ÉRICA PANZANI DURAN

**Eficácia da terapia cognitiva processual 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

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Duran, Érica Panzani

Eficácia da terapia cognitiva processual no transtorno de estresse pós-traumático / Érica Panzani Duran. -- São Paulo, 2015.

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.Terapia cognitiva
3.Terapia comportamental

USP/FM/DBD-161/15

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a todos os pacientes pela disponibilidade essencial para a conclusão deste estudo.

Aos meus pais, Gustavo e Estela, pelos valores e ensinamentos passados.

Ao meu marido, pelo companheirismo e apoio incondicional de sempre.

Agradeço em especial ao meu orientador e exemplo profissional, Francisco Lotufo Neto, pela paciência, confiança, dedicação e motivação dada.

Ao professor e amigo Irismar Reis de Oliveira, pelos ensinamentos e conselhos passados.

Agradeço enormemente aos colaboradores desta pesquisa, Felipe Corchs, Álvaro Araújo, Luciana Siqueira, Raquel Chilvarquer, Mariangela Savoia, Andrea Vianna, Tito Paes de Barros Neto. E aos avaliadores Natália Del Real, Cláudio Silva e Luciana Pereira.

À secretária do AMBAN, Luciana, pelo apoio e ajuda.

Aos terapeutas Cláudio Godói, Ana Paula, Paula, Renato, Helena, Maria, Cláudia, Lina, Sony, Cristiane, Malú e Rejane, meus sinceros agradecimentos.

Agradeço ao grupo Conscientia pela ajuda e apoio na minha vida profissional.

Às bibliotecárias Érika e Maria, pelo zelo e presteza.

Meu muito obrigada a quem me encoraja em todos os aspectos da minha vida, minha grande amiga Josiane Mota.

À mais nova aquisição de amizade, Ângela Alfano, pelo carinho, parceria, apoio e dedicação.

A todos meus amigos que me deram apoio e motivação para continuar.

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento da sua 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. 3^a. ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação – SBD/FMUSP; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com “List of Journals Indexed in Index Medicus”.

Sumário

Lista de siglas e abreviaturas

Lista de figuras

Lista de tabelas

Lista de gráficos

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Transtorno de estresse pós-traumático	2
1.2 Quadro clínico e diagnóstico	4
1.3 Tratamento psicoterápico	9
1.3.1 Terapia de exposição	9
1.3.2 Terapia cognitivo-comportamental	12
1.3.3 Terapia cognitiva processual	14
1.4 Revisões de literatura	22
2 JUSTIFICATIVA.....	25
3 OBJETIVOS	27
4 HIPÓTESES.....	29
5 MATERIAL E MÉTODOS	31
5.1 Amostra	32
5.2 Critérios de inclusão e exclusão	32
5.3 Instrumentos	33
5.3.1 Inventário de Depressão de Beck - BDI	33
5.3.2 Impressão Clínica Global – CGI	33
5.3.3 Inventário de Ansiedade de Beck – BAI	34
5.3.4 Escala de Atitudes Disfuncionais - DAS.....	34
5.3.5 Questionário de Pensamentos Automáticos - ATQ 30	34
5.3.6 Escala de Trauma de Davidson - DST	35
5.3.7 Avaliação de Qualidade de Vida - SF 36.....	35
5.3.8 <i>Structural Clinic Interview for the DSM-IV - SCID</i>	36

5.3.9 <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> – MINI - Versão brasileira 5.0.0.....	36
5.4 Medida primária de eficácia.....	37
5.5 Medidas secundárias de eficácia.....	37
5.6 Desenho e plano global do ensaio	37
5.7 Procedimentos.....	40
5.8 Randomização.....	42
5.9 Avaliação ética.....	44
6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	45
7 RESULTADOS	48
7.1 Características da amostra global	49
7.2 Características da amostra dividida por grupos de tratamento.....	51
7.3 Resultados do tratamento.....	53
7.4 Comparação entre os grupos com TEPT crônico e subclínico	58
7.5 Resultados parciais do seguimento	59
7.6 Aderência ao tratamento.....	62
8 DISCUSSÃO	63
8.1 Hipótese primária	64
8.2 Hipótese secundária.....	69
8.3 Limitações do estudo.....	70
9 CONCLUSÕES	71
10 REFERÊNCIAS.....	73
11 ANEXOS.....	84
Anexo A: Registro de Pensamento com base no Processo	85
Anexo B: Registro de Pensamento Intrapessoal (RP-Intra).....	86
Anexo C: Role-Play Consensual (RPC).....	87
Anexo D: Processo II.....	88
Anexo E: Processo III ou Grade de Participação.....	89
Anexo F: Parecer do Comitê de Ética	90
Anexo G: Protocolo da Terapia de Exposição	92
Anexo H: Questionários sobre o trauma.....	94
Anexo I: Protocolo da Terapia Cognitiva Processual (TCP).....	100
Anexo J: Psicoeducação sobre o transtorno	105
Anexo K: Psicoeducação sobre distorções cognitivas.....	107
Anexo L: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
APÊNDICE	111

Listas

Siglas e Abreviaturas

ATQ 30	Questionário de Pensamentos Automáticos
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CD-Quest	Questionário de Distorções Cognitivas
CGI	Escala de Impressão Clínica Global
DAS	Questionário de Atitudes Disfuncionais
DSM – IV – TR	Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª. edição – texto revisado
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
M.I.N.I	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>)
SCID	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCP	Terapia Cognitiva Processual
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Figuras

Figura 1 –	Diagrama de conceituação da TCP - Fase 1	18
Figura 2 –	Diagrama da seleção dos estudos para a revisão sistemática.....	24
Figura 3 –	Participantes do estudo	39

Tabelas

Tabela 1 –	Critérios diagnósticos (DSM-IV-TR, 2002)	7
Tabela 2 –	Distribuição dos descritores padronizados, segundo o acrônimo da estratégia PICO	22
Tabela 3 –	Dimensionamento amostral para nível de significância de 5%, poder de 80%, segundo diferenças entre os tratamentos a serem detectadas.....	46
Tabela 4 –	Comparação entre os pacientes com TEPT clínico e subclínico antes do tratamento que mostraram diferenças significativas.....	50
Tabela 5 –	Médias e desvios padrão das variáveis contínuas por Grupo	51
Tabela 6 –	Distribuição de frequência das variáveis categóricas por Grupo.....	52
Tabela 7 –	Amostra e médias de grupo, desvios padrão, tamanhos de efeito e os efeitos de medidas, resultados primários e secundários	54
Tabela 8 –	As médias e desvios padrão para medidas de qualidade de vida de acordo com SF-36 na linha de base, pós- tratamento e 3 meses de follow-up	56
Tabela 9 –	Taxas de resposta e remissão nos grupos TCP e Exposição...	62

Gráficos

Gráfico 1 – Box Plot do BDI subdivididos por tempo e tratamento. São Paulo, 2015.....	59
Gráfico 2 – Box Plot da EDT divididas por tratamento e subdivididas por tempo. São Paulo, 2015.....	61
Gráfico 3 – Intervalos de confiança de 95% da EDT por grupo e tempo. São Paulo, 2015.....	61

Resumo

Duran EP. *Eficácia da terapia cognitiva processual no transtorno de estresse pós-traumático* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Objetivo: Avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual na melhora de pacientes com Transtorno de Estresse Pós-traumático. Desenho do estudo - Estudo randomizado, com dois grupos paralelos. Intervenções - Dois modelos de Terapia Comportamental Cognitiva - Terapia Cognitiva Processual e Exposição (os pacientes receberam tratamento farmacológico). Duração e frequência: Após a avaliação inicial (semana 00), as sessões de psicoterapia tiveram frequência semanal, durante onze semanas, e quinzenais nas quatro últimas semanas, totalizando 13 (treze) sessões. As sessões de psicoterapia duraram 1 (uma) hora. Os pacientes foram reavaliados após três meses. Número de participantes: Amostra de conveniência envolvendo 86 pacientes; 42 no grupo de Exposição e 44 no grupo de Terapia Cognitiva Processual. Resultados e Conclusão: Os dois grupos melhoraram, porém melhoras nos sintomas de TEPT não foram estatisticamente significantes entre os grupos ($p > 0,1$), assim como para sintomas depressivos e ansiosos ($p > 0,2$). Estes resultados sugerem que a Terapia Cognitiva Processual é tão eficaz quanto a Terapia de Exposição padrão-ouro.

