de uma urgente mudança de paradigma.

8 CONCLUSÃO

A significativa melhora dos pacientes, nos dois grupos desta pesquisa, comprovou em apenas 8 semanas, a importância da terapia em grupo no tratamento do TEPT, pois os pacientes foram beneficiados pelos dois modelos de terapia de forma estatisticamente equivalente.

A Terapia Focada na Compaixão, em grupo, foi mais eficaz do que a Terapia de Apoio, considerando em especial, a significativa melhora logo ao término da terapia, a manutenção desses ganhos e a contínua melhora nos três meses do seguimento.

A redução de 30 pontos, na média da escala de trauma CAPS-5, logo após o término da terapia, somente no grupo da Terapia Focada na Compaixão, é uma evidência robusta de que este modelo de terapia focado na compaixão, vergonha, culpa e autocrítica, é um tratamento breve, seguro e eficaz. Além do mais, é baseado em um protocolo simples e de baixo custo, e portanto de fácil aplicação na clínica psicológica e psiquiátrica.

Com certeza, esta terapia inovadora, focada no treino das habilidades de compaixão, é uma esperançosa opção para as pessoas que vivenciaram eventos traumáticos e sofrem sem conhecer o seu diagnóstico e a possibilidade de receber um tratamento breve, que seja eficaz e duradouro.

9 ANEXOS

Anexo A – Critérios diagnósticos do TEPT

<p>Critérios diagnósticos do TEPT de acordo com DSM-5</p> <p>Critério A: Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:</p> <p>A1. Vivenciar diretamente o evento traumático.</p> <p>A2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.</p> <p>A3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.</p> <p>A4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p.ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).</p> <p>Critério B: Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:</p> <p>B1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.</p> <p>B2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.</p> <p>B3. Reações dissociativas (p. ex. <i>flashbacks</i>) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um <i>continuum</i>, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor).</p> <p>B4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.</p> <p>Critério C: Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:</p> <p>C1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.</p> <p>C2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.</p> <p>Critério D: Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:</p> <p>D1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido à amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).</p> <p>D2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p.ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).</p> <p>D3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.</p> <p>D4. Estado emocional negativo persistente (p.ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).</p> <p>D5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.</p> <p>D6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.</p> <p>D7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p.ex., incapacidade de vivenciar</p> <p>Critério E: Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:</p> <p>E1. Comportamento irritado e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.</p> <p>E2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.</p> <p>E3. Hipervigilância.</p> <p>E4. Resposta de sobressalto exagerada</p> <p>E5. Problemas de concentração.</p> <p>E6. Perturbação do sono (p.ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).</p> <p>Critério F: A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.</p> <p>Critério G: A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>

Anexo B – A flor da compaixão

Anexo C1 – Diagrama da busca da Revisão Nº 1

Anexo C2 – Diagrama da busca da Revisão Nº 2

Anexo C3 – Diagrama da busca da Revisão Nº 3

Anexo C4 – Diagrama da busca da estratégia PICO

Search MEDLINE/PubMed via PICO with Spelling Checker
Patient, Intervention, Comparison, Outcome
go.usa.gov/xFn

Patient/Problem:

Medical condition:

Intervention:
(therapy, diagnostic test, etc.)

Compare to:
(same as above, optional):

Outcome:
(optional)

Select Publication type:
 ▼

Anexo C5 – Diagrama da busca da Revisão Nº 4

Anexo D1 – Fluxograma do estudo

Anexo D2 – Protocolo do estudo

Protocolo dos grupos de terapia		
Nº	TERAPIA DE APOIO (TA-G)	TERAPIA FOCADA NA COMPAIXÃO (TFC-G)
1	* Apresentação dos terapeutas * Apresentação dos participantes * Explorar expectativas do grupo * Facilitar a interação do grupo * Estimular a participação Tema: “O que é TEPT?”	* Apresentação dos terapeutas * Apresentação dos participantes * Explorar expectativas do grupo * Facilitar a interação do grupo * Estimular a participação Tema: “O que é TEPT?” Tema: “O que é Compaixão?” Tema: “O que é Vergonha?”
2	* Apoiar a participação e manejar as interações grupais.	Tema: “Passos para o treino da compaixão” Tema: “Formulação da estratégia de ameaça e segurança”
3	* Apoiar a participação e manejar as interações grupais.	Tema: “Registro Diário de Pensamentos” Tema: “Autobiografia em 5 capítulos”
4	* Apoiar a participação e manejar as interações grupais.	Tema: “ Construção de uma imagem de compaixão”
5	* Apoiar a participação e manejar as interações grupais.	Tema: “Três sistemas de regulação emocional”
6	* Apoiar a participação e manejar as interações grupais.	Tema: “Três sistemas de regulação emocional” Tema: “Formulação TEPT baseado na vergonha e culpa”
7	* Apoiar a participação e manejar as interações grupais.	Tema: “Autobiografia em 5 capítulos” Tema: “Três sistemas de regulação emocional”
8	Tema: “Autobiografia” * Fechamento das atividades * Despedida do grupo	Tema: “Autobiografia” * Fechamento das atividades * Despedida do grupo

Anexo D3 – Protocolo do grupo TFC-G (1/4)

1

Protocolo do grupo da TFC-G Terapia Focada na Compaixão

O protocolo do grupo da Terapia Focada na Compaixão consiste de oito sessões semanais, com 90 minutos de duração cada sessão. Elas são estruturadas e com foco no treino das habilidades da compaixão, através da leitura e da discussão de textos, e também há atividades práticas.

O principal objetivo deste protocolo é demonstrar a interrelação entre vergonha⇌culpa⇌autocrítica⇌compaixão, seja na avaliação do evento traumático, seja como poderoso gatilho para o início dos sintomas do TEPT e/ou como mantenedor do TEPT.

As atividades deste protocolo visam levar os pacientes a ter uma nova perspectiva em relação ao evento traumático, ao diagnóstico do TEPT e suas comorbidades, bem como contribuir na diminuição destes sintomas e o aumento da autocompaixão.

O apoio, acolhimento e a atitude compassiva dos terapeutas oferece o ambiente propício para encorajar e estimular as iniciativas do grupo, além do treino da compaixão.

1ª SESSÃO:

Os terapeutas se apresentam e depois explicam sobre as questões da rotina do ambulatório: horário, número de sessões, atrasos e faltas, e sobre as consultas psiquiátricas. Importante neste início é assegurar que cada participante é livre para se expressar e falar sobre seu(s) evento(s) traumático(s) apenas se estiver confortável em compartilhar e, caso contrário, o seu silêncio é respeitado.

Em seguida, apresentação de todos os participantes e a exploração das suas expectativas em relação ao grupo, buscando dar voz a todos.

O tema desta sessão inicial é o esclarecimento sobre o diagnóstico do TEPT, os mitos e verdades, com a leitura e discussão do texto: **"O que é o TEPT?"** (APA, 2014) (Anexo D5).

Anexo D3 – Protocolo do grupo TFC-G (2/4)

2

Depois o tema da compaixão é introduzido com o texto "O que é a compaixão?" (Sogyal, 2000) (Anexo D6). O papel do terapeuta é estimular a participação do grupo, tanto na leitura quanto na discussão do texto.

O tema da vergonha é explorado nesta sessão (caso haja tempo ainda nesta 1ª sessão, caso contrário, este tema ficará para a sessão seguinte) e sobre a relação entre vergonha ⇌ culpa, e as diferenças na cultura oriental ou ocidental, com a leitura e discussão do texto: "O que é a vergonha?" (Cesar, 2004) (Anexo D7).

2ª SESSÃO:

Retoma-se o tema sobre compaixão e vergonha. Após perguntas e/ou comentários, o tema da autocrítica é introduzido e a relação autocrítica ⇌ vergonha ⇌ culpa ⇌ compaixão são explicados no texto: "**Passos para o treino da compaixão**" (Paul Gilbert & Procter, 2006) (Anexo D8). Os pacientes são instruídos sobre como nossos comportamentos são moldados ao longo da vida, e como reagimos com estratégias de segurança que, apesar de funcionarem, ao longo da vida, podem causar consequências não intencionais.

O esquema representativo de como reagimos desde a infância e como aprendemos a ser autocríticos (por exemplo, para não mais errar, não mais passar vergonha, não mais sentir culpa, e para nunca mais ser humilhado) é apresentado no diagrama: "**Formulação da estratégia de ameaça e segurança**" (Paul Gilbert & Procter, 2006) (Anexo D9).

3ª SESSÃO:

Após a revisão da semana e comentários do grupo, há a explicação e orientação sobre como preencher o "**Registro Diário de Pensamentos – RDP**" (Paul Gilbert & Procter, 2006) (Anexo D10) que é para se registrar os dois tipos de pensamentos, autocríticos *versus* autocompassivos, quando os pacientes começam a perceber os comportamentos e sentimentos relacionados. A atividade é realizada na sessão, mas também é oferecido o

Anexo D3 – Protocolo do grupo TFC-G (3/4)

3

RDP impresso para levar e fazer em casa.

Novo texto, utilizando um texto budista que fala sobre a vida, em 5 capítulos, sobre como nós repetimos os mesmos erros, andamos pela mesma rua e caímos no mesmo buraco: **"Autobiografia em 5 capítulos"** (Sogyal, 2000) (Anexo D11).

4ª SESSÃO:

Após a revisão da semana e da atividade RDP, há um exercício prático, utilizando os conceitos de compaixão aprendidos até agora com a **"Construção de uma imagem de compaixão"** (Paul Gilbert & Procter, 2006) (Anexo D12) e utilizando a metáfora da **"Autobiografia em 5 capítulos"**.

5ª SESSÃO:

Explicação sobre como funciona o nosso sistema emocional, utilizando o diagrama com **"Três sistemas de regulação emocional"** (P. Gilbert, 2010) (Anexo D13) que passa a ser utilizado como uma metáfora, em referência às cores dos três sistemas: vermelho, azul e verde.

6ª SESSÃO:

É estimulado que os pacientes falem sobre o seu sistema emocional, utilizando o diagrama com **"Três sistemas de regulação emocional"**. Depois, é apresentado a relação entre o diagnóstico de TEPT x Vergonha x Culpa, com o diagrama sobre a **"Formulação TEPT baseada na vergonha e culpa"** (Lee, Scragg, & Turner, 2001) (Anexo D14).

7ª SESSÃO:

É estimulado que os pacientes falem sobre o material já utilizado, sobre dúvidas e possam dar seu depoimento, utilizando as metáforas da **"Autobiografia em 5 capítulos"** e dos **"Três sistemas de regulação emocional"**, ou outro tema que o grupo desejar.

Anexo D3 – Protocolo do grupo TFC-G (4/4)

4

8ª SESSÃO:

Após a revisão da semana e esclarecimento de dúvidas, dialogar sobre todo o processo do grupo. Discutir as habilidades e novos comportamentos aprendidos no grupo e encorajar a incorporação destes no cotidiano.

Cada participante escreve uma "**Autobiografia**" (Anexo D15), uma narrativa em primeira pessoa ("Eu..."), relatando como foi participar deste grupo.

Ao final da sessão, há o compartilhamento das narrativas e a despedida do grupo.

Referências bibliográficas

- APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Cesar, B. (2004). *O livro das emoções: reflexões inspiradas na psicologia do budismo tibetano* (3ª reimpressão ed.). São Paulo: Gaia.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features (CBT Distinctive Features)*: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol*, 74(Pt 4), 451-466.
- Sogyal, R. (2000). *O livro tibetano do viver e do morrer* (4 ed.). São Paulo: Editora Talento.

Anexo D4 – Protocolo do grupo TA-G (1/2)

Protocolo do grupo da TA-G Terapia de Apoio

O protocolo do grupo da Terapia de Apoio consiste de oito sessões semanais, com 90 minutos de duração cada sessão. Elas não são estruturadas, com exceção das atividades programadas para a 1ª e 8ª sessão. O principal objetivo é o apoio e acolhimento, ao encorajar e estimular as iniciativas do grupo, promovendo as interações interpessoais e a ajuda mútua.

1ª SESSÃO:

Os terapeutas se apresentam e depois explicam sobre as questões da rotina do ambulatório: horário, número de sessões, atrasos e faltas, e sobre as consultas psiquiátricas. Importante neste início é assegurar que cada participante é livre para se expressar e falar sobre seu(s) evento(s) traumático(s) apenas se estiver confortável em compartilhar e, caso contrário, o seu silêncio é respeitado. Em seguida, apresentação de todos os participantes e a exploração das suas expectativas em relação ao grupo, buscando dar voz a todos.

O tema desta sessão inicial é o esclarecimento sobre o diagnóstico do TEPT, os mitos e verdades, com a leitura e discussão do texto: "O que é o TEPT?" (APA, 2014) (Anexo D5).

2ª a 7ª SESSÃO: A função do terapeuta principal e do co-terapeuta é apoiar e gerenciar o grupo, manejando as questões interpessoais que surgem durante as sessões. Após a revisão de como foi a semana, o grupo segue dialogando e não há nenhuma intervenção terapêutica em relação a nenhum conteúdo específico, traumático ou não.

8ª SESSÃO:

Após a revisão da semana e esclarecimento de dúvidas, dialogar sobre todo o processo do grupo. Discutir as habilidades e novos comportamentos

Anexo D4 – Protocolo do grupo TA-G (2/2)

aprendidos no grupo e encorajar a incorporação destes no cotidiano.

Cada participante escreve uma "**Autobiografia**" (Anexo D15), uma narrativa em primeira pessoa ("Eu..."), relatando como foi participar deste grupo. Ao final da sessão, há o compartilhamento das narrativas e a despedida do grupo.

Referências bibliográficas

APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

Anexo D5 – O que é TEPT?

Você sabe o que é TEPT - TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO?

Você vivenciou alguma situação que envolveu morte, ameaça de vida, ferimentos graves ou violência sexual?

Por exemplo: desastre natural (inundação, deslizamento, tornado), incêndio, explosão, acidente (carro, barco, bicicleta, moto, trem, avião), grave acidente (casa, trabalho), violência física (atacado, chutado, espancado), assalto (ter sido baleado, ameaçado com faca, arma, bomba), abuso sexual (estupro ou tentativa, assédio), cativo (ser sequestrado, ser refém, sequestro relâmpago), doença/lesão com risco de morte, sofrimento humano grave, morte acidental violenta ou repentina, dentre outros.

Algum destes EVENTOS aconteceram com você, diretamente?

- ✓ Você **testemunhou** algum EVENTO que aconteceu com outras pessoas?
- ✓ Você **ficou sabendo** de algum EVENTO que aconteceu com algum familiar ou amigo próximo?
- ✓ Você é **exposto aos detalhes** de algum EVENTO como estes, e trabalha sob constante estresse no cotidiano da sua profissão (por exemplo: socorristas, policiais, bombeiros, profissional da saúde, entre outros)?

Se você respondeu SIM a alguma das perguntas acima, verifique se:

- ✓ Você notou **alguma mudança importante**, após o EVENTO, nos seus **relacionamentos** com os outros, com **algum sofrimento ou prejuízo na sua capacidade de se concentrar e trabalhar**, causando perturbação também em outras áreas importantes de sua vida?
- ✓ Você teve **recordações ou lembranças indesejadas** do EVENTO, estando acordado, que causam **reações físicas, fisiológicas e sofrimento psicológico intenso**?
- ✓ Você teve **sonhos indesejados, angustiantes e repetitivos**, relacionados ao EVENTO?
- ✓ Você chegou a sentir e agir como se o EVENTO estivesse acontecendo novamente, como se fosse real (**flashbacks**)?
- ✓ Você **evitou lugares, situações ou pessoas** relacionadas com o EVENTO, para **evitar sentir angústia e sofrimento**?
- ✓ Você tentou, persistentemente, **evitar as memórias, lembranças, pensamentos e sentimentos angustiantes**, também relacionados ao EVENTO?
- ✓ Você teve **alterações negativas no seu humor e nas cognições** relacionadas ao EVENTO, com **fortes crenças negativas** sobre si mesmo, os outros e o mundo?
- ✓ Você teve uma **grande diminuição de interesse em atividades** que, antes do EVENTO, **sentia prazer e gostava muito de fazer**?
- ✓ Você teve **bastante dificuldade em lembrar os principais aspectos** do EVENTO?
- ✓ Você teve **dificuldades em sentir emoções positivas** após o EVENTO?
- ✓ Você teve **sentimentos de medo, raiva, vergonha e culpa**, relacionados ao EVENTO?
- ✓ Você notou mudanças marcantes no seu comportamento, após o EVENTO, como **surtos de raiva, irritabilidade, agressão física ou verbal, comportamento imprudente ou autodestrutivo**?
- ✓ Você passou a ficar **alerta e vigilante**, após o EVENTO, com **resposta de sobressalto exagerada** e ter **problemas para adormecer ou para manter o sono**?

Anexo D6 – O que é a Compaixão?(1/2)

1

O QUE É A COMPAIXÃO?

(Rinpoche, Sogyal 2000)

O que é compaixão? A palavra compaixão tem origem na palavra latina *compati*, que significa "sofrer com". A definição mais conhecida é a da Sua Santidade o Dalai Lama, que a define como "**uma sensibilidade com o sofrimento de si e dos outros, com um compromisso profundo para tentar aliviá-lo**". Não é somente a sensação de simpatia ou cuidado com a pessoa que sofre, não é apenas uma ternura que vem do coração para a pessoa que está à sua frente, a compaixão só é verdadeira quanto é ativa. O Buda da Compaixão (Avalokiteshvara) é representado com mil olhos que veem a dor em todos os recantos do universo, e mil braços para alcançá-los e estender-lhes ajuda.

Como despertar o amor e a compaixão? As fontes do nosso amor e compaixão estão, às vezes, ocultas para nós, e podemos não ter acesso fácil a elas. Felizmente, no treinamento budista da mente na compaixão, há várias técnicas especiais que têm por objetivo evocar nosso amor oculto. Seguem abaixo:

1) AMOR E BONDADÉ: DESCERRANDO O MANANCIAL

Quando acreditamos que não existe em nós amor suficiente, há um método para descobri-lo e invocá-lo. Recue sua mente e recrie, quase visualize, um amor que alguém lhe deu e que realmente o tocou, talvez na infância. Lembre-se de um instante particular em que você foi amado e sentiu esse amor vividamente. Verá então que, embora nem sempre sinta que foi suficientemente amado, você o foi de fato. Saber disso fará com que de novo se sinta digno de amor e realmente amado, como aquela pessoa o fez sentir-se. Deixe que o amor se torne cada vez mais sem fronteiras. A equanimidade é, juntamente com o amor, a compaixão e a alegria, um dos quatro aspectos essenciais daquilo que constitui a aspiração da compaixão na sua totalidade – "A água da compaixão flui pelo canal da bondade amorosa";

2) COMPAIXÃO: CONSIDERANDO-SE IGUAL AOS OUTROS

Um meio poderoso de evocar a compaixão é pensar nos outros exatamente iguais a você: "Afinal, todos os seres humanos são iguais – feitos de carne, ossos e sangue. Todos queremos a felicidade e queremos evitar o sofrimento. E mais: temos igual direito à

Anexo D6– O que é a Compaixão? (2/2)

2

felicidade. Em outras palavras, é importante perceber nossa igualdade como seres humanos”;

3) COMPAIXÃO: PONDO-SE NO LUGAR DOS OUTROS

Quando alguém está sofrendo e você se sente perdido, sem saber como ajudar, coloque-se resolutamente no lugar dele. Pôr-se no lugar do outro é um meio muito poderoso de livrar você do domínio da valorização do eu e do apego do ego a si mesmo, e assim liberar a essência da sua compaixão;

4) GERAR COMPAIXÃO: USANDO UM AMIGO

Outro modo eficiente de gerar compaixão por uma pessoa que está sofrendo é imaginar um dos seus amigos queridos no lugar da pessoa. A compaixão é a joia-que-realiza-desejos, cujo brilho curativo se expande em todas as direções. Ela abençoa e cura todos os envolvidos: a pessoa que gera a compaixão, a pessoa através da qual a compaixão é gerada e a pessoa para quem a compaixão é dirigida;

5) COMO MEDITAR SOBRE A COMPAIXÃO

A cada dia a vida nos oferece inúmeras oportunidades de abriremos o coração, se soubermos aproveitá-las. Qualquer cena do cotidiano pode abrir os olhos do seu coração para o vasto sofrimento do mundo. Todos os seres, em toda parte, sofrem. Deixe que seu coração chegue até eles numa compaixão espontânea e incomensurável e dirija essa compaixão, treine, saiba que todos os seres são iguais e sofrem de modo similar, e respeitar todos os que sofrem é saber que não se é nem separado nem superior a eles – “Quando seu medo toca a dor de alguém, torna-se piedade, quando seu amor toca a dor de alguém, torna-se compaixão”;

6) COMO DIRIGIR SUA COMPAIXÃO

Dirija mentalmente sua compaixão para torná-la ativa, pedindo que tudo o que faz – todos os pensamentos, palavras e ações – traga benefícios aos seres, fazendo-os felizes, ore para poder beneficiar todos aqueles que se aproximarem de você, ajudando-os a transformar o sofrimento e a vida. Dirija toda compaixão que sinta para todos os seres, dedicando todas suas ações positivas e práticas espirituais ao bem-estar deles.

Anexo D7 – O que é a Vergonha?

1

O QUE É A VERGONHA?

(César, 2004)

No Oriente, de acordo com a Psicologia do Budismo Tibetano, a vergonha é "***o sentido do que é correto***" e o "***senso de vergonha é o fator mental cuja função é evitar ações impróprias por motivos que interessam a nós mesmos***" e que nos impede de cometer ações negativas, pois ele desperta a habilidade de monitorar nossa mente. A vergonha, portanto, é uma virtude que desperta a autoconsciência para reconhecermos o que é inadequado no caminho da evolução interior.

No Ocidente, a vergonha, ao invés de despertar, bloqueia a autopercepção porque é vivida como um sentimento opressor, permeada pela sensação de culpa e de uma iminente punição, pois estamos às voltas com algo que queremos encobrir, silenciar, guardar só para nós, num sentimento que nos isola e tranca em nós mesmos. Nossa mente já está tão habituada a raciocinar a partir da ideia de que somos seres independentes que sofre sem saber por quê. Sofremos pelo hábito de sofrer! A solidão surge como consequência, baseada no hábito de sofrer em busca de uma perfeição. Na vergonha há uma intransigência, quase uma arrogância, por mais estranho que isso possa parecer, é o sentimento de não aceitação, e trata-se de não aceitar a própria não aceitação e, ainda, não aceitar a possibilidade de não ser aceito. O medo de não sermos aceitos pelos outros que, muitas vezes, está na origem do sentimento de vergonha, é um reflexo de algo muito mais fundamental que é o fato de nós mesmos não nos aceitarmos. A vergonha é sintoma de não aceitação de uma autoimagem.

Na Psicologia Budista a palavra culpa, surge como remorso, e ela já carrega consigo seu antídoto: uma consciência reparadora. A culpa, assim como a vergonha, pede por uma reparação – perceber, notar, observar – pois a reparação de uma vergonha envolve a necessidade de reconhecer um limite e esse reconhecimento significa uma verdadeira aceitação. Ele deve representar um profundo sentimento de compaixão para consigo mesmo – na compaixão, eu tenho a possibilidade de me abraçar, me acolher, me fazer companhia – e este é o único antídoto para a vergonha.

Anexo D8 – Passos para o treino da compaixão (1/2)

1

PASSOS PARA O TREINO DA COMPAIXÃO

(Gilbert, 2010)

ANÁLISE DA AUTO-CRÍTICA:

1) EVENTOS NA INFÂNCIA:

Abuso, negligência, *bullying*, críticas dos colegas ou familiares

(Memórias autobiográficas – Memórias emocionais)

2) MEDOS BÁSICOS DE 2 TIPOS:

Medo focado externamente (relacionado ao que o mundo lá fora pode fazer comigo, por exemplo: "*Os outros tem o poder de me rejeitar e me machucar*"; "*Os outros podem ser malvados a qualquer momento*") e o

Medo focado internamente (relacionado aos sentimentos que a pessoa não consegue controlar, relacionados à ansiedade, pânico, vergonha, depressão ou raiva).

3) ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA BÁSICA - COMPORTAMENTOS & CRENÇAS:

São as formas que a pessoa aprendeu para tentar evitar ou se defender contra os ataques externos e emergências internas das emoções não desejáveis, em que a pessoa se sentia esmagada ou envergonhada.

As pessoas podem tentar evitar se machucar sendo extremamente submissos ou não assertivos, silenciando, culpando, sempre colocando as necessidades dos outros em primeiro lugar, não confiando nos outros e mantendo-os à distância, ou então trabalhando demasiadamente para conquistar a admiração dos outros.

Alternativamente, as pessoas podem usar estratégias de evitação, fazendo *bullying* e mantendo os outros à distância e evitando intimidades.

O controle das experiências internas aversivas pode ser feito via dissociação, uso de substância, se automutilando, acusando-se dos seus próprios erros e fraquezas ou tentando se livrar das "*coisas ruins dentro de mim*".

Anexo D8 – Passos para o treino da compaixão (2/2)

2

4) CONSEQUÊNCIAS NÃO INTENCIONAIS:

O que começa como compreensíveis esforços de se defender das ameaças externas e/ou internas, muitas vezes, têm consequências não intencionais. Ser excessivamente submisso pode causar que a pessoa não seja levada à sério. Sempre colocar as necessidades dos outros em primeiro lugar pode causar que a pessoa não aprenda quais são suas próprias necessidades e como satisfazê-las.

Por exemplo: Criticar a si mesmo para tentar reduzir erros pode causar autoassédio e exaustão, raramente estando em paz e contente consigo mesmo. Manter-se distante dos outros, ser extremamente autossuficiente e autocorretivo pode levar a sentimentos de isolamento emocional e nunca realmente sentir-se parte de um relacionamento, sentindo-se sempre um forasteiro.

5) AUTOATAQUE PARA AS CONSEQUÊNCIAS NÃO INTENCIONAIS:

Enquanto a autocrítica pode ser parte das estratégias de segurança, ela também pode surgir por causa das consequências não intencionais.

Por exemplo: Uma mulher submissa diz que se odeia por sempre ter sido tão submissa e deixar o medo dominá-la. Um homem que abusa do álcool diz que percebeu o que vício fez com a sua vida e se odiou pela sua fraqueza, entrou em depressão e bebeu mais ainda. Nestes casos, a pessoa inicia com o treino da compaixão para a sua submissão e o medo que a sustenta, e para a necessidade do uso do álcool para buscar alívio. Ao invés de odiar o "eu alcoólico" nós desenvolvemos compaixão por si mesmo. A chave então é sempre procurar o medo ou a sensação de ameaça que sustenta as estratégias de segurança.

Para ajudar as pessoas a perceberem essas ligações, e evitar a sua repetição, utilizamos o diagrama da FORMULAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA (Anexo 5).

Anexo D9 – Formulação estratégia ameaça e segurança

Anexo D10 – Registro Diário de Pensamentos

RDP – Registro Diário de Pensamentos		Nome:	Data:
<p>AUTOCRÍTICA</p> <p>Olhando agora para a semana que passou, você consegue se lembrar de algum pensamento de autocrítica?</p> <p>1) Quais situações / eventos trouxeram esses pensamentos?</p> <p>2) Quais foram seus pensamentos/sentimentos?</p> <p>3) Pensando na semana passada (circule nº apropriado):</p> <p>(a) Quantas vezes você teve pensamentos?</p> <p>Não tive nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maior parte tempo</p> <p>(b) Quão poderosos eram os pensamentos?</p> <p>De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito poderoso</p> <p>(c) Quão intrusivos foram os pensamentos?</p> <p>De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito intrusivos</p> <p>(d) Quanto tempo duraram os pensamentos?</p> <p>Muito pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maior parte do dia</p> <p>(e) Quão estressantes foram os pensamentos?</p> <p>De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito estressante</p> <p>(f) Quão raivosos eram os pensamentos?</p> <p>De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito raivosos</p> <p>(g) Quão fácil foi se distrair dos pensamentos?</p> <p>Nada fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito fácil</p>		<p>AUTOCOMPANHÃO</p> <p>Olhando agora para a semana que passou, você consegue se lembrar de algum pensamento de autocompanhão?</p> <p>1) Quais situações / eventos trouxeram esses pensamentos?</p> <p>2) Quais foram seus pensamentos/sentimentos?</p> <p>3) Pensando na semana passada (circule nº apropriado):</p> <p>(a) Quantas vezes você teve pensamentos?</p> <p>Não tive nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maior parte tempo</p> <p>(b) Quão poderosos eram os pensamentos?</p> <p>De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito poderoso</p> <p>(c) Quão intrusivos foram os pensamentos?</p> <p>De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito intrusivos</p> <p>(d) Quanto tempo duraram os pensamentos?</p> <p>Muito pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maior parte do dia</p> <p>(e) Quão reconfortante foram os pensamentos?</p> <p>De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito reconfortante</p> <p>(f) Quão calmanete eram os pensamentos?</p> <p>De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito calmanete</p> <p>(g) Quão fácil foi se manter nos pensamentos?</p> <p>Nada fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito fácil</p>	

Anexo D11 – Autobiografia em 5 capítulos

“Autobiografia em Cinco Capítulos”

Rinpoche, Sogyal O LIVRO TIBETANO DO VIVER E MORRER São Paulo: Taitento : Palas Athena, 1999 – Cap.3: Reflexão e Mudança pg. 55

Capítulo 1:

Ando pela rua
Há um buraco fundo na calçada
Eu caio
Estou perdido... sem esperança.
Não é culpa minha.
Leva uma eternidade para encontrar a saída.

Capítulo 2:

Ando pela mesma rua.
Há um buraco fundo na calçada
Mas finjo não vê-lo.
Caio nele de novo.
Não posso acreditar que estou no mesmo lugar.
Mas não é culpa minha.
Ainda assim leva um tempão para sair.

Capítulo 3:

Ando pela mesma rua.
Há um buraco fundo na calçada
Vejo que ele ali está
Ainda assim caio... é um hábito.
Meus olhos se abrem
Sei onde estou
É minha culpa.
Saio imediatamente.

Capítulo 4:

Ando pela mesma rua.
Há um buraco fundo na calçada
Dou a volta.

Capítulo 5:

Ando por outra rua.

Anexo D12 – Construção de uma imagem de compaixão

CONSTRUÇÃO DE UMA IMAGEM DE COMPAIXÃO	
Nome:	Data:
<p>Este exercício irá te ajudar a construir uma imagem de compaixão - para desenvolver e trabalhar com ela. Qualquer que seja a imagem que vier à sua cabeça, ou a que você escolher para trabalhar, perceba que é a sua criação - seu próprio ideal de compaixão - o que você gostaria ao se sentir cuidada e ao se cuidar. Porém, neste exercício é importante que você tente dar a sua imagem, certas qualidades, que incluem:</p> <p style="text-align: center;">SABEDORIA * FORÇA * CARINHO * NÃO JULGAMENTO</p>	
<p>Como você gostaria de ver o seu ideal de compaixão?</p> <p>Quais seriam as qualidades visuais da sua imagem de compaixão?</p>	
<p>Como você gostaria de ouvir o seu ideal de compaixão?</p> <p>Quais as qualidades sonoras da sua imagem de compaixão?</p>	
<p>Que outras qualidades sensoriais você poderia dar à sua imagem de compaixão?</p> <p>cheiro, cor, tamanho, temperatura, toque...</p>	
<p>Como você gostaria que o seu CUIDADOR (imagem ideal de compaixão) se relacionasse com você ?</p>	
<p>Como você gostaria de se relacionar com o seu CUIDADOR (imagem ideal de compaixão)?</p>	

Anexo D13 – Três sistemas de regulação emocional

Anexo D14 – Formulação TEPT baseado na vergonha e culpa

Anexo D15 – Autobiografía

[illegible]

Anexo E1 – Cartaz de divulgação

<p>Instituto de Psiquiatria - IPq - HCFMUSP AMBAN - Programa de Ansiedade</p> <p>Convite para voluntários para tratamento gratuito do TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)</p> <p>Responsáveis pela pesquisa: Dr. Francisco Lotufo Neto & Lina Sue Matsumoto Contato pelo whatsapp: (11) 94665.8702 ou pelo e-mail: PROFLINASUE@HOTMAIL.COM Endereço IPq-AMBAN: Rua Dr. Ovidio Pires dos Campos, 785, Ala Norte, 4º andar – Metrô CLÍNICAS</p> <p>O que esta pesquisa oferece? -Terapia em grupo, especialmente desenvolvida para o tratamento do TEPT, com 8 sessões semanais, além do atendimento ambulatorial usual, já realizado no AMBAN-IPq-HCFMUSP, com consultas psiquiátricas e, caso seja necessário, também medicação durante todo o tratamento (não há despesas para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames/consultas/medicação, e também não há ganho financeiro relacionado à sua participação).</p> <p>Quem pode ser voluntário desta pesquisa? - Pessoas de ambos os sexos, com idade entre 18 a 65 anos, que saibam ler e escrever, que assinem o Termo de Consentimento de Participação e que tenham o diagnóstico de TEPT (serão excluídos desta pesquisa os pacientes que apresentem graves comportamentos de automutilação, risco iminente de suicídio, uso abusivo de álcool ou drogas, falta de memória em relação ao evento traumático ou psicose não estabilizada com medicação).</p> <p>Qual o período desta pesquisa? -Serão atendidos no máximo 80 pessoas, com início dos atendimentos em Outubro/2015 até Dezembro/2016.</p> <p>Como saber se tenho o diagnóstico de TEPT? -Identifique os principais sintomas, no quadro abaixo.</p>	<p>Você sabe o que é TEPT?</p> <p>Você já vivenciou alguma situação, que envolveu morte, ameaça de vida, ferimentos graves ou violência sexual? Por exemplo: desastre natural (inundação, deslizamento, tornado), incêndio, explosão, acidente (carro, bicicleta, moto, trem, avião), grave acidente (casa, trabalho, lazer), violência física (atacado, chutado, espancado), assalto (ter sido baleado, ameaçado com faca, arma, bomba), abuso sexual (estupro ou tentativa, assédio), cativo (ser sequestrado, ser refém, sequestro relâmpago), doença ou lesão com risco de morte, sofrimento humano grave, morte acidental violenta ou repentina, dentre outros.</p> <p>Alguns destes EVENTOS já aconteceu com você, diretamente? Ou você testemunhou ou ficou sabendo do ocorrido com algum familiar ou amigo próximo? Ou você foi exposto aos detalhes do ocorrido, devido à sua profissão (socorrista, bombeiro, policial, etc...)?</p> <p>Caso tenha respondido SIM a alguma das perguntas acima, observe se você, após o(s) EVENTO(S):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notou mudanças importantes, nos relacionamentos com os outros, com algum sofrimento ou prejuízo na sua capacidade de se concentrar e trabalhar, causando perturbação também em outras áreas importantes de sua vida? • Teve recordações ou lembranças indesejadas sobre o evento, estando acordado, que causaram reações físicas, fisiológicas e sofrimento psicológico intenso? Ou teve sonhos indesejados, angustiantes e repetitivos, relacionado com o evento? • Sentiu ou agiu como se tudo estivesse acontecendo novamente, como se fosse real (<i>flashbacks</i>)? • Evitou lugares, situações ou pessoas relacionadas com o evento, para evitar sentir angústia e sofrimento? • Tentou, persistentemente, evitar as memórias, lembranças, pensamentos e sentimentos angustiantes, ligadas ao evento? • Percebeu alterações negativas no seu humor e nas cognições relacionadas ao evento, com fortes crenças negativas sobre si mesmo, os outros e o mundo? • Notou grande diminuição de interesse em atividades que antes sentia prazer e gostava muito de fazer? • Sentiu bastante dificuldade em lembrar os principais aspectos do evento? • Notou dificuldades em sentir emoções positivas após o evento? • Teve sentimentos de medo, raiva, vergonha e culpa, relacionados ao evento? • Notou mudanças marcantes no comportamento, tendo surtos de raiva, irritabilidade, agressão física ou verbal, comportamento imprudente ou autodestrutivo? • Passou a ficar alerta e vigilante, com resposta de sobresalto exagerada e ter problemas para adormecer ou para manter o sono? <p>•Caso tenha respondido SIM a várias das perguntas acima, você provavelmente está apresentando os sintomas de TEPT. •Entre em contato conosco, para marcar uma avaliação. A maioria das pessoas desconhece o diagnóstico, e sofrem em silêncio por muito tempo, sem procurar ajuda especializada... e ficam sem receber tratamento adequado!</p>
---	---

Anexo E2 – Entrevista G1 da TV Globo

15/12/2015 12h18 – Atualizado em 15/12/2015 12h18

Médico fala de aumento de estresse pós-traumático; HC busca voluntários

Psiquiatra fala de aumento de casos de TEPT por causa de violência urbana. Instituto de Psiquiatria do HC de São Paulo seleciona 70 voluntários.

Leticia Macedo
Do G1, em São Paulo

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) está cada vez mais comum nas grandes cidades e um dos fatores que promove esse aumento é a violência urbana. O psiquiatra Daniel Barros, consultor do **Bem Estar**, comenta sobre essa situação no vídeo.

Atualmente, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo está **selecionando 70 vítimas de violência e acidentes** que não tenham conseguido retomar sua rotina para participar de um tratamento em grupo gratuito. O processo seletivo busca identificar entre vítimas de assaltos, abusos sexuais e acidentes aquelas que tenham TEPT.

É muito comum essas vítimas terem recebido diagnóstico apenas de depressão ou ansiedade. Porém, após o contato com os psicólogos descobrem que o episódio de violência contribuiu de maneira decisiva para a degradação do seu estado emocional. Em 80% dos casos, a pessoa

<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/12/medico-fala-de-aumento-de-estresse-pos-traumatico-hc-busca-voluntarios.html>

Anexo E3 – Entrevista no Jornal da TV Gazeta

LINA SUE MATSUMOTO
Psicóloga

HC trata transtorno de estresse pós-traumático

1,534 views

6 likes 0 dislikes

SHARE

Jornal da Gazeta
Published on Jan 1, 2016

SUBSCRIBE 131K

Um grupo de pessoas, que passaram por episódios de violência urbana, começa a encontrar um pouco de conforto num tratamento para cuidar desse tipo de trauma. A terapia para o transtorno de estresse pós-traumático é feita no instituto de psiquiatria do hospital das clínicas de São Paulo.