Descritores: Transtornos de estresse pós-traumáticos; Terapia cognitiva; Terapia comportamental.

Abstract

Duran EP. *Effectiveness of trial-based cognitive therapy in post-traumatic stress disorder* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2015.

Objective: To evaluate the efficacy of Trial-Based Cognitive Therapy in the improvement of patients with posttraumatic stress disorder. Study design - Randomized study with two parallel groups. Interventions - Two Models of Cognitive Behavioral Therapy – Trial-Based Cognitive Therapy (TBCT) and Exposure (patients received pharmacological treatment). Duration and frequency: After the initial assessment (week 0), psychotherapy sessions were held weekly for eleven weeks and twice a week for four weeks, a total of thirteen (13) sessions. Psychotherapy sessions were one (1) hour long. Patients were reassessed after three months. Total Duration: 13 sessions of treatment and three months follow-up. Number of Participants: Convenience sample involving 86 patients, 42 in the exposure group and 44 in the Trial-Based Therapy group. Results and Conclusion: Both groups improved, but improvements in the symptoms of PTSD depression and anxiety were not statistically significant among the two treatment groups ($p > 0.1$; $p > 0.2$). These results suggest that Trial-Based Cognitive Therapy is as effective as the gold standard Exposure.

Descriptors: Stress disorders, post-traumatic; Cognitive therapy; Behavior Therapy.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno de estresse pós-traumático

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma condição de saúde mental debilitante frequentemente associada a comorbidades psiquiátricas e alterações na qualidade de vida, e seu percurso é crônico. Além disso, é composto por um conjunto de vários distúrbios cognitivos, fisiológicos e comportamentais caracterizados por três grupos de sintomas: intrusão, fuga e excitação (Kar, 2011).

O TEPT inicia após um evento estressor traumático que colocou a pessoa ou alguém próximo dela em perigo de vida ou ameaçou sua integridade física. Está associado à violência física e/ou moral, tais como agressão pessoal, roubo, sequestro, ataque sexual, combate militar, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra ou em campo de concentração, desastres naturais ou causados pelo homem, acidentes automobilísticos, entre outros (Knapp; Caminha, 2003).

Diante de uma vivência traumática, o indivíduo pode perder o domínio físico e psicológico da situação, experimentar grandes níveis de ansiedade que modificam os padrões neuroquímicos normais e, conseqüentemente, as cognições, os afetos e comportamentos (Knapp; Caminha, 2003; Iribarren et al., 2005).

Vários aspectos são importantes para a compreensão do TEPT: 1) muitas pessoas se recuperam por conta própria depois de um evento traumático; 2) é particularmente caracterizado por sintomas de ansiedade,

apesar de outras emoções, como vergonha, culpa, tristeza e raiva estarem muitas vezes presentes; 3) sintomas de revivência no TEPT têm características que os distinguem de outras memórias autobiográficas (Ehlers; Clark, 2008).

Vale ressaltar que uma grande proporção de pessoas que apresentam os sintomas iniciais se recuperam sem intervenção. Sendo assim, os fatores que explicam por que algumas pessoas não se recuperam por conta própria são relevantes para o desenvolvimento de um tratamento mais eficaz. Neste subgrupo significativo, os sintomas persistem, muitas vezes, durante anos (Ehlers; Clark, 2008).

Estudos epidemiológicos apontam diferenças relacionadas ao gênero e aos tipos de trauma. Os abusos sexuais são mais frequentes para as mulheres, e violência, acidentes e ameaças com armas de fogo são mais comuns para os homens, e mesmo quando as mulheres são expostas a um trauma similar ao do homem, apresentam aproximadamente duas vezes mais risco de desenvolver sintomas de TEPT. Os sintomas das mulheres são também mais persistentes do que nos homens. Há também evidências de que as mulheres conservam mais as memórias emocionais ao longo do tempo (Nemeroff et al., 2005).

Uma hipótese para esse evento é que mulheres e homens saudáveis diferem em sua codificação e evocação das memórias emocionais, mostrando uma superioridade das mulheres na recordação dos relatos emocionais (Felmingham; Bryant, 2012).

Segundo Yehuda e Davidson (2000), estudos têm mostrado que o TEPT é o quarto distúrbio psiquiátrico mais comum, atingindo cerca de 10,3% dos homens e 18,3% de mulheres em alguma época de suas vidas. De acordo com os autores, a elevada prevalência deste transtorno na população norte-americana se deve aos altos índices de violência nesta sociedade.

A violência urbana também tem uma presença forte e crescente no Brasil, tanto nas principais regiões metropolitanas quanto no meio rural. Violência intencional, lesões corporais e em especial a violência fatal vêm crescendo em grande parte dos centros metropolitanos. Em 1997 o Brasil superou o número de 40.000 homicídios, sendo que desses 38,8% ocorreram em São Paulo e Rio de Janeiro. O crescimento da violência também ocorreu de modo heterogêneo e concentrado em algumas regiões metropolitanas, como Vitória, Recife, Porto Velho, Macapá, Rio de Janeiro, Cuiabá e Palmas (Cardia, 1999; Souza; Lima, 2006). No meio rural, os conflitos fundiários são infelizmente desencadeadores de mortes violentas.

1.2 Quadro clínico e diagnóstico

O TEPT foi reconhecido como uma categoria diagnóstica na terceira edição do Manual de Estatística e Diagnóstico (DSM-III) da Associação Psiquiátrica Americana e na CID-10 (Classificação Internacional das Doenças, décima edição; Bisson, 2007; Rangé, 2001). Com base nos estudos feitos com veteranos de guerra e sobreviventes civis na década de 80, o número de indivíduos que apresentaram sintomas e sofrimento sem

caracterizar o transtorno foi significativo. Em virtude disso, alguns autores propuseram o conceito de TEPT subclínico, definido segundo uma revisão por Mylle e Maes (2004), pela presença de pelo menos um sintoma de cada critério e parcial, em que o indivíduo apresenta sofrimento clínico e prejuízo ocupacional e social, sem a presença dos demais sintomas, por pelo menos um mês.

São duas as características centrais do TEPT: o evento traumático (a exposição a um evento com a ocorrência ou ameaça consistente de morte ou ferimentos graves para si ou para outros) e uma resposta intensa de medo, desamparo ou horror. Em consequência deste evento traumático ocorre o reviver desta experiência, a esquiva, o entorpecimento emocional e a hiperestimulação autonômica (Figueira; Mendlowicz, 2003).

De acordo com Ehlers e Clarck (2008), apesar da revivência vivida de aspectos do trauma, os pacientes com TEPT geralmente têm dificuldades de intencionalmente recuperar uma memória completa do evento. Sua recordação intencional do trauma é desarticulada, detalhes importantes são comumente esquecidos, e em muitas vezes há dificuldades em recordar a ordem temporal dos acontecimentos. Além de apresentarem uma avaliação catastrófica a iminentes ameaças futuras.

Os critérios diagnósticos do TEPT apresentados no DSM-IV-TR (Associação Psiquiátrica Americana - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4^a. ed. texto revisado) referem também que há três especificadores que podem ser usados para definir o início e a duração dos sintomas do TEPT: Agudo (quando a duração dos sintomas é inferior a 3

meses); Crônico (quando a duração dos sintomas é superior a 3 meses); Com Início Tardio (pelo menos 6 meses decorrem entre o evento traumático e o início dos sintomas).

Na tabela 1, estão apresentados os critérios de diagnóstico segundo o DSM-IV-TR (2002).

Tabela 1 - Critérios diagnósticos (DSM-IV-TR, 2002)**A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:**

1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros;
2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

1. Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos);
4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
5. Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:

1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;
2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
3. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
4. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
6. Faixa de afeto restrita;
7. Sentimento de um futuro abreviado (não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou período normal da vida).

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

1. Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
2. Irritabilidade ou surtos de raiva;
3. Dificuldade em concentrar-se;
4. Hipervigilância;
5. Resposta de sobressalto exagerada.

E. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C, e D) é superior a 1 mês.**F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

Com a recente publicação do DSM-5 (2014), agrupou-se em um mesmo capítulo os transtornos cuja origem pode ser situações de estresse e traumas, com o nome de Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores. Relaciona cinco diagnósticos principais e duas categorias diagnósticas. Uma das mudanças foi a inclusão do evento traumático poder ocorrer em um familiar ou amigo próximo, ou por quem é frequentemente exposto a detalhes aversivos de eventos traumáticos (Araújo; Lotufo Neto, 2014).

É difícil, entretanto, prever todos os acontecimentos que poderiam causar o TEPT, especialmente porque os aspectos subjetivos contam decisivamente para a configuração do trauma tanto quanto os objetivos. Um acontecimento se transforma em trauma quando o “sistema é sobrecarregado cronicamente” (Peres, 2009).

Sua etiologia, contudo, é tida como multifatorial: características do acontecimento, grau de exposição, fatores socioeconômicos e socioculturais, apoio social, fatores biológicos (como diminuição do volume hipocampal e genética), traços de personalidade, eventos de vida e percepção do indivíduo perante o evento (Peres, 2009).

Além da avaliação negativa do evento traumático, a manutenção dos sintomas de TEPT é questão especialmente pertinente devido à evitação do alvo de lembranças do trauma (Ehlers; Clark, 2000).

Com relação às comorbidades, em comparação com indivíduos sem TEPT ou com outros transtornos, aqueles com TEPT são mais propensos a ter outros diagnósticos psiquiátricos atuais ou passados, com taxas de

comorbidades psiquiátricas ao longo da vida da ordem de 80%. Além disso, o TEPT é associado com interrupções no trabalho, prejuízo no funcionamento social e da saúde física (Powers et al., 2010).

Há, porém, uma série de opções de tratamentos viáveis para o TEPT. Várias formas de aplicação das terapias cognitivo-comportamentais mostraram eficácia em estudos prospectivos e randomizados (Foa; Rothbaum, 1998).

1.3 Tratamento psicoterápico

Não existe tratamento com bons resultados se o sujeito permanecer exposto ao evento traumático (Friedman et al., 2014). Entre as abordagens existentes, destaca-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) que tem recebido bastante atenção nas últimas décadas, principalmente através da "Reestruturação Cognitiva" proposta por Beck e a "Terapia de Exposição".

1.3.1 Terapia de exposição

O mecanismo de ação da Terapia de Exposição foi abordado por Foa e Kozak (1986), com a introdução da teoria do processamento emocional para transtornos de ansiedade em geral, e por Foa e Rothbaum (1998), para o TEPT.

Trata-se de um conjunto de técnicas de exposição à vivência traumática, visto que a exposição ao vivo é precedida pela exposição

imaginária, sempre trabalhando em uma hierarquia de situações temidas, desde as consideradas mais fáceis até as mais difíceis de enfrentamento.

A Terapia de Exposição visa ajudar o processamento emocional das experiências traumáticas para melhorar os sintomas do TEPT. Ela inclui os seguintes procedimentos: Educação, Treino de Respiração, Exposição in vivo a situações ou objetos que o paciente evita pela sua relação com sofrimento e ansiedade relacionados ao trauma, e exposição prolongada através da imaginação das imagens ou memórias traumáticas (Foa et al., 2007).

A princípio, Foa e Kozak (1986), baseados na Teoria do Processamento Emocional de Lang, utilizaram a Exposição Sistemática sugerindo que, por meio dela, a memória pode alterar sua estrutura semântica gerando um registro mnêmico mais preciso e atual, integrando o trauma aos esquemas cognitivos pré-existentes e criando novos repertórios cognitivo-comportamentais. Sugeriram que a exposição repetida à lembrança traumática num ambiente controlado, terapêutico, gera a habituação ao medo e posterior modificação do esquema disfuncional de esquiva.

A teoria de processamento emocional tem sido amplamente utilizada para compreender o desenvolvimento e permanência dos transtornos de ansiedade, incluindo TEPT (Lang, 1979; 1985).

Na sua essência, a teoria de processamento emocional da Terapia de Exposição baseia-se em duas proposições básicas: primeiramente, que os transtornos de ansiedade refletem a existência de estruturas patológicas do

medo na memória, que são ativadas quando a informação representada nas estruturas é encontrada; e na segunda, o tratamento bem sucedido modifica os elementos patológicos do medo, de tal modo que a informação que é utilizada para evocar sintomas de ansiedade não é ativada. O processo de modificar os elementos patológicos da estrutura do medo é chamado de processamento emocional (Riggs et al., 2006).

Segundo Marks et al. (1998), o mecanismo terapêutico da exposição gradual é reduzir respostas defensivas às sugestões a que o sujeito está exposto, e a habituação depende da dose dessa exposição. É inegável que a habituação é um mecanismo antigo que os seres humanos podem aproveitar para reduzir respostas emocionais.

De modo geral, estudos demonstraram a eficácia da maioria dos pacientes submetidos a esse processo de habituação da resposta emocional à memória traumática, que conseqüentemente conduz a uma remissão dos sintomas de TEPT, razão pela qual, na terapia de exposição, o paciente é solicitado a falar repetidamente sobre o pior evento traumático em detalhes, a fim de reexperimentar todas as emoções associadas ao evento.

Duas décadas de pesquisas sustentam a eficácia da terapia de exposição, assim como estudos de metanálises que mostraram ensaios clínicos randomizados com o uso de Exposição como forma de tratamento eficaz para a redução dos sintomas (Powers et al., 2010).

No entanto, as psicoterapias possuem o objetivo de enfraquecer algumas vertentes que mantêm os sintomas, e cada tratamento pode agir de formas distintas. No caso da exposição gradual, o mecanismo ocorre pela

habituação. Já a reestruturação cognitiva ajuda o paciente a ver uma mesma situação em novas perspectivas, o que pode levar à habituação através das experiências de comportamento (Marks et al; 1998).

Além disso, Becker e colaboradores (2004) em amostra de 852 terapeutas, mais da metade com doutorado e conhecimento na área comportamental, mostraram que os terapeutas treinados e experientes em Terapia de Exposição usam-na em apenas 50% dos seus pacientes com TEPT. Apenas 17% da amostra de terapeutas usava a Terapia de Exposição em quase todos os pacientes com essa psicopatologia. Isso ocorreu devido a mais de 50% dos terapeutas acreditarem que os pacientes aumentarão o índice de abandono da terapia com essa abordagem.

1.3.2 Terapia cognitivo-comportamental

Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia na década de 1960 que originalmente era chamada de "terapia cognitiva". Na atualidade, é comumente usada como sinônimo de "terapia cognitivo comportamental". Apresenta-se de forma estruturada, orientada para o presente, voltada para a resolução de problemas atuais, modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais. Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) que são derivadas do modelo de Beck o tratamento é baseado em uma formulação cognitiva, com base nas crenças e as estratégias comportamentais que caracterizam uma doença específica. Muitas vezes incorpora técnicas de outras psicoterapias dentro da perspectiva do cognitivismo (Beck, 2011).

Em breve descrição, o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) é comum a todos os distúrbios psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar o seu pensamento de uma maneira mais realista e adaptável, eles experimentam melhoria em seu estado emocional e em seu comportamento (Beck, 2011).

Mais recentemente, Ehlers e Clark (2000) propuseram um modelo cognitivo de manutenção do PTSD que também pode ser visto como uma extensão da teoria anterior de processamento de informação. Este modelo cognitivo sugere que o TEPT se torna crônico quando os indivíduos traumatizados avaliam o evento traumático ou suas sequelas de uma forma que os leva a uma sensação de ameaça atual (por exemplo, "Nenhum lugar é seguro", "Se eu pensar sobre o trauma, eu vou ficar louca"). Um segundo fator proposto por este modelo como causalmente relacionado à manutenção do PTSD são alterações na memória autobiográfica semelhantes aos propostos por teóricos anteriores de processamento de informação (por exemplo, fortes associações entre estímulo e elementos de resposta na memória).

A Terapia Cognitiva baseia-se na reestruturação cognitiva com o foco de intervenção no ensinar pacientes a identificar padrões de pensamentos automáticos negativos (PAN), gerando pensamentos alternativos mais racionais e adaptativos (Marks et al., 1998). Alguns estudos mostram o desenvolvimento com intervenções sobre os PAN (Peden et al., 2000; Beevers et al., 2007), pois sua presença acarreta várias consequências na

população em geral, sendo os PAN considerados fator de risco para o aumento e agravamento dos sintomas (Dekker, 2011). No entanto, são necessários mais estudos quando se trata de intervenções com foco nas crenças centrais ou esquemas cognitivos. Até o presente momento, existem três propostas: Beck (1967) e de-Oliveira (2008).

1.3.3 Terapia cognitiva processual

Recentemente foi desenvolvida uma nova combinação de técnicas da TCC. Esta atua nas crenças do indivíduo, em uma sequência denominada "Processo", proposta por de-Oliveira (2008), com o objetivo de torná-la de uso mais fácil tanto para os terapeutas quanto para os pacientes.

A Terapia Cognitiva Processual (TCP) baseia-se na Terapia Cognitiva (TC) desenvolvida por Beck, contendo algumas modificações, porém, utilizando os mesmos princípios teóricos, os mesmos conceitos e diversas técnicas análogas, diferenciando-se por ter uma conceituação de caso própria. É uma abordagem em três níveis e três fases, visando à modificação das crenças nucleares do paciente, principalmente aquelas referentes a si mesmo. Ademais, a TCP integra importantes técnicas da TCC e outras modalidades, assim como Gestalt (Perls, 1973), Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes et al., 1999), Terapia da Compaixão (Gilbert, 2010), Modelo Relacional (Mitchell, 1988) e Terapia Metacognitiva (Wells, 2009).

De modo geral, a TCP apresenta suas principais técnicas como uma simulação de um procedimento jurídico, tratando-se, portanto, de uma

analogia ou metáfora desse sistema. Ademais, o autor dessa abordagem, psiquiatra e psicoterapeuta, Irismar Reis de Oliveira desenvolveu a TCP no Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Universidade Federal da Bahia e inspirou-se na obra literária de Franz Kafka, intitulada de "O Processo". Pela inspiração neste romance, inclusive, é que foi denominada de "Terapia Cognitiva Processual".

Um ensaio clínico realizado por Powell e colaboradores (2013) forneceu evidências significativas de que a TCP é pelo menos tão eficaz quanto a TC convencional em pacientes com transtorno de ansiedade social nos seguintes aspectos de qualidade de vida: dor física, funcionamento social e aspectos emocionais. E os resultados foram mantidos pelos pacientes em um seguimento de 12 meses.

Registro de Pensamentos Baseado no Processo (RPBP ou Processo)

A base racional para a proposta da TCP é que esta pode ser útil em fazer com que os pacientes se tornem conscientes das crenças sobre si mesmos (autoacusações) e, diferentemente do processo de Joseph K., personagem principal do livro, engajem-se em um processo construtivo para desenvolver crenças mais positivas e funcionais, ajudando os pacientes, de forma construtiva, a reduzirem a adesão às crenças nucleares negativas e emoções correspondentes (de-Oliveira, 2007).

A técnica de Registro de Pensamento com Base no Processo (Anexo A), conhecida apenas como "Processo", e foi desenvolvida a partir de outra

baseada na reversão de sentença, criada para lidar com pensamentos automáticos do tipo “sim, mas...” que deu origem ao Registro de Pensamentos com Base na Reversão de Sentença (RPBRS). O paciente tende a usar a estrutura da frase para se desqualificar, como “Consegui sair de casa, mas ainda é muito difícil”. A técnica de reversão de sentença faz com que o paciente use a mesma estrutura, porém em ordem inversa: “Ainda é muito difícil, mas consegui sair de casa”. Essa técnica ajuda o paciente a flexibilizar sua forma de pensar e obter um sentido mais positivo por ativar uma crença funcional positiva.

O paciente aprende a avaliar suas crenças disfuncionais por meio de combinação da reversão de sentença e pela atuação em diferentes role-plays assumindo o papel de dois personagens, promotor e advogado de defesa, em simulação de um processo judicial (de-Oliveira, 2011).

O julgamento dá uma estrutura e as técnicas utilizadas são da terapia cognitiva e de outras abordagens, como *cadeira vazia*, *seta descendente* (Beck, 1967; Burns, 1980), *exame das evidências* (Greenberger; Padesky, 1999), *advogado de defesa* (Leahy et al., 2011), *reversão de pensamento* (Freeman; DeWolf, 1992), *seta ascendente* (de-Oliveira, 2011; Leahy, 2003), *desenvolvimento de esquemas positivos* (Leahy, 2003), e *diário de afirmações positivas* (Beck JS, 2011). Como tarefa de casa, o paciente prepara um recurso juntando elementos, durante a semana, que confirmem a crença positiva que foi encontrada na seta ascendente no final do julgamento.

Recentemente, um estudo concluiu que o “Processo” ajudou os pacientes a reduzir de forma construtiva a autocrítica, mudando a crença central negativa e suas emoções correspondentes. Este estudo demonstrou uma redução muito significativa no apego à crença central negativa (de-Oliveira, 2012). Apesar da existência ainda de poucos estudos clínicos testando sua eficácia, esta forma de terapia é promissora.

Conceituação de caso

Do mesmo modo, o autor adaptou uma forma de conceituar o caso, com os mesmos componentes da TC convencional, para tornar o modelo cognitivo mais fácil de ser entendido pelos pacientes. Nesse modelo, as cognições podem ser avaliadas em três níveis e três fases. No primeiro nível, uma situação é percebida de formas diferentes por pessoas diferentes. Segundo de-Oliveira (2015), esta maneira de perceber desencadeia pensamentos automáticos (PA) que determinarão as emoções e guiarão os comportamentos e reações fisiológicas. Na figura 1, a seta retornando para a reação emocional, pensamento automático e situação deixam claro para o paciente a natureza circular dessas interações, confirmando sempre seu pensamento automático, mantendo, portanto a percepção distorcida da situação.

Diagrama de Conceituação da TCP

(Copyright: Irismar Reis de Oliveira)

Figura 1 - Diagrama de conceituação da TCP – Fase 1

É útil que o paciente entenda que esses comportamentos podem diminuir suas emoções desagradáveis a curto prazo, mas a longo prazo isso pode se tornar um comportamento de segurança prejudicial (por exemplo, esquiva e fuga), razão pela qual é necessário um segundo nível que possui uma função modulatória para confirmar as avaliações do primeiro. Como se observa no diagrama, no segundo nível encontram-se as crenças intermediárias que se manifestam como regras, pressupostos subjacentes, comportamentos de segurança ou estratégias compensatórias.

No terceiro, nível mais profundo, encontram-se as crenças centrais que estão intimamente conectadas às crenças intermediárias, desenvolvidas ao longo da vida para as pessoas darem sentido a suas experiências. Com o

uso do diagrama identificam-se mecanismos de perpetuação da crença central, o que é um elemento chave da terapia.

A conceituação deve ser construída com a colaboração e parceria do paciente para alterar a percepção sobre suas cognições, e ativar crenças centrais ou até mesmo criar novas estratégias e crenças centrais mais positivas e realistas (de-Oliveira, 2012). Há assim um trabalho individualizado, colaborativo e psicoeducacional sobre o modelo.

Segundo de-Oliveira (2012), o objetivo principal da TCP é identificar e mudar os pensamentos automáticos, substituindo-os por avaliações alternativas funcionais. O paciente pode notar progressivamente alterações nos outros níveis, por exemplo, a ativação da crença central positiva. Isto é considerado um passo importante para obter resultados mais duradouros na terapia e, conseqüentemente, uma facilitação da reestruturação cognitiva.