Category [People & Blogs](#)

SHOW LESS

Anexo F1 – Aprovação do projeto pelo CONEP

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Eficácia da Terapia Focada na Compaixão em Grupo no Transtorno do Estresse Pós-Traumático		2. Número de Participantes da Pesquisa: 80	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Francisco Lotufo Neto			
6. CPF: 007.316.648-09		7. Endereço (Rua, n.º): ERNESTO NAZARE 387 ALTO DE PINHEIROS SAO PAULO SAO PAULO 05462000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (11) 7355-0243	10. Outro Telefone:
		11. Email: franciscotelufo@uol.com.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 7 / 10 / 2014		Dr. Francisco Lotufo Neto CRM 30505 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP		14. CNPJ: 60.448.040/0001-22	
15. Unidade/Orgão:			
16. Telefone: (11) 3069-6442		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: ELOÍSA SILVA DUTRA DE OLIVEIRA BONFÁ		CPF: 042.658.928-92	
Cargo/Função: Diretora Clínica do HCFMUSP			
Data: 29 / 10 / 14		PROFESSORA ELOÍSA BONFÁ Diretora Clínica do HCFMUSP	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.
Prof. Dr. Euripedes Constantino Miguel Professor Titular e Chefe Suplente Departamento de Psiquiatria - FMUSP			

Anexo F2– TCLE (1/3)

1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOC. IDENTIDADE Nº : SEXO : M ☐ F ☐ DATA NASC.:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE UF CEP:

TELEFONE: DDD (.....) CELULAR DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOC. IDENTIDADE Nº : SEXO: M ☐ F ☐ DATA NASC.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE UF CEP:

TELEFONE: DDD (.....) CELULAR DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

"Eficácia da Terapia Focada na Compaixão em Grupo no Estresse Pós-Traumático"

PESQUISADOR : Prof. Francisco Lotufo Neto

CARGO/FUNÇÃO: Docente INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA Nº 36108

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria da FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 (dois) anos

Anexo F2– TCLE (2/3)

2

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – DESENHO DO ESTUDO E OBJETIVO: Você está sendo convidado a participar de dois grupos (G-1 e G-2) para tratar pessoas com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Você será sorteado para participar de apenas um desses grupos. Se cair no G-1, você receberá apoio psicológico e emocional e se cair no outro, o G-2, você receberá além de apoio psicológico e emocional, exercícios para treinar e desenvolver a compaixão. Tanto o G-1 como o G-2 serão formados por 12 pacientes (no máximo), que receberão 8 sessões, com cerca de uma hora e meia de duração cada, que serão conduzidos por dois psicólogos (um terapeuta principal e um coterapeuta) ao longo de 8 semanas (aproximadamente 2 meses de tratamento). O objetivo principal desta pesquisa é avaliar qual dos grupos (G-1 ou G-2) será mais eficaz na melhora dos pacientes com TEPT;

2 – DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS, COM SEUS PROPÓSITOS E IDENTIFICAÇÃO DOS QUE FOREM EXPERIMENTAIS E NÃO ROTINEIROS: No G-1 (Terapia de Apoio) os pacientes serão encorajados a participar em todas as sessões, cabendo aos componentes do grupo incentivar uns aos outros, compartilhando suas experiências e aprendendo com os exemplos do próprio grupo, e não haverá nenhum procedimento orientado por parte dos psicólogos, além de acolhimento, apoio emocional e psicológico. No G-2 (Terapia Focada na Compaixão) haverá exercícios durante as sessões e tarefas de casa, relacionadas ao treino da compaixão, com material impresso que será entregue explicando: a) O que é compaixão?; b) O que é vergonha?; c) Passos para treino da compaixão; d) Construção de imagem de compaixão; e) Registro diário de pensamentos de autocrítica/autocompaixão e f) Autobiografia em cinco capítulos; além de explicação do papel da vergonha/culpa na manutenção dos sintomas do TEPT;

3 – RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ROTINEIROS E COMO SÃO REALIZADOS: Atendimento Ambulatorial usual, já realizado no Amban - Programa de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP, com consultas psiquiátricas e, caso seja necessário, da utilização de fármacos durante todo o tratamento.

4 – DESCRIÇÃO DOS DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS NOS PROCEDIMENTOS DOS ITENS 2 E 3: Não há riscos esperados nestes procedimentos.

5 – BENEFÍCIOS PARA O PARTICIPANTE: Nos dois grupos (G-1 e G-2) os pacientes receberão terapia por oito semanas, com a presença de dois psicólogos (um terapeuta principal e um coterapeuta), com atenção e acolhimento, oferecendo apoio emocional e psicológico em relação às necessidades do grupo, incentivando e apoiando a participação de todos.

6 – RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ALTERNATIVOS QUE POSSAM SER VANTAJOSOS, PELOS QUAIS O PACIENTE PODE OPTAR: Tratamento habitual do ambulatorio, com consultas psiquiátricas e, caso necessário, utilização de fármacos conforme indicação médica.

7 – GARANTIA DE ACESSO: Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Francisco Lotufo Neto, que pode ser encontrado no endereço Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos 785, São Paulo, SP, telefone (11) 2661 6988. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – telefone (11) 2661-6442 ramais 16, 17, 18 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

8 – É GARANTIDA A LIBERDADE DA RETIRADA DE CONSENTIMENTO a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

9 – DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

10 – DIREITO DE SER MANTIDO ATUALIZADO sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – DESPESAS E COMPENSAÇÕES: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

12 - COMPROMISSO DO PESQUISADOR DE UTILIZAR OS DADOS E O MATERIAL COLETADO SOMENTE PARA ESTA PESQUISA: Não se aplica a esta pesquisa porque não haverá coleta de material dos pacientes.

13 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO PACIENTE DA PESQUISA: Caso o paciente apresente graves comportamentos de automutilação (cortar, queimar, machucar-se deliberadamente), risco iminente de suicídio, fazer uso abusivo de álcool ou drogas, falta de memória em relação ao evento traumático ou psicose não estabilizada com medicação, será excluído do grupo de terapia.

Anexo F2 – TCLE (3/3)

3

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Eficácia da Terapia Focada na Compaixão em Grupo na melhora de pacientes com Transtorno do Estresse Pós-Traumático".

Eu discuti com o Dr. **Francisco Lotufo Neto** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____ Data ____/____/____

Assinatura do paciente/representante legal

_____ Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo F3 – Autorização para gravação das sessões

4

AUTORIZAÇÃO
PARA GRAVAÇÃO DE SESSÃO DE TERAPIA

Eu, _____,

RG _____, estou ciente que iniciarei atendimento psicológico em grupo, com os psicólogos envolvidos na pesquisa sobre a EFICÁCIA NO TRATAMENTO EM GRUPO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO e autorizo a gravação, de voz e imagem, durante todas sessões de terapia em grupo.

Estou de acordo com a utilização desta gravação, desde que seja destinado apenas para fins educacionais e pedagógicos, ensino e pesquisa, garantindo assim que meus dados pessoais sejam preservados (uso de iniciais ou pseudônimo, digitalização da voz, e distorção da imagem facial) e assim, ter o sigilo mantido.

Os atendimentos das sessões de terapia em grupo serão realizados pelo(a) psicólogo(a) 1 _____ CRP1 _____ e psicólogo(a) 2 _____ CRP2 _____ durante oito semanas, seguindo o acordado no TLCE.

São Paulo _____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente	RG
Assinatura do psicólogo(a) 1	Carimbo CRP 1
Assinatura do psicólogo(a) 2	Carimbo CRP 2

Anexo F4 – Autorização para utilização escalas Beck

PEARSON	APRENDENDO SEMPRE

São Paulo, 18 de Fevereiro de 2015	
<u>Autorização</u>	
<p>A Casa do Psicólogo, detentora dos direitos de publicação dos inventários: Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Desesperança de Beck (BHS), autoriza a psicóloga Lina Sue Matsumoto Videira, CRP 06/88939, CPF 843.528.178-72, a utilizar os referidos instrumentos como parte de método de pesquisa no trabalho para obtenção do título de Mestre em Ciências: "Eficácia da Terapia Focada na Compaixão em Grupo no Transtorno do Estresse Pós-Traumático", projeto apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Psiquiatria, sob orientação do Profº Dr. Francisco Lotufo Neto, CRM 36108, CPF 007.316.648-09.</p>	
<p>Ressaltamos que os Inventários mencionados compõe as Escalas Beck e se caracterizam como instrumentos de avaliação psicológica, portanto sua utilização é reservada ao profissional de Psicologia de acordo com o Decreto n 53.464, de 21 de Janeiro de 1964, que regulamenta a Lei nº 4.119, de 27 de Agosto de 1962.</p>	
<p>A presente autorização é concedida exclusivamente para a finalidade descrita acima, não sendo permitido o uso para fins comerciais ou outros não definidos neste documento e a não observância a esses itens poderá constituir-se em falta ética e sujeito às implicações e penalidades cabíveis.</p>	
<p>Irene Leme Departamento de Gestão e Treinamento de Testes Pearson - Casa do Psicólogo www.casadopsicologo.com.br</p>	
<p><small>Av. Francisco Matarazzo, 1550 – Edif. New York – Conj. 51 – Centro Empresarial Água Branca Barra Funda – São Paulo/SP – CEP 05001-100 – Tel./ Fax: (11) 3672-1240 www.casadoopsicologo.com.br</small></p>	

Anexo G – Identificação no *ClinicalTrials.gov*

U.S. National Library of Medicine ClinicalTrials.gov		Find Studies ▾ About Studies ▾ Submit Studies ▾ Resources ▾ About
Home > Search Results > Study Record Detail		☐ Save this study
Trial record 1 of 1 for: compassion ptsd sao paulo, Brazil Previous Study Return to List Next Study		
Efficacy of Compassion Focused Therapy in Group for Posttraumatic Stress Disorder (GCFT-PTSD)		
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; background-color: #f9f9f9;"> <p> The safety and scientific validity of this study is the responsibility of the study sponsor and investigators. Listing a study does not mean it has been evaluated by the U.S. Federal Government. Read our disclaimer for details.</p> </div>		ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03154931 <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; background-color: #f9f9f9;"> Recruitment Status Enrolling by invitation First Posted May 16, 2017 Last Update Posted May 16, 2017 </div>
<p>Sponsor: University of Sao Paulo General Hospital</p> <p>Information provided by (Responsible Party): Francisco Lotufo Neto, University of Sao Paulo General Hospital</p>		

Anexo H2 – LEC-5

LEC-5 LISTA DE EVENTOS DA VIDA

Nome: _____ Nº _____ Entrev.: _____ Data: / /

Abaixo está uma lista de situações difíceis ou estressantes que podem acontecer às pessoas. Para cada evento identifique uma ou mais alternativas indicando se:

- (a) aconteceu com você pessoalmente,
 (b) você testemunhou isso acontecer com outra pessoa,
 (c) você ficou sabendo que isso aconteceu com um familiar ou amigo próximo a você,
 (d) você foi exposto por isso fazer parte do seu trabalho (ex: paramédico, policial, militar, socorrista),
 (e) você não tem certeza da resposta, ou
 (f) isto não se aplica a você.

Para responder os itens abaixo considere os acontecimentos ocorridos durante toda a sua vida (da infância até a idade adulta).

EVENTO	Aconteceu comigo (a)	Testemunhei (b)	Fiquei sabendo (c)	Faz parte do trabalho (d)	Não tenho certeza (e)	Não se aplica (f)
1. Desastre natural (ex: inundação, deslizamento de terra, tornado, terremoto)						
2. Incêndio ou explosão						
3. Acidente com meio de transporte (ex: acidente de carro, barco, trem, avião)						
4. Grave acidente de trabalho, em casa, ou durante atividade recreativa.						
5. Exposição à substância tóxica (ex: radiação, químicos)						
6. Violência física (ex: ter sido atacado, chutado, espancado, recebido um tapa)						
7. Assalto à mão armada (ex: ter sido baleado, ameaçado com faca, arma, bomba)						
8. Abuso sexual (ex: estupro ou tentativa, ser forçada a realizar qualquer tipo de ato sexual)						
9. Outra experiência sexual contra sua vontade (ex: assédio)						
10. Exposição ou combate em zona de guerra (como um militar ou civil)						
11. Cativo (ex: ser sequestrado, ser refém, prisioneiro de guerra, sequestro relâmpago)						
12. Doença ou lesão com risco de morte						
13. Sofrimento humano grave						
14. Morte acidental violenta (ex: homicídio, suicídio)						
15. Morte acidental repentina						
16. Grave lesão, ferimento ou morte que você tenha causado a alguém						
17. Algum outro evento ou experiência muito estressante						

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx & Keane – National Center for PTSD - USA
 Tradução: Lina Sue Matsumoto & Francisco Lotufo Neto – AMBAN-IPQ-HCFMUSP - BRASIL (31/01/2015)

Anexo H3 – PCL-5

PCL-5 LISTA DE EVENTOS

Nome: _____ Nº _____ Entrev.: _____ Estudo: _____ Data: _____

Instruções: Abaixo está uma lista de problemas que as pessoas têm, às vezes, como resposta a uma situação muito estressante. Por favor, leia cada problema cuidadosamente e, em seguida, faça um círculo nos números a direita para indicar o quanto você tem sido incomodado por esse problema no mês passado.

No mês passado, o quanto você foi incomodado por:	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Memórias repetidas, perturbadoras e indesejadas da experiência estressante?	0	1	2	3	4
2. Sonhos repetidos e perturbadores da experiência estressante?	0	1	2	3	4
3. Se sentir ou agir, de repente, como se a experiência estressante realmente estivesse acontecendo novamente (como se estivesse realmente lá, revivendo)?	0	1	2	3	4
4. Se sentir muito chateado quando alguma coisa te lembrou da experiência estressante?	0	1	2	3	4
5. Ter fortes reações físicas quando alguma coisa te lembrou da experiência estressante (por exemplo, o coração batendo, dificuldade para respirar, sudorese)?	0	1	2	3	4
6. Evitar memórias, pensamentos ou sentimentos relacionados com a experiência estressante?	0	1	2	3	4
7. Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
8. Ter dificuldade para lembrar partes importantes da experiência estressante?	0	1	2	3	4
9. Ter fortes crenças negativas sobre si mesmo, outras pessoas, ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos como: "Eu sou ruim", "Há algo de muito errado comigo", "Ninguém pode ser confiável", "O mundo é completamente perigoso")?	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou a outra pessoa pela experiência estressante, ou pelo que aconteceu depois?	0	1	2	3	4
11. Ter fortes sentimentos negativos, tais como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
12. Ter perdido o interesse em atividades que você costumava gostar?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou indiferente de outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Ter dificuldade de experimentar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou ter sentimentos de amor pelas pessoas próximas a você)?	0	1	2	3	4
15. Ter comportamento irritável, explosões de raiva, ou agindo de forma agressiva?	0	1	2	3	4
16. Ter comportamentos de alto risco ou fazer coisas que poderiam causar-lhe mal?	0	1	2	3	4
17. Ficar "super alerta" ou vigilante ou em guarda?	0	1	2	3	4
18. Sentir-se nervoso ou se assustar facilmente?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldade de concentração?	0	1	2	3	4
20. Ter problema para adormecer ou manter o sono?	0	1	2	3	4

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx & Schnurr - National Center for PTSD - USA
 Tradução: Lina Sue Matsumoto & Francisco Lotufo Neto - AMBAN-IPq-HCFMUSP - BRASIL (31/01/2015)

Anexo H4 – CAPS-5 (1/19)

National Center for PTSD
CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE FOR DSM-5
PAST MONTH VERSION

CAPS-5
VERSÃO MENSAL

**(Escala para avaliação diagnóstica do Transtorno do Estresse
Pós-Traumático – TEPT – de acordo com o DSM-5)**

Nome Paciente: _____ Num: _____
Entrevistador: _____ Data: _____
Estudo: _____

Frank W. Weathers, Dudley D. Blake, Paula P. Schnurr,
Danny G. Kaloupek, Brian P. Marx & Terence M. Keane

National Center for PTSD – USA
October 28, 2013

Tradução: Lina Sue Matsumoto & Francisco Lotufo Neto

AMBAN-IPq-HCFMUSP - BRASIL
31/01/2015

Anexo H4 – CAPS-5 (2/19)

CAPS-5 | 2

Instruções

A padronização da administração e pontuação do CAPS-5 é essencial para a produção de pontuações válidas e decisões diagnósticas confiáveis. O CAPS-5 deverá ser administrado apenas por entrevistadores qualificados que tenham treinamento formal em entrevista clínica estruturada e diagnóstico diferencial, uma compreensão completa da base conceitual de TEPT e seus vários sintomas, e conhecimento detalhado das características e convenções do CAPS-5 em si.

Administração

1. Identificar um **evento traumático principal** para servir de base para investigação dos sintomas. Administrar a **LEC-5 Lista de Eventos da Vida** (LEC-5 *Live Event Checklist*) ou **PCL-5 LISTA DE EVENTOS** (PCL-5 *Posttraumatic Event Checklist*) e o **Critério A** (pág. 5), ou usar algum outro método estruturado baseado em evidências. O **evento principal** pode envolver um único incidente (por ex.: "o acidente") ou vários incidentes, estreitamente relacionados (por ex.: "as piores partes de suas experiências de combate").
2. Leia os tópicos literalmente, um de cada vez, e na ordem apresentada, EXCETO:
 - a) Use palavras do próprio entrevistado para nomear o **evento principal** ou descrever sintomas específicos.
 - b) Refrasear as instruções padrão apenas para confirmar a informação já relatada, retornando à formulação integral o mais rapidamente possível. Por exemplo o questionamento do item 20 pode começar: "Você já mencionou que tem problemas para dormir. Que tipos de problemas?"
 - c) Se você não tem informação suficiente depois de esgotar todas as instruções padrão, prossiga no imprevisto. Nesta situação, repetir o tópico inicial pode ajudar a reorientar o entrevistado.
 - d) Se necessário, pedir exemplos específicos ou direcionar o entrevistado para elaborar algo, mesmo quando esses tópicos não são fornecidos de forma explícita.
3. Em geral, NÃO sugira respostas. Se o entrevistado apresentou dificuldades de compreensão, poderá ser necessário dar algum exemplo, para esclarecer ou ilustrar. No entanto, isso deve ser feito raramente, só depois de ter sido oferecido a oportunidade dele responder espontaneamente.
4. NÃO ler as faixas das escalas de classificação para o entrevistado. Estas são destinadas apenas para você, o entrevistador, pois o uso apropriado requer julgamento clínico e compreensão completa das convenções de pontuação do CAPS-5.
5. Prossiga com a entrevista de forma tão eficiente quanto possível para minimizar o cansaço do entrevistado. Algumas estratégias úteis:
 - a) Esteja bem familiarizado com o CAPS-5 para que os tópicos da entrevista fluam naturalmente, sem problemas.
 - b) Pergunte o menor número de tópicos necessários para obter as informações suficientes para justificar uma classificação válida.
 - c) Minimize anotações e escreva enquanto o entrevistado estiver falando, para evitar longas pausas.
 - d) Assuma o controle da entrevista. Seja respeitoso, mas firme ao manter o entrevistado na tarefa, transitando entre as perguntas, solicitando exemplos, ou apontando possíveis contradições.

Anexo H4 – CAPS-5 (3/19)

CAPS-5 | 3

Pontuação

1. Como nas versões anteriores do CAPS, no CAPS-5 a classificação da gravidade dos sintomas são baseadas em frequência e intensidade dos sintomas, EXCETO para itens 8 (amnésia) e 12 (diminuição de interesse), que são baseadas na quantidade e intensidade. No entanto, no CAPS-5 os itens são classificados com um único escore de gravidade, em contraste com as versões anteriores, que exigia frequência e intensidade, numa classificação separada para cada item que ou eram somados para criar uma escala de gravidade dos sintomas ou combinados por várias regras de pontuação para criar um critério dicotômico (presente/ausente) de pontuação dos sintomas. Assim, no CAPS-5 o clínico combina informações sobre frequência e intensidade antes de fazer uma única classificação de gravidade. Dependendo do item, a frequência é classificada tanto pelo número de ocorrências (quantas vezes no mês passado) ou pela porcentagem de tempo (quanto tempo do mês passado). Intensidade é classificada em uma escala ordinal de quatro pontos com graduações de **Mínimo**, **Claramente Presente**, **Pronunciado** e **Extremo**. Intensidade e gravidade são relacionados, mas distintos. Intensidade se refere à força da ocorrência típica de um sintoma. Gravidade se refere à carga total de sintomas durante um determinado período de tempo, e é uma combinação de intensidade e frequência. Isto é semelhante à abordagem de avaliação de quantidade/frequência para o consumo de álcool. Em geral, as escalas de classificação de intensidade correspondem a escala de gravidade abaixo descritos e devem ser interpretados e utilizados da mesma maneira, exceto que as classificações de gravidade requerem consideração conjunta, de intensidade e frequência. Assim, antes de considerar a frequência, uma classificação de intensidade **Mínima** corresponde à uma classificação de gravidade **Leve / abaixo do limiar**, **Claramente Presente** corresponde à **Moderado / limiar**, **Pronunciado** corresponde a **Severo / Muito elevado** e **Extrema** corresponde a **Extremo / incapacitante**.
2. A escala de classificação de gravidade dos sintomas do CAPS-5 é usado para todos os sintomas. As escalas de classificação devem ser interpretados e usados como segue:
 - 0 Ausente** O entrevistado negou o problema ou o relato do entrevistado não se encaixa no critério de sintoma do DSM-5.
 - 1 Leve / abaixo do limiar** O entrevistado descreveu um problema que é consistente com o critério de sintoma, mas não é grave o suficiente para ser considerado clinicamente significativo. O problema não satisfaz o critério do DSM-5 e, portanto, não contam para um diagnóstico de TEPT.
 - 2 Moderada / limiar** O entrevistado descreveu um problema clinicamente significativo. O problema satisfaz o critério do DSM-5 e, portanto, conta para um diagnóstico de TEPT. O problema poderia ser um alvo para uma intervenção. Esta classificação requer uma frequência mínima de 2 X por mês ou há algum tempo (20-30%) MAIS um mínimo de intensidade **Claramente Presente**.
 - 3 Grave / muito elevado** O entrevistado descreveu um problema que está bem acima do limite. O problema é de difícil manejo e, por vezes, esmagadora, e seria um alvo importante para uma intervenção. Esta classificação requer uma frequência mínima de 2 X por semana ou a maior parte do tempo (50-60%), MAIS um mínimo de intensidade **pronunciada**.
 - 4 Extrema / incapacitante** O entrevistado descreveu um sintoma dramático, muito acima do limite. O problema é generalizado, incontrolável, e esmagador, e seria um alvo de alta prioridade para uma intervenção.
3. Em geral, faça uma classificação de gravidade apenas se a frequência mínima de intensidade / gravidade para essa classificação forem a mesma. No entanto, você pode exercer o julgamento clínico em fazer uma determinada classificação de gravidade, se a frequência relatada é um pouco menor do que o necessário, mas a intensidade é maior. Por exemplo, você pode fazer uma classificação de gravidade **Moderada / limiar** se um sintoma ocorre 1 X por mês (em vez de 2 X como exigido), desde que a intensidade é classificado **Pronunciada** ou **Extrema** (em vez de **Claramente Presente** como exigido). Da mesma forma, você pode fazer a classificação de gravidade **Grave / muito elevada** se um sintoma ocorre 1 X semana (em vez de 2 X por semana como exigido), desde que a intensidade seja classificada como **Extrema** (em vez de

Anexo H4 – CAPS-5 (4/19)

CAPS-5 | 4

Pronunciada como exigido). Se você é incapaz de decidir entre duas classificações de gravidade, fazer a avaliação mais baixa.

4. Você precisa estabelecer que um sintoma não apenas satisfaz o critério DSM-5 fenomenologicamente, mas tem também uma relação funcional com o evento traumático principal, ou seja, começou ou piorou como resultado do evento. Os itens de 1-8 e 10 do CAPS-5 (revivência, esquiva, amnésia e culpa) são inerentes ao evento. Avalie os itens restantes para relação-trauma (RT), utilizando o inquérito RT e escala de classificação. As classificações de três RT são:

a) Definitiva: o sintoma pode ser claramente atribuído ao trauma principal, porque (1) há uma mudança óbvia desde o nível pré-trauma de funcionamento e/ou (2), o participante faz a atribuição ao trauma principal com muita confiança.

b) Provável: o sintoma está provavelmente relacionado com o trauma principal, mas uma ligação inequívoca não pode ser feita. As situações em que esta classificação seria dada incluem o seguinte: (1) parece haver uma mudança de funcionamento a partir do nível de funcionamento no pré-trauma, mas não é tão claro e explícito como seria para uma mudança "definitiva"; (2) o participante atribui um nexo de causalidade entre o sintoma e o trauma principal, mas com menos confiança do que para uma classificação de "definitiva"; (3) parece haver uma relação funcional entre os sintomas atuais e os que estão inerentemente ligados ao trauma, como sintomas de revivência (por exemplo, entorpecimento ou ausência quando a revivência se agrava).

c) Improvável: o sintoma pode ser atribuído a uma causa que não seja o trauma principal porque (1) existe uma relação funcional evidente com esta outra causa e/ou (2) o entrevistado faz uma atribuição confiável para esta outra causa e nega uma ligação com o trauma principal. Porque pode ser difícil excluir uma ligação funcional entre um sintoma e o trauma principal, uma classificação de **Improvável** deve ser usado somente quando a evidência disponível aponta fortemente para uma outra causa que não seja o trauma principal. NOTA: Os sintomas com uma classificação de RT e Improvável NÃO devem ser pontuados para a atribuição de um diagnóstico de TEPT ou incluídos no total do CAPS-5 na pontuação da gravidade dos sintomas.

5. **A pontuação da gravidade total dos sintomas no CAPS-5** é calculado pela soma das pontuações de gravidade para os itens de 1-20. NOTA: As pontuações de gravidade para os dois itens de **dissociação** (29 e 30) não devem ser incluídas no cálculo da pontuação do total de gravidade do CAPS-5.
6. A pontuação dos sintomas de gravidade no CAPS-5 são calculadas pela soma das pontuações de gravidade do item individual para os sintomas contidos em uma determinada categoria de sintomas do DSM-5. Assim, no **Critério B** (revivência) a pontuação de gravidade é a soma das pontuações de gravidade individuais para itens 1-5; no **Critério C** (esquiva) a pontuação de gravidade é a soma dos itens 6 e 7; o **Critério D** (alterações negativas em cognições e humor) a pontuação de gravidade é a soma dos itens 8-14; e no **Critério E** (hipervigilância) a pontuação de gravidade é a soma dos itens 15-20. A pontuação do grupo de sintomas também pode ser calculado para a **dissociação** pela soma itens 29 e 30.
7. A atribuição do diagnóstico de TEPT é determinada primeiramente pela dicotomia entre os sintomas individuais como "presente" ou "ausente", e em seguida, seguindo as regras de diagnósticos do DSM-5. Um sintoma é considerado "**presente**" somente se a pontuação de gravidade do item correspondente é classificado com **2 = Moderada / limiar** ou superior. Os itens 9 e 20/11 tem o requisito adicional de uma classificação de RT de **Definitiva** ou **Provável**. De outro modo é considerado um sintoma ausente. A regra de diagnóstico do DSM-5 requer a presença de pelo menos um sintoma do **Critério B**, um sintoma do **Critério C**, dois sintomas do **Critério D**, e dois sintomas do **Critério E**. Além disso, os **Critérios F** e **Critério G** devem ser atendidos. O Critério F requer que a perturbação tenha durado, pelo menos, um mês. O Critério G requer que a perturbação cause um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional, como indicado por uma classificação de **2 = Moderada** ou superior nos itens 23-25.

Anexo H4 – CAPS-5 (5/19)

CAPS-5 | 5

Critério A: Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p.ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

Nota: Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

Vou lhe fazer perguntas sobre situações estressantes do questionário que você preencheu. Primeiro, eu vou te pedir para me contar um pouco sobre o evento que você disse ter sido o pior. Depois eu vou te perguntar como este evento pode ter afetado você **no último mês**. No geral, eu não preciso de muitas informações – apenas o suficiente para que eu possa entender alguns dos problemas que você pode ter tido. À medida que avançarmos, se você se sentir angustiado, diga-me para podermos falar sobre isto. Do mesmo modo, se tiver qualquer dúvida ou não compreender alguma coisa, pergunte-me. Tem alguma dúvida antes de iniciarmos?

O evento que você falou foi o pior (EVENTO). Eu gostaria que você me descrevesse brevemente o que aconteceu.

<p>O que aconteceu? (Que idade tinha? Como você estava envolvido? Quem mais estava envolvido? Alguém foi seriamente ferido ou morto? Houve ameaça de vida? Quantas vezes isto aconteceu?)</p>	<p>Tipo de exposição:</p> <p>☐ Vivenciou</p> <p>☐ Testemunhou</p> <p>☐ Ficou sabendo</p> <p>☐ Foi exposto aos detalhes aversivos</p> <p>Ameaça de vida?</p> <p>NÃO SIM (de si__ do outro__)</p> <p>Ferimento grave?</p> <p>NÃO SIM (de si__ do outro__)</p> <p>Violência sexual?</p> <p>NÃO SIM (de si__ do outro__)</p> <p>Critério A satisfeito?</p> <p>NÃO PROVÁVEL SIM</p>
--	--

Quanto ao restante da entrevista, eu quero que você mantenha (EVENTO) em mente à medida que eu perguntar sobre os diferentes problemas que isto pode ter causado. Você pode ter tido alguns destes problemas antes, mas para esta entrevista nós vamos nos focar **apenas no último mês**. Para cada problema eu vou perguntar se você teve **no último mês**, e se você teve, com que frequência e o quanto isto te incomodou.

Anexo H4 – CAPS-5 (6/19)

CAPS-5 | 6

Critério B: Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:

1. (B1) Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.

Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.

No mês passado, você teve algumas recordações indesejadas do (EVENTO) enquanto você estava acordado, sem contar os sonhos?

[Considere 0=Ausente, se apenas durante os sonhos]

Como aconteceu de você começar a se recordar (EVENTO)?

[se não ficou claro:] *(Estas memórias eram indesejadas, ou você estava pensando no [EVENTO] de propósito?)*

[Considere 0=Ausente, a não ser que perceba como involuntário e intrusivo]

O quanto essas recordações incomodaram você?

Você seria capaz de colocá-las fora da sua mente e pensar sobre alguma outra coisa? Circule: Angústia = Mínima Presente Pronunciada Extrema

Qual a frequência dessas recordações no último mês? # de vezes _____

Dimensões da taxa = frequência / intensidade da angústia

Moderada= pelo menos 2x por mês / angústia claramente presente / alguma dificuldade de descartar memórias

Grave = pelo menos 2x por semana / angústia pronunciada / dificuldade considerável de descartar memórias

0 Ausente

1 Leve /
Abaixo limiar

2 Moderado /
Limiar

3 Grave /
Muito elevado

4 Extremo /
Incapacitante

2. (B2) Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.

Nota: Em crianças pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.

No mês passado, você teve sonhos indesejados sobre o (EVENTO)?

Descreva um sonho típico. (O que acontece?)

[Se não ficou claro:] *(Eles te acordam?)*

[Se sim:] *(O que você vivencia quando acorda? Quanto tempo leva para voltar a dormir?)*

[Se não voltar a dormir:] *(Quanto de sono você perde?)*

O quanto esses sonhos incomodaram você?

Circule: Angústia = Mínima Presente Pronunciada Extrema

Qual a frequência desses sonhos no último mês? # de vezes _____

Dimensões da taxa = frequência / intensidade da angústia

Moderada= pelo menos 2x por mês / angústia claramente presente / menos de 1 hora de sono perdido

Grave = pelo menos 2x por semana / angústia pronunciada / mais de 1 hora de sono perdido

0 Ausente

1 Leve /
Abaixo limiar

2 Moderado /
Limiar

3 Grave /
Muito elevado

4 Extremo /
Incapacitante

Anexo H4 – CAPS-5 (7/19)

CAPS-5 | 7

3. (B3) Reações dissociativas (p. ex. *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor). **Nota:** Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.

<p>No mês passado, alguma vez você <u>repentinamente agiu ou sentiu</u> como se o (EVENTO) estivesse <u>realmente acontecendo</u> novamente?</p> <p>[Se não ficou claro:] <i>(É diferente de pensar ou sonhar sobre isto – agora estou te perguntando sobre flashbacks, quando você sente como se estivesse de verdade de volta ao [EVENTO] e revivendo isto?)</i></p> <p>O quanto pareceu que o (EVENTO) estava acontecendo de novo? (Ficou confuso sobre onde você realmente estava?)</p> <p>Quanto tempo isto durou? <u>Circule:</u> Dissociação = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Com que frequência isto aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade da dissociação Moderada=pelo menos 2x por mês / dissociação claramente presente / pode manter alguma consciência do ambiente mas revive o evento de uma maneira claramente distinta dos pensamentos e memórias. Grave = pelo menos 2x por semana / dissociação pronunciada / relata vividamente o que reviveu, com imagens, sons, cheiros.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
--	---

4. (B4) Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

<p>No mês passado, você ficou <u>emocionalmente perturbado</u> quando <u>algo te lembrou</u> do (EVENTO)?</p> <p>Que tipo de lembranças te deixam perturbado?</p> <p>O quanto essas lembranças te perturbam?</p> <p>Você é capaz de se acalmar quando isto acontece? (Quanto tempo isto leva?)</p> <p><u>Circule:</u> Angústia = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Com que frequência isto aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade da angústia Moderada=pelo menos 2x por mês / angústia claramente presente / alguma dificuldade para se recuperar Grave = pelo menos 2x por semana / angústia pronunciada / considerável dificuldade para se recuperar</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
--	---

Anexo H4 – CAPS-5 (8/19)

CAPS-5 | 8

5. (B5) Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

<p>No mês passado, você teve alguma <u>reação física</u> quando <u>algo te lembrou do (EVENTO)</u>?</p> <p>Você pode me dar alguns exemplos? (O seu coração acelera ou sua respiração muda? E sobre suar ou sentir-se realmente tenso ou tremendo?)</p> <p>Que tipo de lembranças desencadeiam essas reações?</p> <p>Quanto tempo você leva para se recuperar?</p> <p><u>Circule:</u> Reatividade fisiológica = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Com que frequência isto aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <p><small>Dimensões da taxa = frequência / intensidade da excitação fisiológica Moderada = pelo menos 2x por mês / reatividade claramente presente, alguma dificuldade para se recuperar Grave = pelo menos 2x por semana / reatividade pronunciada, mantém a excitação, considerável dificuldade para se recuperar</small></p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
--	---

Critério C: Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

6. (C1) Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

<p>No mês passado, você tentou <u>evitar pensamentos ou sentimentos</u> sobre o (EVENTO)?</p> <p>Quais tipos de pensamentos ou sentimentos você evitou?</p> <p>Quanto foi difícil tentar evitar estes pensamentos ou sentimentos? (Que tipo e coisas você faz?)</p> <p><u>Circule:</u> Evitação = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Com que frequência isto aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <p><small>Dimensões da taxa = frequência / intensidade da evitação Moderada = pelo menos 2x por mês / evitação claramente presente Grave = pelo menos 2x por semana / evitação pronunciada</small></p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
---	---

Anexo H4 – CAPS-5 (9/19)

CAPS-5 | 9

7. (C2) Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

<p>No mês passado, você tentou <u>evitar coisas</u> que te lembravam do (EVENTO), como algumas pessoas, lugares ou situações?</p> <p>Quais tipos de coisas você evitou?</p> <p>Quanto esforço você fez para evitar essas lembranças? (Você teve que fazer um plano ou mudanças nas suas atividades para evitá-las?)</p> <p>[Se não ficou claro:] (No geral, o quanto isto é um problema para você? Como as coisas seriam diferentes se você não tivesse que evitar tais lembranças?)</p> <p>Circule: Evitação = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Com que frequência aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade da evitação Moderada = pelo menos 2x por mês / evitação claramente presente Grave = pelo menos 2x por semana / evitação pronunciada</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
---	---

Critério D: Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

8. (D1) Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido à amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

<p>No mês passado, você teve dificuldade para relembrar algumas partes importantes do (EVENTO)? (Sente que há lacunas na memória do [EVENTO])?</p> <p>Quais partes você teve dificuldade de recordar?</p> <p>Você sente que será capaz de recordar estas coisas?</p> <p>[Se não ficou claro:] (Porque você pensa que não conseguirá? Você feriu a cabeça durante o [EVENTO]? Ficou inconsciente? Foi intoxicado por álcool ou drogas?) [Considere 0=Ausente, se for ferimento na cabeça, inconsciência ou intoxicação durante o evento]</p> <p>[Se ainda não ficou claro:] (Isto é apenas um esquecimento normal? Ou pensa que você pode ter bloqueado isto porque pode ser muito doloroso de recordar?) [Considere 0=Ausente, se for por esquecimento normal]</p> <p>Circule: Dificuldade em recordar = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>No mês passado, quantas partes importantes do [EVENTO] você teve dificuldade de recordar? (Quais partes você ainda se recorda?) # de aspectos importantes ____</p> <p>Você seria capaz de recordar estas coisas se você tentasse?</p> <p>Dimensões da taxa = quantos eventos não recorda / intensidade da inabilidade em recordar Moderada = pelo menos um aspecto importante / dificuldade de recordar claramente presente / algumas recordações possíveis, com esforço Grave = vários aspectos importantes / dificuldade pronunciada em recordar / poucas recordações, mesmo com esforço.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
---	---

Anexo H4 – CAPS-5 (10/19)

CAPS-5 | 10

9. (D2) Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p.ex., "Sou mau", "Não se deve confiar em ninguém", "O mundo é perigoso", "Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre").

<p>No mês passado, você teve fortes crenças negativas sobre si mesmo, as outras pessoas ou o mundo?</p> <p>Poderia dar alguns exemplos? (Como acreditar em coisas como "Eu sou mau", "Existe algo seriamente errado em mim", "ninguém é confiável", "o mundo é completamente perigoso"?)</p> <p>Quanto essas crenças são fortes? (Quanto você está convencido que essas crenças são realmente verdadeiras? Consegue ver outras formas de pensar sobre isso?)</p> <p>Circule: Convicção = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Quanto tempo no último mês você se sentiu assim? % do tempo_____</p> <p>Estas crenças começaram ou pioraram depois (EVENTO)? (Você pensa que estão relacionadas com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p>Circule: Relação com trauma = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade das crenças Moderada=parte do tempo (20-30%) / expectativas negativas exageradas claramente presente / alguma dificuldade em considerar crenças mais realistas. Grave = muito tempo (50-60%) / expectativas negativas exageradas pronunciadas / dificuldade considerável em considerar crenças mais realistas.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
---	---

10. (D3) Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.

<p>No mês passado, você se culpou pelo (EVENTO) ou pelo que aconteceu como resultado disso? Fale-me mais sobre isso. (Em que sentido você se vê como causador do [EVENTO]? Como assim? Foi por causa de algo que você fez? Ou algo que você pensou que deveria ter feito mas não fez? Ou é algo sobre você no geral?)</p> <p>E sobre culpar outra pessoa sobre o (EVENTO) ou o que aconteceu como resultado disso? Fale-me mais sobre isso. (Em que sentido você vê [OUTROS] como tendo causado o [EVENTO]? Foi por causa de algo que eles fizeram? Ou é algo que eles pensam que eles deveriam ter feito, mas não fizeram?)</p> <p>O quanto você culpa [SI MESMO ou OUTROS]?</p> <p>O quão convencido você está que [VOCÊ ou OUTROS] são realmente responsáveis pelo que aconteceu? (As outras pessoas concordam com você? Você consegue ver outras formas de pensar sobre isto?) [Considere 0=Ausente, se somente culpar o perpetrador, isto é, alguém que deliberadamente causou o evento e tinha intenção de ferir]</p> <p>Circule: Convicção = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Quanto tempo no último mês que você se sentiu assim? % do tempo_____</p> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade das culpa Moderada=parte do tempo (20-30%) / culpa distorcida claramente presente / alguma dificuldade em considerar crenças mais realistas. Grave = muito tempo (50-60%) / culpa distorcida pronunciada / dificuldade considerável em considerar crenças mais realistas.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
---	---

Anexo H4 – CAPS-5 (11/19)

CAPS-5 | 11

11. (D4) Estado emocional negativo persistente (p.ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).

<p>No mês passado, você teve algum <u>sentimento negativo forte</u> tais como medo, terror, raiva, culpa ou vergonha?</p> <p>Você poderia me dar alguns exemplos? (Quais sentimentos negativos você vivenciou?)</p> <p>O quão forte eram esses sentimentos negativos?</p> <p>O quão bem você foi capaz de tolerar esses sentimentos negativos?</p> <p><u>Circule:</u> Emoções negativas = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Estes sentimentos negativos começaram ou pioraram depois do [EVENTO]? (Você pensa que eles estão relacionados com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><u>Circule:</u> Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
<p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade das emoções negativas</p> <p>Moderada=parte do tempo (20-30%) / emoções negativas claramente presente, alguma dificuldade no manejo.</p> <p>Grave = muito tempo (50-60%) / emoções negativas pronunciadas, dificuldade considerável no manejo.</p>	

12. (D5) Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.

<p>No mês passado, você esteve <u>menos interessado</u> em <u>atividades</u> que você costumava gostar?</p> <p>Que tipo de coisas você perdeu o interesse ou não faz mais como costumava fazer? (Algo mais?)</p> <p>Porque isto aconteceu? [Considere 0=Ausente, se a diminuição de atividades é por falta de oportunidade, inabilidade física ou mudanças desenvolvimentais apropriadas nas atividades preferidas]</p> <p><u>Circule:</u> Emoções negativas = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Quão forte é a sua perda de interesse? (Você ainda tem interesse nas [ATIVIDADES] uma vez iniciadas?)</p> <p><u>Circule:</u> Perda de interesse = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>No geral, no último mês, quantas das suas atividades normais você ficou menos interessado em fazer? % de atividades ____</p> <p>Que tipo de coisas você ainda tem interesse em fazer?</p> <p>Esta perda de interesse começou ou ficou pior depois do [EVENTO]? (Você pensa que eles estão relacionados com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><u>Circule:</u> Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
<p>Dimensões da taxa = porcentagem das atividades afetadas / intensidade da perda de interesse</p> <p>Moderada=parte do tempo (20-30%) / perda de interesse claramente presente / mas ainda tem algum prazer em certas atividades</p> <p>Grave = muito tempo (50-60%) / perda de interesse pronunciada / pouco interesse ou participação em atividades</p>	

Anexo H4 – CAPS-5 (12/19)

CAPS-5 | 12

13. (D6) Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.