Uma vez que o paciente tenha entendido essa natureza circular dos PA, o terapeuta prossegue a psicoeducação, visando às distorções cognitivas (de-Oliveira, 2015). Nesse sentido, para mensurar as cognições, o autor criou o *Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest)*, sigla em inglês (Anexo B), para quantificar a frequência e intensidade das distorções do paciente ao longo da semana. É também um instrumento muito eficaz para a psicoeducação das distorções cognitivas, pois contém os quinze tipos de distorções cognitivas com exemplos prontos, e um espaço para o paciente preencher com seus próprios exemplos. Identificar as distorções cognitivas é extremamente importante para a reestruturação, e por isso foi elaborado um *Registro de Pensamento Intrapessoal* (Anexo C).

Registro de Pensamento Intrapessoal – RP-Intra

É um Registo de Pensamento desenvolvido para ajudar os pacientes na reestruturação e modificação dos pensamentos automáticos e na diminuição da carga emocional vinculada a estes pensamentos.

Os primeiros passos desse registro são os mesmos componentes do primeiro nível do diagrama de conceituação. Seguidamente apresenta uma série de questionamentos específicos em relação ao comportamento e ao pensamento que o paciente analisa (de-Oliveira, 2013).

Role-play consensual (RPC)

Role-play consensual (Anexo D) é uma técnica utilizada na TCP para tomada de decisões ao tornar explícita a ambivalência presente no conflito entre os aspectos da razão e emoção do indivíduo. Facilita uma visão mais unitária de si mesmo, engajando o paciente nas ações desejadas que antes eram temidas. Ao final da técnica, é realizado um plano de ação para o futuro (não necessariamente a decisão precisa ser tomada no momento em que se aplica a técnica, o paciente é quem decide quando implementar a decisão na sua vida). Essa é uma técnica que prepara o paciente para a realização do Processo.

Consciência Metacognitiva Baseada no Processo (CMBP ou Processo II)

Nesse momento da psicoterapia, obrigatoriamente o terapeuta já trabalhou em conjunto com o paciente a técnica Processo algumas vezes. Aqui, o terapeuta com um breve questionamento mostra ao paciente que o Promotor continua buscando provas e evidências que confirmem sua crença central (Anexo E). Por isso a necessidade de processar o personagem do Promotor. O objetivo central é continuar a trabalhar com as crenças centrais negativas e fortalecer as crenças nucleares positivas.

Processo III ou Grade de Participação

É uma técnica muito importante para trabalhar os sentimentos de culpa, que nos pacientes com TEPT é bem relevante de se abordar nas sessões.

Apresenta-se uma grade ou tabela, em que o primeiro passo é mensurar o quanto o paciente acredita em que ele é culpado e qual é a sua culpa (Anexo F). No próximo momento, o terapeuta solicita ao paciente que relate a situação na qual ele se sentiu culpado. Com isso, em uma primeira avaliação, o terapeuta pergunta o que contribuiu para que o evento ocorresse; em seguida, solicita uma graduação de 0 a 100% da participação de cada uma das contribuições identificadas. Na segunda avaliação em diante, o terapeuta solicita que o paciente fale cada vez mais detalhadamente de cada fator que contribuiu para que o evento ocorresse, sempre deixando a última pontuação para o próprio paciente.

O objetivo desta técnica é flexibilizar o ponto de vista do paciente frente à situação de culpa, que nos pacientes com TEPT possui uma relação direta com o evento traumático que viveram.

1.4 Revisões de literatura

Elaboração da estratégia e busca bibliográfica

A estratégia de busca foi elaborada de acordo com os conceitos da estratégia PICO, um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (desfecho), que compreende os elementos centrais da pergunta de uma pesquisa (Santos et al., 2007).

Para a composição da estratégia, foi realizada uma busca dos descritores padronizados (MESH). Utilizando os operadores booleanos AND e OR. A estratégia está descrita na tabela 2.

As bases de dados usadas foram os portais CAPES (Embase, Scopus, Cinahl, Web of Science, PsycInfo), PubMed (MEDLINE) e BIREME (COCHRANE e LILACS), no período de maio a dezembro de 2014.

Tabela 2 - Distribuição dos descritores padronizados, segundo o acrônimo da estratégia PICO

Acrônimo	Descrição	Descritores selecionados
P (AND)	Pacientes com TEPT	“Stress Disorders” OR “Post-Traumatic”
I (AND)	Terapia de Exposição	“Exposure therapy”
C (AND)	Terapia Cognitiva Processual	“Cognitive therapy”
O	Eficácia	“Efficacy”

A seguinte equação booleana foi obtida: "stress disorders, post traumatic/therapy"[All Fields] AND ("cognitive therapy"[MeSH Terms] OR ("cognitive"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "cognitive therapy"[All Fields]) AND "EXPOSURE THERAPY"[All Fields] AND efficacy[All Fields].

Foram encontrados quarenta e cinco artigos usando esta estratégia, sendo excluídos após a leitura dos títulos: sete artigos sobre realidade virtual, três estudos farmacológicos, um estudo com variabilidade de frequência cardíaca, um artigo sobre tratamentos com crianças e sete artigos que não envolviam as formas de tratamento de interesse neste estudo. Após a leitura dos artigos completos, foi excluído um estudo sobre comportamento violento encontrado em homens que possuíam TEPT.

Acrescentando três artigos das listas de referências dos artigos selecionados, obtiveram-se vinte e nove artigos.

Figura 2 – Diagrama da seleção dos estudos para a revisão sistemática

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

Entre os tratamentos psicológicos, a TCC tem recebido apoio empírico.

Mesmo que a TCC seja o tratamento atual de escolha para o TEPT, ainda não estão claros os componentes de seu protocolo que são mais importantes e eficazes para a melhora clínica (Bradley et al., 2005).

Este projeto visa mostrar a relevância do tratamento de esquemas cognitivos através da Terapia Cognitiva Processual. Esta é uma proposta nova de abordagem terapêutica, sendo necessário buscar evidências empíricas para comprovar sua utilidade e para colaborar no seu aperfeiçoamento, pois nem todos os pacientes respondem aos tratamentos existentes, ou concordam com a Terapia de Exposição. Por isso são necessárias novas formas de tratamento.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

Avaliar se a Terapia Cognitiva Processual (TCP) é tão eficaz quanto a Terapia de Exposição (padrão ouro) no tratamento de pacientes com TEPT.

4 HIPÓTESES

4 HIPÓTESES

Hipótese Primária

- A Terapia Cognitiva Processual é tão eficaz no tratamento de pacientes com transtorno de estresse pós-traumático quanto a Terapia de Exposição.

Hipótese Secundária

- Pacientes com TEPT crônico apresentam resultados piores do que os com quadros subclínicos ou parciais.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Amostra

Oitenta e seis pacientes com diagnóstico de Transtorno por Estresse Pós-traumático crônico, subclínico ou parcial, segundo os critérios do DSM-IV e de Mylli e Maes (2004), atendidos no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Foram convidados a participar pacientes que procuram espontaneamente o Instituto de Psiquiatria e pacientes que receberam informações sobre o estudo divulgadas na mídia.

5.2 Critérios de inclusão e exclusão

Sexo masculino ou feminino; qualquer grupo étnico; idade entre 18 e 65 anos; ter vivenciado algum evento traumático ao longo da vida, capazes de escrever e seguir as instruções do protocolo; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídas pessoas com risco iminente de suicídio, comportamentos graves de automutilação (cortar, queimar, machucar-se deliberadamente), psicose não estabilizada com medicação, risco de ainda sofrer violência, falta de memória em relação ao evento traumático, fazer abuso de álcool e drogas.

5.3 Instrumentos

5.3.1 Inventário de depressão de Beck - BDI (Beck et al., 1961; Beck, 1993)

O Inventário de Depressão de Beck - "Beck Depression Inventory" é provavelmente a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (Dunn et al., 1993), tendo sido traduzido para vários idiomas, e validado em diferentes países. A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido.

5.3.2 Impressão Clínica Global – CGI (Guy, 1976)

Serão usadas duas escalas, o índice de gravidade e o índice de melhora. Na primeira, o clínico deve avaliar a gravidade da doença do paciente no momento da entrevista, baseado em sua experiência em pessoas com o mesmo diagnóstico. É avaliado numa escala do tipo Likert, com escores variando de 1 a 7.

A segunda escala, também com 7 pontos, requer que o clínico avalie quanto a pessoa melhorou ou piorou em relação ao início da intervenção.