<p>No mês passado, você sentiu-se <u>distante</u> ou foi <u>ignorado</u> pelas outras pessoas?</p> <p>Fale-me mais sobre isso.</p> <p>Qual a intensidade da sensação de sentir-se distante ou ignorado pelos outros? (Com quem se sente mais próximo? Com quantas pessoas sente-se à vontade falando sobre coisas pessoais?)</p> <p><u>Circule:</u> Distanciamento ou indiferença = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Quanto tempo, no último mês, você sentiu-se deste jeito? % de tempo ____</p> <p>Este pensamento de distanciamento ou indiferença começou ou piorou após [EVENTO]? (Você pensa que isto está relacionado com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><u>Circule:</u> Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</p> <hr/> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade do distanciamento ou indiferença Moderada=parte do tempo (20-30%) / sentimentos de distanciamento claramente presentes / ainda sente alguma conectividade interpessoal Grave = muito tempo (50-80%) / sentimentos de distanciamento ou indiferença pronunciados / pode sentir-se próximo de apenas uma ou duas pessoas</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
--	---

14. (D7) Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p.ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

<p>No mês passado, houve momentos que você teve dificuldades em vivenciar <u>emoções positivas</u>, tais como amor ou felicidade?</p> <p>Fale-me mais sobre isso (Quais sentimentos foram difíceis de vivenciar?)</p> <p>Quão difícil foi vivenciar estes sentimentos positivos? (Você ainda sente-se capaz de vivenciar algum sentimento positivo?)</p> <p><u>Circule:</u> Redução de emoções positivas = Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>Quanto tempo, no último mês, você sentiu-se deste jeito? % de tempo ____</p> <p>Esta dificuldade em vivenciar sentimentos positivos começou ou piorou após [EVENTO]? (Você pensa que isto está relacionado com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><u>Circule:</u> Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</p> <hr/> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade na redução das emoções positivas Moderada=parte do tempo (20-30%) / redução na experiência de emoções positivas claramente presentes / ainda capaz de sentir algumas emoções positivas Grave = muito tempo (50-80%) / pronunciada redução na experiência de uma variedade de emoções positivas</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
--	---

Anexo H4 – CAPS-5 (13/19)

CAPS-5 | 13

Critério E: Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

15. (E1) Comportamento irritado e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.

<p>No mês passado, houve momentos que você sentiu-se especialmente <u>irritado</u> ou com <u>raiva</u> e demonstrou isto com seu comportamento?</p> <p>Você pode me dar alguns exemplos? (Como você demonstra? Levanta a voz ou grita? Joga ou quebra coisas? Empurra ou bate nas pessoas?)</p> <p><i>Circule: Agressividade= Mínima Presente Pronunciada Extrema</i></p> <p>Quantas vezes isto ocorreu no último mês? # de vezes ____</p> <p>Estes comportamentos começaram ou pioraram após [EVENTO]? (Você pensa que isto está relacionado com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><i>Circule: Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</i></p> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade do comportamento agressivo Moderada= pelo menos 2x por mês / agressividade claramente presente / inicialmente verbal Grave = pelo menos 2x por semana / agressividade pronunciada / pelo menos algum tipo de agressão física</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
---	--

16. (E2) Comportamento imprudente ou autodestrutivo.

<p>No mês passado, houve momentos que você se arriscou mais ou fez coisas que podem ter te causado prejuízo?</p> <p>Você pode me dar alguns exemplos?</p> <p>O quanto você se arriscou? (Quão perigosos eram esses comportamentos? Você foi prejudicado ou se machucou de alguma maneira?)</p> <p><i>Circule: Risco= Mínimo Presente Pronunciado Extremo</i></p> <p>Quantas vezes isto ocorreu no último mês? # de vezes ____</p> <p>Estes comportamentos começaram ou pioraram após [EVENTO]? (Você pensa que isto está relacionado com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><i>Circule: Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</i></p> <p>Dimensões da taxa = frequência / grau do risco Moderada= pelo menos 2x por mês / risco claramente presentes / pode ter se prejudicado ou machucado. Grave = pelo menos 2x por semana / risco pronunciado / dano real ou alta probabilidade de dano ou prejuízo.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
---	--

Anexo H4 – CAPS-5 (14/19)

CAPS-5 | 14

17. (E3) Hipervigilância.

<p>No mês passado, você esteve especialmente alerta ou vigilante, mesmo sem ter uma ameaça ou perigo real?</p> <p>Você pode me dar alguns exemplos? (Que tipo de coisas você faz quando está alerta ou vigilante?)</p> <p><i>[Se não ficar claro:] (O que causa esta reação? Sente como se estivesse em perigo ou ameaçado de alguma forma? Sente-se desse jeito muito mais do que outras pessoas nesta mesma situação?)</i></p> <p><u>Circule:</u> Hipervigilância= Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>No último mês, o quanto você sentiu-se desta forma? % de vezes ____</p> <p>Estar especialmente alerta ou vigilante começou ou piorou após [EVENTO]? (Você pensa que isto está relacionado com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><u>Circule:</u> Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</p> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade da hipervigilância Moderada= parte do tempo (20-30%) / hipervigilância claramente presentes / alerta em público, elevada consciência de ameaça/perigo. Grave= muito tempo (50-60%) / hipervigilância pronunciada / procura sinais de perigo no ambiente, pode ter comportamentos rituais de segurança, consciência exagerada pela segurança de si/família/casa.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
--	--

18. (E4) Resposta de sobressalto exagerada.

<p>No mês passado, houve momentos que você teve uma reação de sobressalto exagerada?</p> <p>Que tipo de coisas causou o sobressalto?</p> <p>Quão fortes foram estas reações de sobressalto? (Quão forte se comparadas com a reação da maioria das pessoas? Faz alguma coisa que as pessoas notam?)</p> <p>Quanto tempo leva para você se recuperar?</p> <p><u>Circule:</u> Sobressalto= Mínimo Presente Pronunciado Extremo</p> <p>Quantas vezes isto aconteceu no último mês? # de vezes ____</p> <p>Esta reação de sobressalto começou ou piorou após [EVENTO]? (Você pensa que isto está relacionado com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><u>Circule:</u> Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</p> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade do sobressalto Moderada= pelo menos 2x por mês / sobressalto claramente presentes / alguma dificuldade para se recuperar. Grave= pelo menos 2x por semana / sobressalto pronunciado / mantém a excitação, considerável dificuldade de se recuperar.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
--	--

Anexo H4 – CAPS-5 (15/19)

CAPS-5 | 15

19. (E5) Problemas de concentração.

<p>No mês passado, você teve algum problema de concentração?</p> <p>Você pode me dar alguns exemplos?</p> <p>Você é capaz de se concentrar se você realmente tentar?</p> <p><u>Circule:</u> Problemas de concentração= Mínimo Presente Pronunciado Extremo</p> <p>Quanto tempo, no último mês, você teve problemas de concentração? % de tempo____</p> <p>Estes problemas de concentração começaram ou pioraram após [EVENTO]? (Você pensa que isto está relacionado com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><u>Circule:</u> Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</p> <hr/> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade dos problemas de concentração Moderada=parte do tempo (20-30%) / problemas de concentração claramente presentes / alguma dificuldade, mas consegue se concentrar com esforço. Grave = muito tempo (50-80%) / problemas de concentração pronunciado / dificuldade considerável em se concentrar, mesmo com esforço.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
---	--

20. (E6) Perturbação do sono (p.ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

<p>No mês passado, você teve algum problema para adormecer ou manter o sono?</p> <p>Que tipo de problemas? (Quanto tempo leva para você adormecer? Quão frequente você acorda à noite? Você acorda antes do horário que quer?)</p> <p>Quantas horas no total você dorme numa noite?</p> <p>Quantas horas por noite você acha que deveria estar dormindo?</p> <p><u>Circule:</u> Problemas de sono= Mínimo Presente Pronunciado Extremo</p> <p>Quão frequente você teve estes problemas de sono no último mês? # de vezes____</p> <p>Estes problemas de sono começaram ou pioraram após [EVENTO]? (Você pensa que isto está relacionado com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p><u>Circule:</u> Relação com trauma = Definitiva Provável Improvável</p> <hr/> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade dos problemas de sono Moderada= pelo menos 2x por mês / problemas de sono claramente presente / claramente latência longa ou dificuldade importante de se manter adormecido, 30-90 minutos de sono perdido. Grave = pelo menos 2x por semana / problemas de sono pronunciado / considerável latência longa ou forte dificuldade de se manter adormecido, 90 minutos a 3 horas de sono perdido.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
--	--

Anexo H4 – CAPS-5 (16/19)

CAPS-5 | 16

Critério F: A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

21. Aparecimento dos sintomas:

<p>[Se não ficou claro:] Quando você começou a sentir os primeiros (sintomas TEPT) que você me contou? <i>(Quanto tempo depois do trauma eles apareceram? Mais do que 6 meses?)</i></p>	<p>Total # meses na demora do início____</p> <p>Com expressão tardia (>= 6 meses)?</p> <p>NÃO SIM</p>
--	--

22. Duração dos sintomas:

<p>[Se não ficou claro:] Quanto tempo estes (sintomas TEPT) duraram na totalidade?</p>	<p>Total # meses de duração____</p> <p>Duração de mais de 1 mês?</p> <p>NÃO SIM</p>
---	---

Critério G: A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

23. Angústia subjetiva:

<p>No geral, no último mês, o quão incomodado você tem ficado por esses (SINTOMAS TEPT) que você me contou? <i>(Considerar a angústia descrita nos itens anteriores)</i></p>	<p>0 Nenhuma</p> <p>1 Leve / angústia mínima</p> <p>2 Moderada / angústia claramente presente, mas ainda suportável</p> <p>3 Grave / angústia pronunciada</p> <p>4 Extrema / angústia incapacitante</p>
---	--

24. Desajustamento do funcionamento social:

<p>No último mês, estes (SINTOMAS TEPT) afetaram sua relação com outras pessoas? Como? <i>(Considerar o prejuízo no funcionamento social descrito nos itens anteriores)</i></p>	<p>0 Nenhum impacto</p> <p>1 Impacto leve / desajustamento mínimo do funcionamento social</p> <p>2 Impacto moderado / desajustamento nítido, mas muitos aspectos do funcionamento social ainda intactos</p> <p>3 Impacto grave / desajustamento bem caracterizado, poucos aspectos do funcionamento social ainda intactos</p> <p>4 Impacto extremo / pouco ou nenhum funcionamento social</p>
--	--

25. Desajustamento a nível ocupacional ou outra área importante de funcionamento:

<p>[Se não ficou claro:] Você está trabalhando agora?</p> <p>[Se sim:] No último mês, estes (SINTOMAS TEPT) afetaram seu trabalho ou sua habilidade de trabalhar? Como? <i>(Considere a história de trabalho referida, incluindo o número e a duração, assim como a qualidade das relações de trabalho. Se o funcionamento pré-mórbido não estiver claro, perguntar sobre experiências de trabalho antes do trauma. Para trauma em crianças e adolescentes, verifique a atuação escolar pré-trauma e a possível presença de problemas comportamentais)</i></p> <p>[Se não:] Estes (SINTOMAS TEPT) afetaram alguma outra parte importante da sua vida? <i>(Sugira exemplos de parentes, trabalho doméstico, acadêmico, voluntário, etc.) Como?</i></p>	<p>0 Nenhum impacto</p> <p>1 Impacto leve / desajustamento mínimo do funcionamento</p> <p>2 Impacto moderado / desajustamento nítido, mas muitos aspectos do funcionamento ainda intactos</p> <p>3 Impacto grave / desajustamento bem pronunciado, poucos aspectos do funcionamento ainda intactos</p> <p>4 Impacto extremo / pouco ou nenhum funcionamento</p>
--	--

Anexo H4 – CAPS-5 (17/19)

CAPS-5 | 17

Avaliações Globais

26. Validade global:

<p>Estimar a validade global das respostas.</p> <p>Considerar fatores, tais como concordância com a entrevista, estado mental (p. ex; problemas de concentração, compreensão dos itens, dissociação) e evidências de esforços para exagerar ou minimizar os sintomas.</p>	<p>0 Excelente / sem razão para suspeitar de respostas inválidas.</p> <p>1 Boa / presença de fatores que podem afetar negativamente a validade</p> <p>2 Razoável / presença de fatores que reduzem definitivamente a validade</p> <p>3 Fraca / validade substancialmente reduzida</p> <p>4 Respostas inválidas / estado mental severamente comprometido ou deliberadamente fingindo ser "mau" ou "bom".</p>
---	--

27. Gravidade global:

<p>Estimar a gravidade global dos sintomas TEPT.</p> <p>Considerar o grau de angústia subjetiva, o grau de angústia percebida, nível de funcionamento disfuncional, observação dos comportamentos durante a entrevista e o parecer referente ao estilo do relato.</p>	<p>0 Sem sintomas / clinicamente significativos, sem angústia e sem desajustamento no funcionamento</p> <p>1 Leve / angústia mínima e algum desajustamento no funcionamento</p> <p>2 Moderado / angústia claramente presente e desajustamento no funcionamento, mas funcionamento satisfatório com esforço</p> <p>3 Grave / angústia pronunciada e nítido desajustamento no funcionamento, e tem funcionamento limitado mesmo com esforço</p> <p>4 Extremo / angústia incapacitante e profundo desajustamento no funcionamento, evidente em duas ou mais áreas do funcionamento.</p>
---	---

28. Melhora global:

<p>Avalie a totalidade da melhora global apresentada desde a avaliação prévia.</p> <p>Avalie o grau de mudança que, no seu parecer, foi ou não foi decorrente do tratamento.</p>	<p>0 Assintomático</p> <p>1 Considerável melhora</p> <p>2 Moderada melhora</p> <p>3 Leve melhora</p> <p>4 Nenhuma melhora</p> <p>5 Informação insuficiente</p>
--	--

Anexo H4 – CAPS-5 (18/19)

CAPS-5 | 18

Especifique se há sintomas dissociativos: os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios para TEPT, e, além disso, em resposta ao estressor, as experiências individuais persistentes ou sintomas recorrentes de um dos seguintes procedimentos:

29. (1) Despersonalização: Experiências persistentes ou recorrentes de sentimento de deslocamento e, como se fosse um observador externo dos próprios processos ou corpo mental (por exemplo, sentindo-se como se a pessoa estivesse em um sonho, vivendo uma sensação de irrealidade de si mesmo, ou do próprio corpo, ou do tempo passando lentamente).

No mês passado, houve momentos em que você se sentiu como se estivesse separado de si, como se estivesse vendo você de fora ou observando os seus pensamentos e sentimentos como se fossem de outra pessoa?

[Se não.] *(E sobre o sentimento como se você estivesse em um sonho, mesmo que você estivesse acordado? Sentindo como se algo sobre você não fosse real? Sentindo como se o tempo estivesse passando mais devagar?)*

Fale-me mais sobre isso.

Quão forte foi este sentimento? *(Perdeu a noção de onde você realmente estava ou o que estava realmente acontecendo?)*

O que você faz quando isto está acontecendo? *(As outras pessoas percebem o seu comportamento? O que elas dizem?)*

Quanto tempo isto dura?

Circule: Dissociação= Mínima Presente Pronunciada Extrema

[Se não ficar claro.] *(Isto foi o resultado de efeitos de álcool ou drogas? E sobre uma condição médica como convulsões?)* [Considere 0=Ausente, somente se for por efeitos de alguma substância ou outra condição médica]

Quão frequente isto aconteceu no último mês? # de vezes ____

Dimensões da taxa = frequência / intensidade da dissociação

Moderada=pelo menos 2x por mês / qualidade da dissociação claramente presente, mas transitória, mantém algum senso de realidade de si e consciência do ambiente.

Grave = pelo menos 2x por semana / qualidade da dissociação pronunciada, profunda sensação de deslocamento e irrealidade.

0 Ausente
1 Leve /
Abaixo limiar
2 Moderado /
Limiar
3 Grave /
Muito elevado
4 Extremo /
Incapacitante

Anexo H4 – CAPS-5 (19/19)

CAPS-5 | 19

30. (2) Desrealização: Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente (por exemplo, o mundo em torno do indivíduo é experimentado como irreal, como um sonho, distante, ou distorcido).

<p>No mês passado, houve momentos em que as coisas que aconteceram ao seu redor pareciam irreais ou muito estranhas e pouco familiares?</p> <p>[Se não:] <i>(Estas coisas acontecendo ao seu redor pareciam ser um sonho ou como se fosse a cena de um filme? Elas pareciam distantes e distorcidas?)</i></p> <p>Fale-me mais sobre isso.</p> <p>Quão forte é este sentimento? <i>(Perdeu a noção de onde você realmente estava ou o que estava realmente acontecendo?)</i></p> <p>O que você faz quando isto está acontecendo? <i>(As outras pessoas percebem o seu comportamento? O que elas dizem?)</i></p> <p>Quanto tempo isto dura?</p> <p><u>Circule:</u> Dissociação= Mínima Presente Pronunciada Extrema</p> <p>[Se não ficar claro:] (Isto foi o resultado de efeitos de álcool ou drogas? E sobre uma condição médica como convulsões?) <i>(Considere 0=Ausente, somente se for por efeitos de alguma substância ou outra condição médica)</i></p> <p>Quão frequente isto aconteceu no último mês? # de vezes ____</p> <p>Dimensões da taxa = frequência / intensidade da dissociação Moderada=pelo menos 2x por mês / qualidade da dissociação claramente presente, mas transitória, mantém algum senso de realidade do ambiente. Grave = pelo menos 2x por semana / qualidade da dissociação pronunciada, forte sensação de irrealidade.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / Abaixo limiar</p> <p>2 Moderado / Limiar</p> <p>3 Grave / Muito elevado</p> <p>4 Extremo / Incapacitante</p>
---	---

Anexo H5 – DTS

DTS (Davidson Trauma Scale)

Nome: _____

Data: / /

Cada uma das questões abaixo se refere a um sintoma específico. Para cada questão considere com que FREQUÊNCIA e com que GRAVIDADE, o sintoma o perturbou NA ÚLTIMA SEMANA.

Nos dois quadrados ao lado de cada questão, circule um número de 0 a 4, para indicar a frequência e a gravidade do sintoma.

FREQUÊNCIA:

0 = Nenhuma vez

1 = Uma vez

2 = 2 a 3 vezes

3 = 4 a 6 vezes

4 = Diariamente

GRAVIDADE:

0 = Não perturbou

1 = Perturbação mínima

2 = Perturbação moderada

3 = Perturbou muito

4 = Perturbou extremamente

	FREQUENCIA	GRAVIDADE
1. Você teve imagens, memórias ou pensamentos dolorosos sobre o evento?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Você teve sonhos perturbadores sobre o evento?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Você sentiu como se o evento estivesse ocorrendo de novo? Como se você o estivesse revivendo?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Você se incomodou com alguma coisa que lhe lembrou o evento?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Você experimenta sintomas físicos quando algo lhe lembra o evento? (suor, tremores, palpitações, falta de ar, náusea, diarreia)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Você tem evitado qualquer pensamento ou sentimento sobre o evento?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Você tem evitado fazer coisas ou entrar em situações que lhe lembrem o evento?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Você tem se sentido incapaz de lembrar partes importantes do evento?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. Você vem tendo dificuldades para se sentir satisfeito com as coisas da sua vida?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Você tem se sentido distante ou desligado das pessoas?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Você tem se achado incapaz de se sentir triste ou amoroso com as pessoas?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Você vem tendo dificuldade em pensar no seu futuro e em planejar objetivos para a sua vida?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Você vem tendo dificuldades para pegar no sono ou para continuar dormindo?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Você tem estado mais irritado ou com crises de raiva?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
15. Você vem tendo dificuldade para se concentrar?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Você tem se sentido como se estivesse "no limite" ou facilmente distraído ou com a sensação de ter que ficar em guarda?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
17. Você tem se sentido sobressaltado ou se assustando com facilidade?	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Anexo H6 – BDI (1/2)

BDI (*Beck Depression Inventory*)

Nome: _____

Data: / /

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) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido **NESTA SEMANA, INCLUINDO HOJE**.

Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

Grupo 1:

- (0) Não me sinto triste.
- (1) Eu me sinto triste.
- (2) Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- (3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

Grupo 2:

- (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- (1) Eu me sinto desanimado 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.

Grupo 3:

- (0) Não me sinto um fracasso.
- (1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- (2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- (3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

Grupo 4:

- (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 ou aborrecido com tudo.

Grupo 5:

- (0) Não me sinto especialmente culpado.
- (1) Eu me sinto culpado às vezes.
- (2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- (3) Eu me sinto sempre culpado.

Grupo 6:

- (0) Não acho que esteja sendo punido.
- (1) Acho que posso ser punido.
- (2) Creio que vou ser punido.
- (3) Acho que estou sendo punido.

Grupo 7:

- (0) Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- (1) Estou decepcionado comigo mesmo.
- (2) Estou enojado de mim.
- (3) Eu me odeio.

Grupo 8:

- (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
- (1) Sou crítico em relação a mim devido às minhas fraquezas ou meus erros.
- (2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- (3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

Grupo 9:

- (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 oportunidade.

Grupo 10:

- (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.

Anexo H6 – BDI (2/2)

<p>Grupo 11:</p> <p>(0) Não sou mais irritado agora do que já fui. (1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. (2) Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. (3) Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>Grupo 12:</p> <p>(0) Não perdi o interesse nas outras pessoas. (1) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. (2) Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. (3) Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>Grupo 13:</p> <p>(0) Tomo decisões tão bem quanto antes. (1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. (2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. (3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p> <p>Grupo 14:</p> <p>(0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. (1) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativos. (2) Acho que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. (3) Acredito que pareço feio.</p> <p>Grupo 15:</p> <p>(0) Posso trabalhar tão bem quanto antes. (1) Preciso de esforço extra para fazer alguma coisa. (2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. (3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>Grupo 16:</p> <p>(0) Consigo dormir tão bem como o habitual. (1) Não durmo tão bem quanto costumava. (2) Acordo uma ou duas 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.</p>	<p>Grupo 17:</p> <p>(0) Não fico mais cansado do que o habitual. (1) Fico cansado mais facilmente do que costumava. (2) Fico cansado em fazer qualquer coisa. (3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>Grupo 18:</p> <p>(0) Meu apetite não está pior do que o habitual. (1) Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. (2) Meu apetite está muito pior agora. (3) Absolutamente não tenho mais apetite.</p> <p>Grupo 19:</p> <p>(0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum ultimamente. (1) Perdi mais de 2,5 Kg. (2) Perdi mais de 5,0 Kg. (3) Perdi mais de 7,0 Kg.</p> <p>Estou tentando perder peso, de propósito comendo menos:</p> <p>SIM () NÃO ()</p> <p>Grupo 20:</p> <p>(0) Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. (1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. (2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. (3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.</p> <p>Grupo 21:</p> <p>(0) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. (1) Estou menos interessado por sexo do que costumava. (2) Estou muito menos interessado por sexo agora. (3) Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	--

Anexo H7 – BAI

BAI (Beck Anxiety Inventory)

Nome: _____

Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista.

Identifique o quanto você está sendo incomodado por cada sintoma **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**, colocando um "X" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

SINTOMAS	ABSOLUTA MENTE Não	LEVE MENTE Não me incomodou muito	MODERADA, MENTE Foi muito desagradável, mas pode suportar	GRAVE MENTE Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				
	X2	X1	X2	X3

Anexo H8 – BHS

BHS (Beck Hopelessness Scale)	
Nome: _____		Data: / /

Este questionário consiste em 20 afirmações.
 Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma.
 Se a afirmação descreve a sua atitude na **ULTIMA SEMANA**, INCLUINDO **HOJE**, marque com um X sobre o "C", indicando **certo**, na mesma linha da afirmação.
 Se a afirmação não descreve a sua atitude, marque com um X sobre o "E", indicando **errado**, na mesma linha da afirmação. Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.

	CERTO	ERRADO
1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo.	C	E
2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.	C	E
3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.	C	E
4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.	C	E
5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.	C	E
6. No futuro, espero ter sucesso no que mais me interessa.	C	E
7. Meu futuro me parece negro.	C	E
8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum.	C	E
9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.	C	E
10. Minhas experiências passadas me preparam bem para o futuro.	C	E
11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.	C	E
12. Não espero conseguir o que realmente quero.	C	E
13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.	C	E
14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.	C	E
15. Tenho uma grandefé no futuro.	C	E
16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.	C	E
17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.	C	E
18. O futuro me parece vago e incerto.	C	E
19. Posso esperar mais tempos bons do que maus.	C	E
20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.	C	E

Anexo H9 – SCS (1/2)

SCS (Self Compassion Scale)

Nome: _____

Data: ____/____/____

COMO EU COSTUMO AGIR EM RELAÇÃO A MIM MESMO, QUANDO ESTOU EM DIFICULDADES.

Por favor, leia cada afirmação abaixo cuidadosamente antes de responder.

Circule o número (à direita) da frase que indique QUANTAS VEZES você se comporta da maneira indicada.

1. Sou muito severo(a) e crítico(a) com os meus defeitos e inadequações.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
2. Quando estou me sentindo "por baixo" tendo a ficar obcecado(a) e me fixar em tudo que está errado.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
3. Quando as coisas estão indo mal encaro as dificuldades como parte da vida, algo que acontece com todos.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
4. Quando penso nos meus defeitos, me sinto desligado(a) e isolado(a) do resto do mundo.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
5. Tento ser afetivo(a) comigo mesmo quando estou sofrendo emocionalmente.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
6. Quando fracasso em alguma coisa importante sou consumido(a) pelos meus sentimentos de incompetência.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
7. Quando me sinto completamente "por baixo", lembro que há muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
8. Quando passo por fases muito difíceis, tendo a ser duro(a) comigo mesmo(a).	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
9. Quando algo me perturba, tento manter o equilíbrio emocional.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
10. Quando me sinto incapaz, tento lembrar de que a maior parte das pessoas também tem sentimentos parecidos.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
11. Sou intolerante e impaciente em relação ao que não gosto na minha personalidade.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
12. Quando estou passando por um período muito difícil, dou a mim mesmo(a) os cuidados e a ternura que necessito.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre

Anexo H9 – SCS (2/2)

13. Quando me sinto "por baixo" penso que os outros são, provavelmente, mais felizes do que eu.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
14. Quando alguma coisa ruim acontece, tento manter uma perspectiva equilibrada da situação.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
15. Tento olhar para os meus defeitos como parte da condição humana.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
16. Quando noto aspectos em mim que não gosto, sou duro comigo mesmo(a).	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
17. Quando falho em alguma coisa importante tento não exagerar as proporções desse fracasso.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
18. Quando estou em dificuldades acho que para o outro as coisas são mais fáceis.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
19. Quando estou sofrendo sou bondoso(a) comigo mesmo(a).	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
20. Quando algo me perturba sou levado (a) pelas minhas emoções.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
21. Quando estou sofrendo tendo a ser frio(a) comigo mesmo(a).	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
22. Quando me sinto "por baixo", tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
23. Sou tolerante em relação aos meus defeitos e imperfeições.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
24. Quando alguma coisa ruim me acontece, exagero o que aconteceu.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
25. Quando falho em alguma coisa importante, me sinto sozinho(a) no meu fracasso.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.	Quase Nunca	1	2	3	4	5	Quase Sempre

Anexo H10 – OAS

OAS (*Other as a Shamer Scale*)

Nome:

Data:

Nós estamos interessados em como as pessoas pensam que os outros o veem. Abaixo está uma lista de frases descrevendo SENTIMENTOS ou EXPERIÊNCIAS sobre como você possa sentir que as outras pessoas o veem.

Leia cada frase cuidadosamente e circule o número à direita do item que indique a FREQUÊNCIA com que você se percebe sentindo ou experimentando o que está descrito na frase.

Use a escala:

0 – Nunca 1 – Raramente 2 – Às vezes 3 – Frequentemente 4 – Quase sempre

1. As pessoas me veem como não sendo bom (boa) o suficiente.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
2. As outras pessoas me olham "por cima".	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
3. As pessoas, muitas vezes, me colocam "para baixo".	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
4. Eu me sinto inseguro (a) sobre a opinião dos outros sobre mim.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
5. Os outros me veem como não estando à altura deles.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
6. Os outros me veem como pequeno (a) e insignificante.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
7. Os outros me veem como uma pessoa defeituosa.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
8. Sou visto como sem importância.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
9. As outras pessoas procuram pelos meus erros.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
10. Sou visto como alguém que busca a perfeição, mas que é incapaz de alcançar os meus objetivos.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
11. Os outros são capazes de ver os meus defeitos.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
12. Os outros são críticos e me castigam quando cometo um erro.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
13. As pessoas se afastam de mim quando eu cometo erros.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
14. Os outros sempre se lembram dos meus erros.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
15. Os outros me veem como frágil.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
16. Os outros me veem como vazio (a) e sem qualidades.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
17. Os outros acham que tem alguma coisa faltando em mim.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre
18. As outras pessoas acham que eu perdi o controle sobre o meu corpo e sentimentos.	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre

Anexo H11 – FSCS

FSCS (Function of Self Critical Scale)

Nome: _____

Data: / /

Pode haver várias razões do porque as pessoas se criticam e tem raiva de si mesmas. Leia cada frase abaixo cuidadosamente e circule o número a direita do item que MELHOR DESCREVA o quanto cada frase é VERDADEIRA sobre você. Use a escala:

0 – Nada a ver
comigo

1 – Só um pouco
como eu

2 – Moderadamente
como eu

3 – Muito a ver
comigo

4 – Tudo a ver
comigo

EU ME CRITICO E SINTO RAIVA DE MIM:

1. Para ter certeza que eu mantenho os meus padrões.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
2. Para parar de me sentir feliz.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
3. Para mostrar que eu me importo com meus erros.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
4. Porque ao me punir eu me sinto melhor.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
5. Para parar de ser preguiçoso.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
6. Para me machucar.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
7. Para me manter no controle.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
8. Para me punir pelos meus erros.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
9. Para enfrentar os sentimentos que não gosto em mim.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
10. Para tirar revanche numa parte de mim.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
11. Para evitar que eu fique superconfiante.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
12. Para evitar que eu fique com raiva dos outros.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
13. Para destruir uma parte de mim.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
14. Para me fazer concentrar.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
15. Para ganhar confiança dos outros.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
16. Para evitar que eu fique arrogante.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
17. Para prevenir vergonha no futuro.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
18. Para lembrar dos meus erros do passado.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
19. Para evitar que eu faça pequenos erros.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
20. Para lembrar minhas responsabilidades.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver
21. Para me alertar das coisas que eu odeio em mim.	Nada a ver	0	1	2	3	4	Tudo a ver

Se você pensar sobre quaisquer outras razões porque você se autocrítica, por favor, escreva abaixo:

Anexo H12 – ATQ (1/2)

ATQ (Automatic Thought Questionnaire)

Nome:

Data: / /

Aqui está uma lista de vários pensamentos que, às vezes, passam pelas cabeças das pessoas. Por favor, leia e indique com que frequência eles ocorreram com você na **ÚLTIMA SEMANA**:

1 - Nunca 2 – Raramente 3 - Às vezes 4 - Quase sempre 5- Sempre

1. Sou respeitado (a) pelos meus colegas.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
2. Eu me sinto como se estivesse lutando contra o mundo.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
3. Eu tenho bom senso de humor.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
4. Eu não estou bem.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
5. Meu futuro parece brilhante.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
6. Por que eu nunca sou bem-sucedido (a)?	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
7. Eu vou ter sucesso.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
8. Ninguém me entende.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
9. Eu me diverti na companhia de outras pessoas.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
10. Eu deixei as pessoas tristes.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
11. Eu estou de bom humor.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
12. Eu acho que não consigo continuar.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
13. Existem muitas pessoas que se preocupam comigo.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
14. Eu gostaria de ser uma pessoa melhor.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
15. Tenho orgulho das minhas qualidades.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
16. Eu sou tão fraco (a).	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
17. Eu vou terminar o que eu comecei.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
18. Minha vida não está como eu gostaria que ela estivesse.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
19. Eu tenho muitas qualidades.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
20. Eu estou muito desapontado (a) comigo.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
21. Sinto-me confortável com a minha vida.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
22. Atualmente nada parece bom.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
23. Eu me dou bem com as pessoas.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
24. Eu não consigo mais aguentar isso.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
25. Eu sou uma pessoa de sorte.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
26. Eu não consigo "me sentir familiar".	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
27. Eu tenho amigos que me apoiam.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre

Anexo H12 – ATQ (2/2)

28. O que há de errado comigo?	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
29. A vida é "empolgante".	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
30. Eu gostaria de estar em algum outro lugar.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
31. Eu gosto de desafios.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
32. Eu não consigo fazer mais de uma coisa ao mesmo tempo.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
33. Minha vida social é ótima.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
34. Eu me odeio.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
35. Eu não tenho nada com que me preocupar.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
36. Eu me sinto desprezado (a).	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
37. Estou tão relaxado (a) / tranquilo (a).	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
38. Eu gostaria de desaparecer/ sumir.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
39. Minha vida está fácil.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
40. O que é importante para mim?	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
41. Estou satisfeito (a) com minha aparência.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
42. Sou um (a) perdedor (a).	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
43. Eu me cuido bem.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
44. Minha vida é uma bagunça.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
45. Eu mereço sempre o melhor.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
46. Eu sou um fracasso.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
47. Dias ruins são raros.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
48. Eu nunca vou fazer isso.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
49. Eu tenho muitas qualidades úteis.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
50. Eu me sinto sem esperança.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
51. Não existe problema sem "solução / sem esperança".	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
52. Alguma coisa tem que mudar.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
53. Não vou desistir.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
54. Tem alguma coisa errada comigo.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
55. Eu guardo as minhas opiniões.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
56. Meu futuro é "frio/ ruim".	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
57. Minha vida "poderia ser" melhor.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
58. A situação não pode piorar.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
59. Atualmente "tenho terminado muitas coisas".	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
60. Eu não consigo terminar nada.	Nunca	1	2	3	4	5	Sempre

Anexo H13 – OQ-45 (1/2)

OQ45 (Outcome Questionnaire)

Nome:

Data:

Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere a **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**.
 Leia atentamente cada pergunta e assinala com um círculo a categoria que melhor descreve o seu estado atual.
Lembre-se: Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.
 Por favor, responda a todas as questões.

	Nunca	Rara-mente	Às vezes	Frequen-temente	Sempre
1. Eu me dou bem com os outros.	0	1	2	3	4
2. Eu me canso depressa.	0	1	2	3	4
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	0	1	2	3	4
4. Eu me sinto estressado (a) no trabalho.	0	1	2	3	4
5. Eu me culpo pelas coisas.	0	1	2	3	4
6. Eu me sinto irritado (a).	0	1	2	3	4
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante	0	1	2	3	4
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida	0	1	2	3	4
9. Eu me sinto fraco (a).	0	1	2	3	4
10. Eu me sinto assustado (a) / com medo.	0	1	2	3	4
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia [se não bebe, marque nunca].	0	1	2	3	4
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	0	1	2	3	4
13. Eu sou uma pessoa feliz.	0	1	2	3	4
14. Eu trabalho muito.	0	1	2	3	4
15. Eu me sinto sem valor.	0	1	2	3	4
16. Eu estou preocupado (a) com problemas familiares.	0	1	2	3	4
17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	0	1	2	3	4
18. Eu me sinto sozinho (a).	0	1	2	3	4
19. Eu discuto com frequência.	0	1	2	3	4
20. Eu me sinto amado (a) e querido (a).	0	1	2	3	4
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	0	1	2	3	4

Anexo H13 – OQ-45 (2/2)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	0	1	2	3	4
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	0	1	2	3	4
24. Eu gosto de mim.	0	1	2	3	4
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.	0	1	2	3	4
26. Fico incomodado (a) com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). [se não se aplica, marque nunca]	0	1	2	3	4
27. Eu tenho problemas de estômago.	0	1	2	3	4
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	0	1	2	3	4
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	0	1	2	3	4
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	0	1	2	3	4
31. Eu estou satisfeito (a) com a minha vida.	0	1	2	3	4
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. [se não se aplicar, marque nunca]	0	1	2	3	4
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	0	1	2	3	4
34. Eu tenho os músculos doloridos.	0	1	2	3	4
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de andar de ônibus, metrô, etc.	0	1	2	3	4
36. Eu me sinto nervoso (a).	0	1	2	3	4
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são tão satisfatórios e completos.	0	1	2	3	4
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	0	1	2	3	4
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	0	1	2	3	4
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	0	1	2	3	4
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	0	1	2	3	4
42. Eu me sinto triste.	0	1	2	3	4
43. Eu estou satisfeito (a) com meus relacionamentos com os outros.	0	1	2	3	4
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	0	1	2	3	4
45. Eu tenho dores de cabeça.	0	1	2	3	4

Anexo H14 – Fatores Grupais (1/2)

QSORT (Fatores Grupais)

Nome: _____

Data: / /

Este questionário consiste em 60 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, 3 ou 4) diante da afirmação que **DESCREVE MELHOR** como você se beneficiou com a participação neste grupo de terapia (o que foi **menos ÚTIL** ou **mais ÚTIL**).