5.3.3 Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Beck et al., 1988)

Possui 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, em relação a sintomas comuns de ansiedade (físicos e psíquicos, como sudorese e sentimentos de angústia). Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada.

5.3.4 Escala de Atitudes Disfuncionais - DAS (Weissman; Beck, 1978; Weissman, 1979; Beck et al., 1991; Orsini et al., 2006)

Avalia crenças e pressupostos que tornam a pessoa vulnerável à depressão. O instrumento possui duas formas (DAS-A/DAS-B), 40 itens em cada versão e uma escala de pontuação do tipo Likert com sete alternativas de resposta. Cada item expressa uma crença ou atitude, por exemplo: meu valor enquanto pessoa depende muito do que os outros pensam de mim, sendo acompanhados de sete alternativas de respostas, onde 1= concordo totalmente e 7= discordo totalmente.

5.3.5 Questionário de Pensamentos Automáticos - ATQ 30 (Hollon; Kendall, 1980)

O ATQ-30 é um instrumento que têm por finalidade medir a frequência de pensamentos automáticos negativos associados com a depressão. Quatro fatores relacionados com a depressão são observados na aplicação do ATQ-30: a) mau ajustamento pessoal, b) concepção negativa de si, c)

expectativas negativas para si próprio, e d) inferioridade. O teste possui cinco respostas que devem ser dadas para cada um dos 30 itens: 1- nunca; 2- às vezes; 3- moderadamente; 4- frequentemente e 5- todo tempo. Foi traduzido e validado para o Brasil (Garcia, 2001; Garcia; Legal, 2002).

5.3.6 Escala de Trauma de Davidson - DST (Davidson et al., 1997)

O instrumento utilizado para avaliar a presença de TEPT foi a *Davidson Trauma Scale* (DTS), na sua versão em português: Escala Davidson de Trauma. A escala foi desenvolvida para avaliar a severidade e a frequência dos sintomas em indivíduos expostos a traumas. É um questionário autoaplicável, composto por 17 perguntas que correspondem aos 17 critérios diagnósticos do DSM-IV e seus grupos: perguntas 1 a 4, critério B (re-experiência intrusiva); perguntas 5 a 11, critério C (evitação e embotamento) e perguntas 12 a 17, critério D (*hyperarousal* ou excitabilidade aumentada). A escala pode ser utilizada para diagnóstico e, através de medidas seriadas, para medir a eficácia das intervenções terapêuticas utilizadas.

5.3.7 Avaliação de Qualidade de Vida - SF 36 (Ware; Gandek, 1998; Ciconelli et al., 1999)

Versão em português do Medical Outcome Studies 36 item short form health survey. Avalia a percepção da pessoa sobre seu próprio estado de saúde e é autoaplicável. Questionário multidimensional formado por 36 itens,

englobados em oito escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e comparação do estado atual com um ano atrás. Avalia aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) e positivos (bem estar). Foi traduzida e validada no Brasil.

5.3.8 *Structural Clinic Interview for the DSM-IV - SCID* - versão clínica (Tavares, 1997)

Consiste em uma entrevista psiquiátrica semiestruturada, com a finalidade de estabelecer diagnósticos conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).

5.3.9 *Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI – Versão brasileira 5.0.0* (Amorim, 1999)

É um instrumento de diagnóstico amplamente utilizado na psiquiatria compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido, explorando de modo padronizado os principais transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV.

5.4 Medida primária de eficácia

Será usado como critério de eficácia: diminuição de pelo menos 15 pontos na Escala Davidson de Trauma avaliados antes e depois dos tratamentos, como encontrado na literatura (Davidson et al., 2002).

Para a análise de remissão de sintomas clínicos, segundo Davidson e colaboradores (1997), pacientes abaixo de 14 pontos não apresentam mais critérios diagnósticos.

5.5 Medidas secundárias de eficácia

Variações nos escores do Inventário de Beck para a Ansiedade (BAI); do Inventário de Beck para Depressão (BDI); Escala de Impressão Clínica Global (CGI), Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ 30), Questionário de Atitudes Disfuncionais (DAS), Questionário de Qualidade de Vida SF-36, número de desistências do tratamento e ausência de diagnóstico de TEPT segundo o DSM-IV.

5.6 Desenho e Plano Global do Ensaio

Trata-se de ensaio clínico randomizado, com dois grupos paralelos seguindo as etapas do CONSORT (2010). Foram tratados 86 pacientes com Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) crônico, subclínico e parcial, com 42 pacientes no grupo de TCP e 44 no grupo de Exposição. A duração do tratamento foi de quatro meses e uma semana, com três meses de seguimento. As terapias foram realizadas toda semana nas primeiras onze

semanas e a cada quinze dias nas últimas quatro semanas, totalizando treze sessões. As sessões de psicoterapia tiveram uma hora de duração. Este intervalo quinzenal ao final do tratamento foi estipulado para que haja um espaçamento gradual do término da terapia.

A lista de randomização foi preparada por uma pessoa independente, sem ligação com o tratamento ou avaliação, para a alocação do paciente em um dos dois tratamentos.

O ensaio clínico contou com a participação de nove psicoterapeutas treinados na aplicação de uma das técnicas. Cada um foi responsável pelo tratamento de nove ou dez pacientes com uma das formas de terapia. Os terapeutas só poderiam atender em apenas uma forma de psicoterapia ao longo do estudo.

As sessões foram gravadas pelos psicoterapeutas, a partir da segunda sessão, na medida em que o paciente assinasse um termo de consentimento para as gravações. O paciente foi informado que a qualquer momento ele poderia pedir para parar as gravações. Foram escutadas pelos profissionais responsáveis de cada braço certificando que o protocolo estava sendo seguido.

Figura 3 - Participantes do estudo

TCE = termo de consentimento livre e esclarecido. TCP = Terapia Cognitiva Processual; TE = Terapia de Exposição

5.7 Procedimentos

Oitenta e seis pacientes atendidos no Programa de Ansiedade e no Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas FMUSP com o diagnóstico de TEPT foram convidados a fazer parte deste estudo.

Os critérios de inclusão e exclusão foram obedecidos por meio da seguinte forma: ao paciente entrar em contato por telefone ou e-mail com a secretária do serviço do Programa de Ansiedade, é repassado o contato do paciente para o pesquisador responsável, que por sua vez entra em contato com o paciente por telefone ou e-mail, fazendo a checagem da idade, e solicitação de uma breve descrição do que ele considera um evento traumático. Se estes dois itens corresponderam com os critérios de inclusão, é marcada uma triagem e ele comparecerá a uma consulta com um médico psiquiatra independente do estudo, responsável apenas pelas triagens, que obedecerá aos critérios diagnósticos do SCID segundo o DSM-IV e aos critérios de inclusão e exclusão em forma de um check-list.

Após admissão no Instituto de Psiquiatria, foram atendidos por psiquiatras do Programa de Ansiedade para as consultas de rotina (pelo menos uma vez por mês ou mais se indicado), avaliados para o escore da Impressão Clínica Global (CGI) e a realização do MINI. Os pacientes continuaram a receber o tratamento farmacológico e acompanhamento por esses profissionais ao longo de todo o tratamento, seguimento e se necessário após o término da pesquisa. Estes foram treinados no uso da seção sobre TEPT do SCID e no uso dos critérios do DSM-IVR e da CGI.

Os participantes receberam explicações sobre os modelos da Terapia Cognitiva Comportamental, sobre o transtorno de estresse pós-traumático e sobre o processo da terapia e assinaram o consentimento informado. Receberam instrumentos de autoavaliação por avaliadores com formação em psicologia, sem nenhuma ligação com outros processos da pesquisa.

Ao término do preenchimento dos instrumentos, os participantes foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos de tratamento e foram atendidos por outros psicólogos e psiquiatras especialmente treinados. Um grupo recebeu tratamento através da Terapia Cognitiva Processual (de Oliveira, 2008), e o outro grupo foi tratado com Exposição segundo manual desenvolvido por Foa et al. (2007). Os terapeutas aplicaram nos pacientes, na primeira sessão de terapia, independentemente do grupo de que participaram, a entrevista clínica semiestruturada sobre o trauma.