1. Ajudar os outros do grupo me trouxe mais autorrespeito.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
2. Colocar as necessidades dos outros acima das minhas.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
3. Esquecer um pouco de mim e pensar em ajudar os outros.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
4. Dar uma parte de mim aos outros.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
5. Ajudar os outros a ser importante em suas vidas.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
6. Pertencer e ser aceito por um grupo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
7. Contato íntimo contínuo com outras pessoas.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
8. Revelar coisas embaraçosas sobre mim e ainda ser aceito pelo grupo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
9. Não me sentir mais só.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
10. Pertencer a um grupo de pessoas que me entenderam e aceitaram.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
11. Ver que não sou o único com meu tipo de problema. "Estamos todos no mesmo barco"	- útil 0 1 2 3 4 + útil
12. Ver que eu estava tão bem quanto os outros.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
13. Ver que os outros também têm alguns dos mesmos pensamentos e sentimentos "ruins" que eu tenho.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
14. Ver que os outros tiveram pais e origens tão infelizes e confusas quanto eu.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
15. Ver que não sou muito diferente das outras pessoas me deu a sensação de ser "bem-vindo à raça humana".	- útil 0 1 2 3 4 + útil
16. O grupo me falar do tipo de impressão que eu causo nos outros.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
17. Entender como os outros me enxergam.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
18. Outros membros me disserem honestamente o que pensam de mim.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
19. Os outros membros do grupo me falarem de alguns dos meus hábitos ou maneirismos que irritam as pessoas.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
20. Ver que, às vezes, eu confundo as pessoas por não dizer o que penso realmente.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
21. Melhorar minhas habilidades de relacionamento com as pessoas.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
22. Confiar mais no grupo e nas outras pessoas.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
23. Aprender sobre a forma como me relaciono com os outros do grupo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
24. O grupo me dar a oportunidade para aprender a me aproximar mais das pessoas.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
25. Resolver minhas dificuldades com um membro específico do grupo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
26. O doutor me sugerir ou aconselhar a fazer algo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
27. Os membros do grupo me sugerirem ou aconselharem a fazer algo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
28. Os membros do grupo me disserem o que fazer.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
29. Alguém do grupo dar sugestões definitivas sobre algum problema.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
30. Os membros do grupo me aconselharem a me comportar de maneira diferente, com uma pessoa importante em minha vida.	- útil 0 1 2 3 4 + útil

Anexo H14 – Fatores Grupais (2/2)

31. Botar tudo para fora.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
32. Expressar sentimentos negativos e/ou positivos para com outro membro.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
33. Expressar sentimentos negativos e/ou positivos para com o líder do grupo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
34. Aprender a expressar meus sentimentos.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
35. Ser capaz de dizer o que estava me incomodando, ao invés de retê-lo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
36. Tentar ser como alguém do grupo, que é mais bem adaptado do que eu.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
37. Ver que os outros conseguem revelar coisas embaraçosas, e correrem outros riscos e se beneficiarem com isso, me ajudou a fazer o mesmo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
38. Adotar maneirismos ou o estilo do outro membro do grupo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
39. Admirar e comportar-me como meu terapeuta.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
40. Encontrar alguém no grupo em quem eu possa me basear.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
41. Estar no grupo, de certa forma, era como reviver e entender a minha vida na família em que cresci.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
42. Estar no grupo ajudou-me a entender velhos problemas que eu tive no passado com os meus pais, irmãos, irmãs, ou outras pessoas importantes.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
43. Estar no grupo, de certa forma, era como estar em uma família, só que, desta vez, uma família mais solidária e compreensiva.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
44. Estar no grupo ajudou-me a entender como cresci em minha família.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
45. O grupo era como a minha família - alguns membros ou os terapeutas eram como meus pais e outros eram como os meus parentes. Por meio das experiências do grupo, entendi meus relacionamentos passados com meus pais e parentes (irmãos, irmãs, etc.).	- útil 0 1 2 3 4 + útil
46. Ver que tenho preferência e aversão por uma pessoa, por razões que pouco tem a ver com a pessoa, e mais a ver com meus problemas ou experiências com outras pessoas do passado.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
47. Aprender por que eu penso e me sinto assim (ou seja, identificar algumas das causas e fontes de meus problemas).	- útil 0 1 2 3 4 + útil
48. Descobrir e aceitar partes antes desconhecidas ou inaceitáveis de mim mesmo.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
49. Ver que reajo a certas pessoas ou situações de maneira irreal (com sentimentos que pertencem a algum período anterior de minha vida).	- útil 0 1 2 3 4 + útil
50. Ver que a maneira como me sinto e me comporto hoje, está relacionada com a minha infância e meu desenvolvimento (houve razões em minha vida para eu ser assim).	- útil 0 1 2 3 4 + útil
51. Ver os outros melhorando me inspirou.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
52. Conhecer outras pessoas que haviam resolvido problemas parecidos com os meus.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
53. Enxergar que outros haviam resolvido problemas semelhantes aos meus.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
54. Ver que outros membros do grupo melhoravam, me estimulava.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
55. Saber que o grupo havia ajudado outras pessoas com problemas como os meus, me incentivava.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
56. Reconhecer que a vida, às vezes, é injusta.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
57. Reconhecer que, essencialmente, não existe saída da própria vida e para a morte.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
58. Reconhecer que, não importa o quanto eu me aproxime de outras pessoas, ainda devo enfrentar a vida sozinho.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
59. Enfrentar as questões básicas de minha vida e da morte e, assim, viver minha vida de forma mais honesta e prender-me menos as trivialidades.	- útil 0 1 2 3 4 + útil
60. Aprender que devo assumir a responsabilidade pela maneira como levo a vida, não importa quanto apoio e orientação eu receba dos outros.	- útil 0 1 2 3 4 + útil

Anexo I – Diagrama CONSORT

Anexo J – Tabela 1: Dados Sociodemográficos

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos dos pacientes completadores do Grupo Apoio e Grupo Compaixão

Demográficos	Grupo Apoio (TA-G) (n=30)	Grupo Compaixão (TFC-G) (n=31)	TOTAL (n=61)	p
Media Idade ± DP	45.07 ± 12.13	41.74 ± 12.79	43.38 ± 12.48	0.302 ^a
Media Filhos ± DP	1.07 ± 1.08	0.94 ± 1.44	1 ± 1.27	0.689 ^a
Sexo n(%)				
Masculino	3 (10.0%)	4 (12.9%)	7 (11.5%)	0.722 ^b
Feminino	27 (90.0%)	27 (87.1%)	54 (88.5%)	
Faixa Etária n(%)				
Até 30 anos	6 (20.0%)	7 (22.6%)	13 (21.3%)	0.809 ^b
31 a 40 anos	7 (23.3%)	9 (29.0%)	16 (26.2%)	
41 a 50 anos	4 (13.3%)	6 (19.4%)	10 (16.4%)	
51 a 60 anos	11 (36.7%)	7 (22.6%)	18 (29.5%)	
Acima de 60 anos	2 (6.7%)	2 (6.5%)	4 (6.6%)	
Estado Civil n(%)				
Solteiro	13 (43.3%)	16 (51.6%)	29 (47.5%)	0.653 ^b
Casado/União estavel	10 (33.3%)	10 (32.3%)	20 (32.8%)	
Divorciado/Separado	6 (20.0%)	3 (9.7%)	9 (14.8%)	
Viuvo	1 (3.3%)	2 (6.5%)	3 (4.9%)	
Renda Familiar n(%)				
Menos de 3 SM	16 (53.3%)	19 (61.3%)	35 (57.4%)	0.533 ^b
Entre 3 a 4 SM	1 (3.3%)	3 (9.7%)	4 (6.6%)	
Entre 5 a 6 SM	5 (16.7%)	4 (12.9%)	9 (14.8%)	
Mais de 7 SM	4 (13.3%)	4 (12.9%)	8 (13.1%)	
Não declarou	4 (13.3%)	1 (3.2%)	5 (8.2%)	
Escolaridade n(%)				
E. Fundamental 1	0 (0.0%)	2 (6.5%)	2 (3.3%)	0.339 ^b
E. Fundamental 2	0 (0.0%)	2 (6.5%)	2 (3.3%)	
E. Médio	9 (30.0%)	7 (22.6%)	16 (26.2%)	
E. Superior	14 (46.7%)	12 (38.7%)	26 (42.6%)	
Pós-Graduação	6 (20.0%)	8 (25.8%)	14 (23.0%)	
Não declarou	1 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	
Religião n(%)				
Católica	12 (40.0%)	12 (38.7%)	24 (39.3%)	0.936 ^b
Cristã	1 (3.3%)	2 (6.5%)	3 (4.9%)	
Evangélica	3 (10.0%)	3 (9.7%)	6 (9.8%)	
Espírita	6 (20.0%)	7 (22.6%)	13 (21.3%)	
Outra religião	2 (6.7%)	1 (3.2%)	3 (4.9%)	
Sem religião	5 (16.7%)	6 (19.4%)	11 (18.0%)	
Não declarou	1 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	

DP: Desvio padrão, SM: Salário Mínimo

a: Significância estatística entre as médias das variáveis demográficas e os dois grupos mediante o teste t-student

b: Significância estatística entre as frequências das variáveis demográficas e os dois grupos mediante o teste Chi-quadrado

Anexo K1 - Gráfico 1: CAPS-5, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K2 - Gráfico 2: DTS, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K3 - Gráfico 3: BDI, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K4 - Gráfico 4: BAI, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K5 - Gráfico 5: BHS, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K6 - Gráfico 6: SCS, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K7 - Gráfico 7: OAS, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K8 - Gráfico 8: FSCS, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K9 - Gráfico 9: ATQ-N, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K10 - Gráfico 10: ATQ-P, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo K11 - Gráfico 11: OQ-45, nos 2 grupos, nos 3 tempos

Anexo L – Correlação das Escalas no grupo total de pacientes

Correlação das escalas para o grupo geral (n=61), nos 3 tempos

T-1	CAPS5	DTS1	BDI1	BAI1	BHS1	SCS1	FSCS1	OAS1	ATQP1	ATQN1	OQ1
CAPS1	1,000										
DTS1	,558**	1,000									
BDI1	,553**	,650**	1,000								
BAI1	,498**	,710**	,682**	1,000							
BHS1	,589**	,583**	,792**	,579**	1,000						
SCS1	-,405**	-,350**	-,567**	-,403**	-,728**	1,000					
FSCS1	,170	,288*	,406**	,387**	,447**	-,509**	1,000				
OAS1	,290*	,473**	,614**	,532**	,644**	-,663**	,690**	1,000			
ATQP1	-,423**	-,307*	-,649**	-,470**	-,750**	,664**	-,227	-,475**	1,000		
ATQN1	,576**	,536**	,747**	,587**	,811**	-,645**	,544**	,724**	-,608**	1,000	
OQ1	,498**	,786**	,681**	,706**	,560**	-,377**	,432**	,561**	-,370**	,638**	1,000
T-2	CAPS2	DTS2	BDI2	BAI2	BHS2	SCS2	FSCS2	OAS2	ATQP2	ATQN2	OQ2
CAPS2	1,000										
DTS2	,841**	1,000									
BDI2	,702**	,648**	1,000								
BAI2	,804**	,774**	,663**	1,000							
BHS2	,553**	,594**	,760**	,616**	1,000						
SCS2	-,589**	-,559**	-,687**	-,511**	-,641**	1,000					
FSCS2	,529**	,510**	,387**	,485**	,402**	-,433**	1,000				
OAS2	,574**	,538**	,591**	,570**	,573**	-,680**	,610**	1,000			
ATQP2	-,543**	-,537**	-,776**	-,598**	-,745**	,690**	-,269*	-,594**	1,000		
ATQN2	,708**	,654**	,810**	,628**	,769**	-,705**	,408**	,617**	-,683**	1,000	
OQ2	,806**	,825**	,589**	,737**	,565**	-,537**	,565**	,554**	-,443**	,719**	1,000
T-3	CAPS3	DTS3	BDI3	BAI3	BHS3	SCS3	FSCS3	OAS3	ATQP3	ATQN3	OQ3
CAPS3	1,000										
DTS3	,889**	1,000									
BDI3	,789**	,815**	1,000								
BAI3	,800**	,826**	,816**	1,000							
BHS3	,635**	,713**	,750**	,644**	1,000						
SCS3	-,572**	-,587**	-,645**	-,554**	-,670**	1,000					
FSCS3	,456**	,370**	,378**	,467**	,296*	-,394**	1,000				
OAS3	,593**	,599**	,660**	,627**	,677**	-,692**	,501**	1,000			
ATQP3	-,567**	-,604**	-,711**	-,640**	-,809**	,700**	-,207	-,707**	1,000		
ATQN3	,674**	,735**	,805**	,683**	,824**	-,662**	,386**	,799**	-,747**	1,000	
OQ3	,818**	,844**	,723**	,780**	,611**	-,502**	,502**	,600**	-,474**	,672**	1,000

Anexo M – Correlação das Escalas no grupo de apoio

Correlação das escalas para o grupo Terapia de Apoio (n=30), nos 3 tempos

T-1	CAPS5	DTS1	BDI1	BAI1	BHS1	SCS1	FSCS1	OAS1	ATQP1	ATQN1	OQ1
CAPS1	1,000										
DTS1	,531**	1,000									
BDI1	,592**	,619**	1,000								
BAI1	,540**	,796**	,677**	1,000							
BHS1	,578**	,564**	,895**	,658**	1,000						
SCS1	-,381*	-,411*	-,648**	-,446*	-,738**	1,000					
FSCS1	,155	,287	,403*	,287	,404*	-,445*	1,000				
OAS1	,290	,505**	,614**	,543**	,629**	-,630**	,730**	1,000			
ATQP1	-,298	-,220	-,605**	-,369*	-,684**	,700**	-,065	-,394*	1,000		
ATQN1	,635**	,441*	,731**	,576**	,847**	-,683**	,449*	,722**	-,532**	1,000	
OQ1	,578**	,759**	,600**	,695**	,610**	-,477**	,400*	,637**	-,305	,576**	1,000
T-2	CAPS2	DTS2	BDI2	BAI2	BHS2	SCS2	FSCS2	OAS2	ATQP2	ATQN2	OQ2
CAPS2	1,000										
DTS2	,774**	1,000									
BDI2	,656**	,592**	1,000								
BAI2	,808**	,775**	,719**	1,000							
BHS2	,624**	,566**	,806**	,753**	1,000						
SCS2	-,525**	-,449*	-,721**	-,605**	-,664**	1,000					
FSCS2	,474**	,356	,267	,406*	,344	-,331	1,000				
OAS2	,546**	,500**	,479**	,575**	,521**	-,587**	,609**	1,000			
ATQP2	-,620**	-,599**	-,751**	-,762**	-,825**	,752**	-,243	-,527**	1,000		
ATQN2	,713**	,598**	,758**	,716**	,796**	-,720**	,456*	,644**	-,654**	1,000	
OQ2	,740**	,785**	,573**	,814**	,607**	-,499**	,578**	,630**	-,534**	,733**	1,000
T-3	CAPS3	DTS3	BDI3	BAI3	BHS3	SCS3	FSCS3	OAS3	ATQP3	ATQN3	OQ3
CAPS3	1,000										
DTS3	,863**	1,000									
BDI3	,785**	,793**	1,000								
BAI3	,816**	,867**	,783**	1,000							
BHS3	,640**	,683**	,751**	,711**	1,000						
SCS3	-,493**	-,538**	-,654**	-,561**	-,712**	1,000					
FSCS3	,439*	,284	,248	,384*	,216	-,256	1,000				
OAS3	,547**	,532**	,690**	,596**	,649**	-,698**	,414*	1,000			
ATQP3	-,592**	-,595**	-,687**	-,564**	-,889**	,677**	,032	-,576**	1,000		
ATQN3	,630**	,610**	,769**	,675**	,809**	-,709**	,447*	,835**	-,696**	1,000	
OQ3	,807**	,789**	,679**	,779**	,563**	-,443*	,510**	,676**	-,444*	,639**	1,000

Anexo N – Correlação das Escalas no grupo da compaixão

Correlação das escalas para o grupo da Terapia da Compaixão (n=31), nos 3 tempos

T-1	CAPS5	DTS1	BDI1	BAI1	BHS1	SCS1	FSCS1	OAS1	ATQP1	ATQN1	OQ1
CAPS1	1,000										
DTS1	,570**	1,000									
BDI1	,550**	,770**	1,000								
BAI1	,418*	,657**	,606**	1,000							
BHS1	,563**	,606**	,713**	,465**	1,000						
SCS1	-,423*	-,299	-,491**	-,347	-,739**	1,000					
FSCS1	,176	,323	,469**	,537**	,542**	-,626**	1,000				
OAS1	,294	,474**	,635**	,559**	,676**	-,682**	,677**	1,000			
ATQP1	-,587**	-,491**	-,642**	-,506**	-,872**	,651**	-,545**	-,570**	1,000		
ATQN1	,541**	,644**	,784**	,569**	,807**	-,630**	,694**	,725**	-,719**	1,000	
OQ1	,428*	,840**	,762**	,681**	,518**	-,287	,483**	,526**	-,452*	,711**	1,000
T-2	CAPS2	DTS2	BDI2	BAI2	BHS2	SCS2	FSCS2	OAS2	ATQP2	ATQN2	OQ2
CAPS2	1,000										
DTS2	,852**	1,000									
BDI2	,730**	,679**	1,000								
BAI2	,795**	,646**	,565**	1,000							
BHS2	,562**	,607**	,808**	,482**	1,000						
SCS2	-,677**	-,619**	-,643**	-,378*	-,623**	1,000					
FSCS2	,577**	,587**	,446*	,537**	,489**	-,518**	1,000				
OAS2	,642**	,565**	,695**	,565**	,639**	-,702**	,578**	1,000			
ATQP2	-,547**	-,438*	-,807**	-,464**	-,681**	,647**	-,316	-,676**	1,000		
ATQN2	,695**	,692**	,852**	,495**	,767**	-,675**	,337	,613**	-,699**	1,000	
OQ2	,819**	,828**	,606**	,617**	,599**	-,652**	,525**	,593**	-,441*	,710**	1,000
T-3	CAPS3	DTS3	BDI3	BAI3	BHS3	SCS3	FSCS3	OAS3	ATQP3	ATQN3	OQ3
CAPS3	1,000										
DTS3	,875**	1,000									
BDI3	,837**	,835**	1,000								
BAI3	,752**	,753**	,870**	1,000							
BHS3	,625**	,753**	,723**	,630**	1,000						
SCS3	-,573**	-,590**	-,616**	-,539**	-,667**	1,000					
FSCS3	,476**	,403*	,507**	,534**	,385*	-,503**	1,000				
OAS3	,704**	,692**	,631**	,651**	,707**	-,637**	,601**	1,000			
ATQP3	-,621**	-,679**	-,736**	-,721**	-,768**	,742**	-,400*	-,815**	1,000		
ATQN3	,739**	,871**	,815**	,700**	,864**	-,651**	,387*	,757**	-,825**	1,000	
OQ3	,781**	,852**	,761**	,741**	,671**	-,585**	,505**	,593**	-,558**	,742**	1,000

Anexo O – Resultados das subescalas SCS CAPS-5 e OQ-45

Resultados ANOVA das subescalas de Autocompaixão (SCS), TEPT (CAPS-5) e Resultados em psicoterapia (OQ-45)

	Grupo Controle TA-G (n=30)				Grupo Experimental TFC-G (n=31)				TOTAL (n=61)		
	T-1	T-2	T-3	Total	T-1	T-2	T-3	Total	T-1	T-2	T-3
Compaixão											
SCS1-Bondade	2,18	2,78	2,75	2,57	2,28	2,81	2,75	2,61	2,23	2,79	2,75
SCS2-Autocrítica	3,63	3,20	3,09	3,30	3,81	3,21	3,12	3,38	3,72	3,21	3,10
SCS3-Humanidade	2,63	3,13	2,99	2,91	2,44	3,03	2,94	2,81	2,53	3,08	2,97
SCS4-Isolamento	3,78	3,14	3,13	3,35	3,85	3,32	3,23	3,47	3,82	3,23	3,18
SCS5-Atenção Plena	2,57	3,01	2,74	2,77	2,53	3,17	2,95	2,88	2,55	3,09	2,85
SCS6-Sobreidentifica.	3,64	3,20	2,98	3,27	3,40	3,10	2,98	3,16	3,52	3,15	2,98
Trauma											
CAPS5-Critério B	11,83	8,50	17,90	12,74	11,52	6,52	6,13	8,05	11,67	7,49	11,92
CAPS5-Critério C	5,63	4,07	3,93	4,54	5,58	2,90	2,77	3,75	5,61	3,48	3,34
CAPS5-Critério D	16,10	11,67	10,87	12,88	15,39	9,10	8,35	10,95	15,74	10,38	9,61
CAPS5-Critério E	11,73	9,90	9,93	10,52	10,90	7,13	7,61	8,55	11,32	8,51	8,77
Resultados											
OQ45-Sintomático	57,60	48,80	49,47	51,96	86,48	74,94	75,71	79,04	72,04	61,87	62,59
OQ45-Interpessoal	24,57	22,20	22,53	23,10	53,65	52,32	52,06	52,68	39,11	37,26	37,30
OQ45-Papel Social	15,80	15,30	15,33	15,48	48,13	44,29	44,97	45,80	31,96	29,80	30,15

		SCS1-Bondade	SCS2-Auto crítica	SCS3-Humanidade	SCS4-Isolamento	SCS5-Atenção Plena	SCS6-Sobre-identifica.	CAPS5-Critério B	CAPS5-Critério C	CAPS5-Critério D	CAPS5-Critério E	OQ45-Sintomático	OQ45-Interpessoal	OQ45-Papel Social
Grupo	gl	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	F	,042	,145	,271	,238	,356	,403	8,904	6,6	3,226	4,099	,746	,849	,880
	p	0,838	0,705	,604	,627	,553	,528	0,004*	0,013*	,078	0,047*	,391	,360	,352
Tempo	gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	F	10,359	13,502	9,001	16,206	10,360	10,983	6,158	32,508	28,629	9,477	24,145	3,429	8,045
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,003*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,036*	0,001*
Grupo*Tempo	gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	F	,065	,257	,125	,116	,593	,550	9,361	2,081	,715	1,018	,454	,211	4,660
	p	0,938	0,774	,882	,890	,554	,578	0,000*	0,122	0,491	0,364	,636	,810	0,011*

* Significativa ao 5%

Anexo P – Correlação das subescalas SCS CAPS-5 e OQ-45

Correlação entre as subescalas de autocompaixão (SCS), TEPT (CAPS-5) e resultados em psicoterapia (OQ-45)