A duração do tratamento foi de treze sessões, como descrito em outros estudos (Corsini-Munt et al., 2014), com três meses de seguimento. As terapias foram realizadas toda semana nas primeiras onze semanas, e a cada quinze dias nas últimas quatro semanas, totalizando treze sessões. As sessões de psicoterapia tiveram uma hora de duração. As duas formas de terapia foram realizadas no mesmo local e dias da semana, de modo a facilitar a avaliação cega.

O ensaio clínico contou com a participação de nove psicoterapeutas formados em terapia Comportamental Cognitiva. Foram especialmente treinados na aplicação de todas as técnicas. Cada um foi responsável pelo

tratamento de nove pacientes em média. Os terapeutas só podiam atender em apenas uma das abordagens ao longo de todo o estudo.

A qualidade do tratamento oferecido foi avaliada por avaliadores experientes a partir de três sessões gravadas de cada terapeuta.

Os instrumentos foram reaplicados na sessão 13 (término da psicoterapia) e depois de 3 meses desta última avaliação (seguimento).

Caso o paciente tenha os critérios diagnósticos do DSM IV TR, logo após a triagem o médico comunicará um avaliador (cego) que mostrará o termo de consentimento livre e esclarecido, e esclarecerá dúvidas em relação à pesquisa. Após assinado o TCLE, o paciente inicia o preenchimento do caderno de autoavaliação na sala de espera. Após o total preenchimento do caderno de avaliação será marcada uma consulta com um psiquiatra que o acompanhará ao longo de todo o tratamento, e na primeira consulta o médico preenche a Escala de Impressões Clínicas Globais (CGI) referentes à gravidade da doença segundo a percepção do médico. Após a realização deste procedimento, o avaliador informa ao pesquisador responsável que irá encaminhar para uma pessoa fazer a randomização. Qualquer procedimento acima que o paciente não preencheu foi excluído da pesquisa.

5.8 Randomização

Ao se inscrever para participar do projeto, o paciente recebeu um número em sequência. Depois de avaliado, e de ter preenchido os critérios de admissão para o projeto, o coordenador da pesquisa enviou por e-mail o

nome do paciente para o responsável pela randomização que usou uma tabela de números aleatórios (<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 grupos. Posteriormente, comunicou o grupo em que o paciente foi alocado. Os terapeutas e avaliadores não participaram desta seleção.

Descrição dos tratamentos

Protocolo da Terapia por Exposição (Foa et al., 2007) (Anexo G)

Terapia individual com 13 sessões com 01 hora de duração cada (11 sessões semanais + 02 sessões seguintes quinzenais).

Formulários utilizados na Terapia de Exposição: questionário sobre o trauma (Anexo H) e de história de vida; folheto explicativo sobre: o transtorno (Anexo I); respiração; exposição; exposição ao vivo e exposição na imaginação; folha para realização de hierarquia (exposição ao vivo); registros para exposições e papel carbono. Seguirá o manual proposto por Foa et al., 2007 com tradução e adaptação realizada por Mariangela Savoia e Andrea Viana, membros do Programa de Ansiedade.

Protocolo da Terapia Cognitiva Processual (de-Oliveira, 2015)

(Anexo J)

Terapia individual com 13 sessões com 01 hora de duração cada (11 sessões semanais + 02 sessões seguintes quinzenais).

Instrumentos Utilizados na TCP: breve coleta de história de vida e questionário sobre o trauma; folheto explicativo sobre: o transtorno (Anexo H); distorções cognitivas (Anexo K); CD-Quest; Diagrama da Conceituação Cognitiva; Processo; Processo II; Grade de Participação; técnica do Role-Play Racional-Emotivo Consensual; Registro de Pensamento Disfuncional Intrapessoal e Interpessoal e papel carbono.

5.9 Avaliação ética

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq – FCFMUSP), aprovado em 08 de maio de 2013, sob o número do parecer 266.643 (Anexo L) e os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo M).

O ensaio clínico foi registrado no site www.controlled-trials.com com o seguinte número de inscrição: ISRCTN58151265/.

6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o cálculo do tamanho amostral a variável a ser testada foi o escore da Escala Davidson de Trauma (DTS). O artigo de Davidson et al. (2002) apresentou desvio padrão da diferença desse escore antes e depois do tratamento de 22,4. Assumimos que esse desvio também ocorreu em ambos os tratamentos propostos.

Assim, para um nível de significância de 5%, poder de 80%, baseando os cálculos do tamanho amostral para comparação de duas médias (Chow et al., 2008), estimaram-se os seguintes valores para diferentes diferenças mínimas a serem detectadas.

Tabela 3 - Dimensionamento amostral para nível de significância de 5%, poder de 80%, segundo diferenças entre os tratamentos a serem detectadas

Diferença a ser detectada	Tamanho amostral	
	Por grupo	Total
11	67	134
12	56	112
13	48	96
14	42	84
15	36	72

Os dados sociodemográficos serão apresentados por tabelas de frequência absolutas e relativas, para medidas categóricas (sexo, raça, etc.) e medidas de posição (média e/ou mediana) e escala (desvio padrão e/ou

intervalo interquartilico) para as medidas contínuas. As comparações entre os grupos serão realizadas respectivamente por testes Qui-quadrado e testes t-student ou Mann-Whitney, a depender da distribuição da variável contínua.

A correlação entre os escores no momento inicial foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman.

Para as escalas numéricas de avaliação aplicadas no início, final do tratamento e três meses após, ajustaram-se modelos Análise de Variância para medidas repetidas (Pinheiro; Bates, 2000). Para o CGI, onde a suposição de normalidade dos resíduos necessária para o modelo paramétrico não fora atendida, ajustou-se modelos não paramétricos para medidas repetidas de Brunner et al. (2002).

A análise foi realizada seguindo a intenção de tratar (intention-to-treat).

7 RESULTADOS

7 RESULTADOS

7.1 Características da amostra global

Realizaram a triagem 119 possíveis participantes. Destes, 86 foram incluídos e randomizados, 19 do sexo masculino, e 67 do feminino. As principais razões de exclusão foram não preenchimento dos critérios diagnósticos, presença de outros transtornos psiquiátricos, impossibilidade de comparecer aos atendimentos e recusa em participar da pesquisa.

O estado civil predominante foi de solteiros ou divorciados (52,3%), seguido de casados (40,7%) e viúvos (6,9%). Em relação à religião, 14,1% das pessoas relataram não possuir nenhuma forma de religião, 44,9% católicos, 21,8% evangélicos e 19,2% espíritas.

Quando questionados se realizaram alguma consulta psiquiátrica anteriormente, 43% responderam que sim, e 57% não haviam realizado nenhuma.

Em relação ao MINI, a amostra apresentou as seguintes comorbidades: 40 pacientes (46,5%) com transtorno de ansiedade generalizada, 37 (43,1%) com algum episódio de depressão atual e ou passado, 27 (31,4%) apresentaram ideação sobre morte sem risco de suicídio. 37 pacientes (43,02%) apresentaram duas ou mais comorbidades, todos distribuídos nos dois grupos de tratamento de forma homogênea. 21 pacientes (24,4%) não realizaram esta avaliação.

Quanto aos critérios diagnósticos realizados pelo SCID, 10 pacientes apresentaram apenas os critérios subclínicos, ou seja, não fecharam todos os critérios para o TEPT crônico. Estes pacientes apresentaram pontuações significativamente menores na Escala Davidson de Trauma do que os pacientes que possuíam o diagnóstico de TEPT na sua forma mais crônica, mas mesmo assim receberam a classificação subclínica da doença (Tabela 4).