T-1	SCS1- Bondade	SCS2- Auto- crítica	SCS3- Huma- nidade	SCS4- Isola- mento	SCS5- Atenção Plena	SCS6- Sobre- identifica	CAPS5- Critério B	CAPS5- Critério C	CAPS5- Critério D	CAPS5- Critério E	OQ45- Sinto- mático	OQ45- Inter- pessoal	OQ45- Papel Social
SC S1-Bondade							-0,11	-,376*	-,395*	-,515**	-0,19	0,15	-0,13
SC S2-Autocrítica							0,33	0,18	0,21	,564**	0,33	0,04	0,05
SC S3-Humanidade							0,00	-0,35	-0,25	-,508**	-0,15	0,17	-0,10
SC S4-Isolamento							0,05	,377*	,468**	,478**	0,34	0,00	0,26
SC S5-Atenção Plena							-0,03	-0,17	-0,19	-0,27	-0,17	0,17	-0,11
SC S6-Sobreidentificação							-0,19	,415*	0,31	0,18	0,20	-0,03	0,27
CAPS5-Critério B	-0,08	0,32	0,02	0,04	0,13	-0,10					,473**	0,23	0,03
CAPS5-Critério C	-,378*	0,23	0,11	0,23	-0,06	0,02					0,10	0,23	0,05
CAPS5-Critério D	-0,25	0,08	-0,17	0,32	-0,11	0,22					0,10	-0,05	0,09
CAPS5-Critério E	-0,34	,398*	-0,12	0,28	-0,14	0,29					,454*	0,16	-0,08
OQ45-Sintomático	-0,30	,584**	-,362*	,510**	-0,25	,427*	,559**	0,32	0,32	,412*			
OQ45-Interpessoal	-0,03	0,29	-0,11	0,22	-0,02	0,06	,473**	0,29	0,21	,453*			
OQ45-Papel Social	-0,16	0,29	-0,24	,440*	-0,18	0,22	-0,06	0,20	-0,04	0,19			

T-2	SCS1- Bondade	SCS2- Auto- crítica	SCS3- Huma- nidade	SCS4- Isola- mento	SCS5- Atenção Plena	SCS6- Sobre- identif.	CAPS5- Critério B	CAPS5- Critério C	CAPS5- Critério D	CAPS5- Critério E	OQ45- Sinto- mático	OQ45- Inter- pessoal	OQ45- Papel Social
SC S1-Bondade	1,00						-0,34	-0,27	-,406*	-,424*	-,381*	-0,28	-0,08
SC S2-Autocrítica		1,00					,580**	,552**	,405*	,473**	,612**	,421*	0,17
SC S3-Humanidade			1,00				-0,27	-0,23	-0,16	-0,29	-0,23	-0,10	-0,04
SC S4-Isolamento				1,00			,495**	0,28	,466**	,425*	,578**	0,34	0,19
SC S5-Atenção Plena					1,00		-,365*	-0,34	-0,22	-0,21	-0,25	-0,02	-0,04
SC S6-Sobreidentificação						1,00	,384*	0,20	,479**	0,30	,605**	,615**	,581**
CAPS5-Critério B	-0,11	,391*	-0,20	,468**	-0,07	0,32	1,00				,743**	,371*	0,34
CAPS5-Critério C	-0,05	0,22	-0,16	0,28	-0,09	0,32		1,00			,494**	0,30	0,20
CAPS5-Critério D	-0,32	,553**	-0,36	,581**	-0,24	,506**			1,00		,717**	,462**	0,28
CAPS5-Critério E	-,392*	,527**	-0,35	,688**	-0,36	,622**				1,00	,691**	,522**	0,22
OQ45-Sintomático	-0,31	,601**	-0,22	,666**	-,377*	,477**	,595**	,366*	,699**	,693**	1,00		
OQ45-Interpessoal	-0,01	,581**	0,26	,419*	0,03	0,26	,387*	0,31	0,31	,440*		1,00	
OQ45-Papel Social	0,00	,448*	0,19	,499**	-0,02	,368*	,458*	0,28	0,33	,470**			1,00

T-3	SCS1- Bondade	SCS2- Auto- crítica	SCS3- Huma- nidade	SCS4- Isola- mento	SCS5- Atenção Plena	SCS6- Sobre- identif.	CAPS5- Critério B	CAPS5- Critério C	CAPS5- Critério D	CAPS5- Critério E	OQ45- Sinto- mático	OQ45- Inter- pessoal	OQ45- Papel Social
SC S1-Bondade							-,492**	-,356*	-,428*	-,554**	-,413*	-0,15	-,380*
SC S2-Autocrítica							0,23	0,02	0,32	,464**	,378*	0,34	0,22
SC S3-Humanidade							-,433*	-0,20	-,394*	-,488**	-,355*	0,00	-0,29
SC S4-Isolamento							,434*	0,14	,528**	,462**	,648**	0,21	,401*
SC S5-Atenção Plena							-,464**	-0,29	-,497**	-,541**	-,366*	-0,15	-,454*
SC S6-Sobreidentificação							0,29	0,15	,385*	0,29	0,34	0,34	,421*
CAPS5-Critério B	-0,33	0,29	-0,29	,458*	-,397*	0,34					,680**	0,20	,454*
CAPS5-Critério C	-0,32	0,18	-0,15	0,21	-0,27	0,02					,368*	0,06	0,34
CAPS5-Critério D	-0,33	0,23	-,364*	,424*	-,399*	0,33					,719**	0,26	,499**
CAPS5-Critério E	-,411*	,415*	-,479**	,540**	-,546**	,666**					,691**	0,34	0,28
OQ45-Sintomático	-,407*	,420*	-,361*	,595**	-,466**	,612**	,777**	,447*	,853**	,862**			
OQ45-Interpessoal	0,00	0,21	0,14	0,09	0,01	0,31	0,27	0,03	0,28	,421*			
OQ45-Papel Social	0,01	0,13	0,34	0,07	0,04	0,17	0,23	0,19	0,34	0,28			

* Significativa ao 5%

Anexo Q – Correlação entre as subescalas SCS CAPS-5 e OQ-45

Correlação entre as 6 subescalas de autocompaixão (SCS) e os 12 fatores grupais, depois da terapia (T-2) e no seguimento (T-3) - Total (n=61)													
T-2	1. Altíssimo	2. Coesão grupal	3. Universalidade	4. Aprendizagem interpessoal	5. Aprendizagem intrapessoal	6. Orientação	7. Ceteros	8. Identificação	9. Redefinição familiar	10. Auto-compreensão	11. Insituação esperança	12. Fatores existenciais	Total Geral
1-Bondade	-.028	.180	.233	.385**	.336**	.229	.203	.292*	.170	.302*	.349**	.074	.292*
2-Autocrítica	.192	-.088	.155	.021	.006	.085	.111	.057	-.005	.081	-.149	.136	.085
3-Humanidade	.080	.226	.245	.385**	.425**	.332**	.262*	.292*	.295*	.374**	.454**	.086	.385**
4-Isolamento	.153	.081	.166	.036	.123	.040	.152	.159	-.015	.078	-.072	.166	.138
5-Atenção Plena	-.020	.307*	.191	.297*	.438**	.309*	.291*	.277*	.353**	.379**	.415**	.069	.332**
6-Sobreidentificação	.217	.118	.051	.053	.057	.136	.081	.157	.135	.050	.066	.229	.151
Total SCS	-.119	.102	.059	.202	.208	.115	.054	.101	.136	.173	.291*	-.065	.128
T-3	1. Altíssimo	2. Coesão grupal	3. Universalidade	4. Aprendizagem interpessoal	5. Aprendizagem intrapessoal	6. Orientação	7. Ceteros	8. Identificação	9. Redefinição familiar	10. Auto-compreensão	11. Insituação esperança	12. Fatores existenciais	Total Geral
1-Bondade	.075	.134	.275*	.316*	.284*	.158	.082	.193	.201	.239	.247	.287*	.251
2-Autocrítica	.084	.013	.061	-.219	-.163	.059	-.092	-.163	.022	-.089	-.044	-.180	-.080
3-Humanidade	.148	.220	.386**	.365**	.409**	.169	.249	.205	.245	.354**	.317*	.362**	.348**
4-Isolamento	.082	.060	.023	-.041	.020	.135	.020	.183	.090	.039	-.060	.037	.090
5-Atenção Plena	.074	.128	.258*	.211	.213	.024	-.027	.083	.175	.168	.120	.228	.168
6-Sobreidentificação	.114	.050	.016	-.056	-.069	.153	-.002	.069	.077	.010	.008	-.056	.075
Total SCS	.001	.089	.157	.221	.227	.013	.086	.088	.084	.148	.171	.219	.139
Correlação entre as 6 subescalas de autocompaixão (SCS) e os 12 fatores grupais, depois da terapia (T-2) e no seguimento (T-3) - Grupo de Apoio (n=36)													
T-2	1. Altíssimo	2. Coesão grupal	3. Universalidade	4. Aprendizagem interpessoal	5. Aprendizagem intrapessoal	6. Orientação	7. Ceteros	8. Identificação	9. Redefinição familiar	10. Auto-compreensão	11. Insituação esperança	12. Fatores existenciais	Total Geral
1-Bondade	-.047	.175	.377*	.584**	.306	.332	.117	.251	.053	.336	.336	.147	.318
2-Autocrítica	.193	-.059	.105	.011	.154	-.134	.301	.221	.156	.220	-.133	.143	.220
3-Humanidade	.281	.297	.581**	.591**	.487**	.458*	.368*	.385*	.396*	.478**	.492**	.181	.533**
4-Isolamento	.116	-.149	-.019	-.183	.101	-.193	.190	.156	-.041	.055	-.141	.053	.076
5-Atenção Plena	.114	.367*	.419*	.591**	.487**	.438*	.297	.292	.308	.526**	.386*	.214	.477**
6-Sobreidentificação	-.019	-.178	-.214	-.333	-.161	-.239	-.060	-.027	-.025	-.176	-.229	-.043	-.122
Total SCS	.028	.274	.296	.489**	.260	.383*	.038	.113	.180	.257	.403*	.090	.247
T-3	1. Altíssimo	2. Coesão grupal	3. Universalidade	4. Aprendizagem interpessoal	5. Aprendizagem intrapessoal	6. Orientação	7. Ceteros	8. Identificação	9. Redefinição familiar	10. Auto-compreensão	11. Insituação esperança	12. Fatores existenciais	Total Geral
1-Bondade	.262	.222	.417*	.444*	.333	.334	.200	.179	.237	.227	.196	.321	.347
2-Autocrítica	-.132	.051	.107	-.332	-.265	-.123	-.128	-.156	.151	.050	-.087	-.210	-.088
3-Humanidade	.398*	.537**	.683**	.577**	.487**	.369*	.495**	.328	.497**	.495**	.507**	.498**	.606**
4-Isolamento	-.095	-.123	-.152	-.167	-.050	-.002	-.092	.162	-.107	.038	-.062	-.009	-.012
5-Atenção Plena	.302	.364*	.536**	.368*	.279	.250	.155	.191	.333	.211	.207	.280	.357
6-Sobreidentificação	-.061	.010	-.062	-.183	-.118	.049	-.142	.106	.063	.133	.003	-.174	.055
Total SCS	.252	.253	.305	.384*	.308	.227	.213	.113	.178	.133	.205	.291	.261
Correlação entre as 6 subescalas de autocompaixão (SCS) e os 12 fatores grupais, depois da terapia (T-2) e no seguimento (T-3) - Grupo da Compaixão (n=31)													
T-2	1. Altíssimo	2. Coesão grupal	3. Universalidade	4. Aprendizagem interpessoal	5. Aprendizagem intrapessoal	6. Orientação	7. Ceteros	8. Identificação	9. Redefinição familiar	10. Auto-compreensão	11. Insituação esperança	12. Fatores existenciais	Total Geral
1-Bondade	0.004	0.21	0.126	0.197	0.303	0.044	0.256	0.322	0.282	0.229	.377*	-0.026	0.179
2-Autocrítica	0.176	-0.062	0.181	-0.006	-0.163	0.324	-0.083	-0.092	-0.205	-0.068	-0.24	0.136	0.002
3-Humanidade	-0.181	0.169	-0.053	0.209	0.349	0.129	0.089	0.149	0.173	0.214	.407*	-0.015	0.188
4-Isolamento	0.171	0.298	0.309	0.239	0.189	0.346	0.176	0.119	0.022	0.15	-0.018	.379*	0.311
5-Atenção Plena	-0.143	0.22	-0.024	0.042	0.326	0.137	0.259	0.232	.373*	0.201	.446*	-0.099	0.167
6-Sobreidentificação	.385*	.412*	0.325	.385*	0.284	.473**	0.218	0.32	0.241	0.254	0.239	.501**	.440*
Total SCS	-0.241	-0.025	-0.159	-0.055	0.14	-0.216	0.041	0.073	0.127	0.078	0.243	-0.239	-0.056
T-3	1. Altíssimo	2. Coesão grupal	3. Universalidade	4. Aprendizagem interpessoal	5. Aprendizagem intrapessoal	6. Orientação	7. Ceteros	8. Identificação	9. Redefinição familiar	10. Auto-compreensão	11. Insituação esperança	12. Fatores existenciais	Total Geral
1-Bondade	-0.11	0.025	0.128	0.163	0.191	-0.003	-0.019	0.253	0.156	0.253	0.284	0.216	0.154
2-Autocrítica	0.344	-0.038	-0.052	-0.173	-0.083	0.208	-0.173	-0.25	-0.132	-0.292	-0.018	-0.179	-0.11
3-Humanidade	-0.131	-0.053	0.104	0.189	0.307	-0.03	0.082	0.123	0.033	0.21	0.156	0.246	0.097
4-Isolamento	0.24	0.225	0.195	0.081	0.112	0.266	0.071	0.168	0.245	0.074	-0.045	0.097	0.192
5-Atenção Plena	-0.143	-0.114	-0.031	0.101	0.16	-0.157	-0.136	0.038	0.049	0.123	0.034	0.19	0.011
6-Sobreidentificação	0.292	0.063	0.054	0.032	-0.048	0.206	0.005	-0.003	0.077	-0.125	-0.008	-0.009	0.057
Total SCS	-0.227	-0.015	0.028	0.081	0.152	-0.123	0.049	0.146	0.001	0.182	0.16	0.159	0.053

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-III. São Paulo: Manole; 1980.

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Araújo A, Lotufo FN. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2014;16(1):67-82.

Beaumont E, Galpin A, Jenkins P. Being kinder to myself: a prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training 2012 Available from: <http://self-compassion.org/UTserver/pubs/Being%20Kinder%20to%20Myself%20Research%20Paper%20March%202012.pdf>.

Beck JG, McNiff J, Clapp JD, Olsen SA, Avery ML, Hagewood JH. Exploring negative emotion in women experiencing intimate partner violence: shame, guilt, and PTSD. *Behav Ther*. 2011;42(4):740-50.

Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013;52(2):199-214.

Brown B, Crawford P, Gilbert P, Gilbert J, Gale C. Practical compassions: repertoires of practice and compassion talk in acute mental healthcare. *Sociol Health Illn*. 2015;36(3):383-99.

Budden A. The role of shame in posttraumatic stress disorder: a proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Soc Sci Med*. 2009;69(7):1032-9.

Carvalho LF, Rocha GMA. Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*. 2009;14(3):309-16.

Costa J, Marôco J, Pinto-Gouveia J, Ferreira C, Castilho P. Validation of the psychometric properties of the self-compassion scale. testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clin Psychol Psychother*. 2015;23(5):460-8.

Cunha JA. Manual da versão em português das ESCALAS BECK. Itatiba: Casapsi; 2001. 171 p.

Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 1997;27(1):153-60.

Fricchione GL. Compassion and healing in medicine and society: on the nature and use of attachment solutions to separation challenges. Maryland: Johns Hopkins University Press; 2011. 552 p.

Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2012;21(1):1-12.

Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol*. 2013;69(8):856-67.

Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JN, Irons C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *Br J Clin Psychol*. 2004;43(Pt 1):31-50.

Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother*. 2006;13(6):353-79.

Gilbert P. Compassion-Focused Therapy. In: Dryden W, editor. *Cognitive behaviour therapies*. London: SAGE Publications; 2013.

Gilbert P. *Compassion Focused Therapy: the CBT distinctive features Series*. New York: Routledge; 2010. 248 p.

Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009;15:199-208.

Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6-41.

Gilbert P. The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clin Psychol Psychother*. 2000;7(3):174-89.

Gilbert P. Workshop: introdução à terapia focada na compaixão e técnicas. In: *I Congresso Sul-Brasileiro de Terapias Integradas de 3ª Onda*; 2015.

Goss K, Gilbert P, Allan S. An exploration of shame measures - I: the other as Shamer scale. 1994;17(5):713-7.

Harman R, Lee D. The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress

disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2010;17(1):13-24.

Hofmann SG, Asmundson GJ, Beck AT. The science of cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):199-212.

Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thought questionnaire. *Cognit Ther Res*. 1980; 42(4):468-82.

Ingram RE, Wisnicki KS. Assessment of positive automatic cognition. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):898-902.

Jolly JB, Wiesner DC. Psychometric properties of the automatic thoughts questionnaire: positive with inpatient adolescents. *Cognit Ther Res*. 1996;20(5):481-98.

Kelly AC, Carter JC, Borairi S. Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *Int J Eat Disord*. 2014;47(1):54-64.

Kim J, Talbot NL, Cichetti D. Childhood abuse and current interpersonal conflict: the role of shame. *Child Abuse Negl*. 2009;33(6):362-71.

Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol Med*. 2015;45(5):927-45.

Lee DA, James S. The compassionate-mind guide to recovering from trauma and PTSD: using compassion-focused therapy to overcome flashbacks, shame, guilt, and fear. Oakland: New Harbinger Publications; 2013. 224 p.

Lee DA, Scragg P, Turner S. The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol*. 2001;74(Pt 4):451-66.

Lee DA. ISTSS | Using Compassion-Focused Therapy to Work with Shame-Based Flashbacks in PTSD. 2014. Available from: http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=Expert_Training_ISTSS_Conferences&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=4783.

Lee DA. Using Compassionate Imagery in Shame Based Flashbacks in PTSD - Type I and Type II trauma flashbacks - Deborah-Lee-workshop.pdf. 2009.

Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother*. 2013;86(4):387-400.

MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol*

Rev. 2012;32(6):545-52.

Matsumoto LS, Lotufo FN. Terapia focada na compaixão. In: Zanelatto NA, Laranjeira R, editors. O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Artmed; 2018. No prelo.

Matsumoto LS, Lotufo ZJ, Lotufo FN. Terapia Focada na Compaixão. PROCOGNITIVA2014.

Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identify*. 2003;2:223-50.

Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Pers*. 2009;77(1):23-50.

Neufeld CB. Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In: Rangé B, editor. Psicoterapias cognitivo-comportamentais um diálogo com a psiquiatria. 1. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 737.

Núcleo de Estudos da Violência da USP (NEV-USP). 5º relatório nacional sobre os direitos humanos no Brasil - 2001-2010. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Gilbert P. Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *J Affect Disord*. 2002;71(1-3):19-27.

Pupo MC, Jorge MR, Schoedl AF, Bressan RA, Andreoli SB, Mello MF, et al. The accuracy of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) to identify PTSD cases in victims of urban violence. *Psychiatry Res*. 2011;185(1-2):157-60.

Schneier FR, Neria Y, Pavlicova M, Hembree E, Suh EJ, Amsel L, et al. Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2012;169(1):80-8.

Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW, Shea MT, Hsieh FY, Lavori PW, et al. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a department of veterans affairs cooperative study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(5):481-9.

Sippel LM, Marshall AD. Posttraumatic Stress Disorder symptoms, intimate partner violence perpetration, and the mediating role of shame processing bias. *J Anxiety Disord*. 2011;25(7):903-10.

Vogel K, Matsumoto LS. O que é Terapia Focada na Compaixão? In: Lucena-Santos P, Pinto-Gouveia J, Oliveira MS, editors. Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais. Novo

Hamburgo: Sinopsys; 2015.

Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM. The life events checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov 2013.

Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The clinician-administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess*. 2018;30(3):383-95.

Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov The National Center for PTSD 2013

White JR, Freeman AS. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos. São Paulo: Roca; 2003. 460 p.

Yalom ID. Psicoterapia em grupo: teoria e prática. 5a . Porto Alegre: Artmed; 2006. 528 p.