Com relação ao perfil clínico destes pacientes subclínicos comparados com os com TEPT crônico na escala de qualidade de vida no período de pré-tratamento, os grupos não foram homogêneos nos seguintes aspectos: Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental (Tabela 4). Os pacientes subclínicos apresentaram valores muito menores nestas escalas. Vale ressaltar que outro aspecto na avaliação inicial diferenciava os grupos de forma significativa: o número de eventos traumáticos (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação entre os pacientes com TEPT clínico e subclínico antes do tratamento que mostraram diferenças significativas

Variáveis	TEPT (n = 10) Média (DP)	Subclínico (n = 76) Média (DP)	P-valor
N_ eventos traumáticos	2,45 (1,59)	1,44 (1,01)	.045
CGI-I	4,70 (0,97)	3,30 (1,06)	.001
EDT	92,72 (24,46)	52,50 (27,99)	.000
BDI	27,24 (10,23)	17,60 (7,93)	.006
BAI	34,17 (13,67)	23,00 (10,31)	.014
SF-36 Vitalidade	29,34 (21,29)	44,00 (10,49)	.009
SF-36 Aspectos Sociais	29,45 (21,48)	42,50 (17,87)	.034
SF-36 Saúde Mental	41,45 (22,40)	61,00 (24,13)	.022

7.2 Características da amostra dividida por grupos de tratamento

Foram alocados 42 pacientes no grupo TCP e 44 no grupo Exposição. Quarenta e três pacientes terminaram todas as avaliações e 33 ainda estão em processo de finalização da avaliação de seguimento.

Os grupos de tratamento foram homogêneos em relação às variáveis demográficas e clínicas: gênero, grau de escolaridade (13,34 anos de estudo; DP=3,47), idade média (41,2 anos; DP=12,5), duração do transtorno (67,1 meses; DP=81,4) (Tabela 5) e comorbidades. Não houve homogeneidade em relação ao tratamento farmacológico: dos 8 pacientes que não receberam tratamento medicamentoso, 7 foram alocados no grupo TCP ($p=0,028$). No entanto, o reteste sem estes sujeitos não apresentou diferenças.

Tabela 5 - Médias e desvios padrão das variáveis contínuas por Grupo

Variável	Fator	Expo (n=42)		TCP (n=44)		Total (n=86)		Valor p ¹
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Idade	-	38,8	12,0	43,7	12,6	41,2	12,5	0,06
Duração_do_transt._meses	-	72,3	79,4	61,8	84,1	67,1	81,4	0,58
Escolaridade_anos	-	13,8	3,0	12,9	3,8	13,34	3,47	0,20

*Teste t-student

Na Tabela 6 estão dados sobre atendimento psiquiátrico anterior, diagnóstico subclínico comorbidades segundo o MINI e religião. A única variável não homogênea nos grupos foi referente à quantidade de filhos. Houve um número significativamente maior no grupo TCP ($p=0,003$).

Tabela 6 - Distribuição de frequência das variáveis categóricas por Grupo

Variável	Fator	Expo (n=42)		TCP (n=44)		Total (n=86)		Valor p^1
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Masculino	12	27,3	7	16,7	19	22,1	0,3
SCID	TEPT	38	86,4	38	90,5	76	88,4	0,74
Estado_Civil	Casado	18	40,9	17	40,5	35	40,7	0,21
	Solteiro ou divorciado	25	56,8	20	47,6	45	52,3	
	Viúvo	1	2,3	5	11,9	6	7,0	
N_Filhos	0	26	59,1	13	31,0	39	45,3	0,03
	1	9	20,5	9	21,4	18	20,9	
	2	7	15,9	11	26,2	18	20,9	
	3	1	20,3	6	14,3	7	8,1	
	4	1	2,3	2	4,8	3	3,5	
	5	0	0,0	2	2,4	1	1,2	
Religião	Católico	16	36,4	19	45,2	35	40,7	0,45
	Espírita	7	15,9	8	19,0	15	17,4	
	Evangélico	8	18,2	9	21,4	17	19,8	
	Não possui	8	18,2	3	7,1	11	12,8	
Atend._Psiqu._Anterior	Sim	17	38,6	20	47,6	37	43,0	0,82
N°_eventos_traumáticos	1	17	38,6	15	35,7	32	37,2	0,60
	2	5	11,4	6	14,3	11	12,8	
	3	6	13,6	5	11,9	11	12,8	
	4	4	9,1	3	7,1	7	8,1	
	5	1	2,3	6	14,3	7	8,1	
	6	1	2,3	0	0,0	1	1,2	
	7	1	2,3	0	0,0	1	1,2	

*Teste exato de Fisher

7.3 Resultados do tratamento

Em relação ao estimado na Escala Davidson de Trauma (EDT), desfecho primário, houve uma queda de 15 pontos nos dois grupos. Esta redução foi significativa para ambos os tratamentos (Tabela 7); (Gráfico 2). No grupo exposição, 56,8% dos pacientes responderam à psicoterapia, enquanto na TCP 73,8% o fizeram. Esta diferença não foi significativa ($\chi^2=2,73$; $p=0,098$), o que mostrou serem eficazes os dois tipos de tratamento.

Nos dois tratamentos, 10 (11,63%) pacientes em cada grupo remeteram.

Em relação à significância clínica, o Coeficiente de Cohen foi utilizado para o cálculo do tamanho de efeito. No grupo de TCP foi $d=1,35$, enquanto no grupo de Exposição foi de $d=0,89$. Os dois grupos mostraram um tamanho de efeito grande o suficiente para serem considerados formas eficazes de tratamento para o TEPT.

Nas escalas de avaliação para sintomas depressivos e ansiosos e na Impressão Clínica Global (CGI - S) observou-se uma redução significativa nos dois tratamentos (Tabela 7).

Tabela 7 - Amostra e médias de grupo, desvios padrão, tamanhos de efeito e os efeitos de medidas, resultados primários e secundários (TCP, $n = 42$; EXP, $n = 44$; ITT análise)

Medidas		Pré-tratamento Média (DP)	Pós-tratamento Média (DP)	Follow-up Média (DP)	ES (PT/FU)	Mixed ANOVA
EDT	TCP	89,83 (28,27)	45,33 (37,03)	50,31 (38,44)	1,35 / 1,17	$F(1,38, 115,74) = 88,50^{a***}$
	Exposição	86,34 (27,79)	56,66 (37,84)	58,68 (38,24)	0,89 / 0,83	$F(1,38, 115,74) = 3,24^b$ $F(1, 84) = 0,66^c$
DAS	TCP	166,45 (43,50)	177,80 (42,85)	178,69 (40,56)	-0,26 / -0,29	$F(1,80, 149,23) = 17,30^{a***}$
	Exposição	169,95 (37,71)	183,04 (35,63)	182,60 (36,49)	-0,35 / -0,34	$F(1,80, 149,23) = 0,68^b$ $F(1, 83) = 0,38^c$
ATQ	TCP	103,71 (31,34)	95,12 (28,66)	95,36 (26,72)	0,29 / 0,29	$F(1,90, 159,62) = 9,35^{a***}$
	Exposição	107,57 (25,06)	96,95 (21,63)	97,61 (24,53)	0,45 / 0,40	$F(1,90, 159,62) = 0,09^b$ $F(1, 84) = 0,29^c$
BDI	TCP	25,50 (10,42)	13,05 (10,80)	14,29 (11,62)	1,17 / 1,02	$F(1,52, 127,96) = 60,88^{a***}$
	Exposição	26,70 (10,52)	18,50 (13,02)	18,73 (11,56)	0,69 / 0,72	$F(1,52, 127,96) = 2,56^b$ $F(1, 84) = 3,00^c$
BAI	TCP	33,21 (13,55)	20,17 (15,43)	21,98 (15,36)	0,90 / 0,78	$F(1,68, 140,70) = 53,87^{a***}$
	Exposição	32,55 (14,09)	21,77 (13,36)	23,41 (15,44)	0,79 / 0,62	$F(1,68, 140,70) = 0,52^b$ $F(1, 84) = 0,08^c$
CGI-S	TCP	4,63 (1,02)	2,90 (1,69)	2,88 (1,63)	1,35 / 1,41	$F(1,45, 117,59) = 62,14^{a***}$
	Exposição	4,43 (1,15)	3,45 (1,47)	3,29 (1,53)	0,73 / 0,83	$F(1,45, 117,59) = 3,81^{b*}$ $F(1, 81) = 0,88^c$
CGI-I	TCP	---	1,97 (1,10)	1,88 (1,02)	-- / 1,24	$F(1, 58) = 0,05^a$
	Exposição	---	2,33 (1,11)	2,37 (1,21)	-- / 0,72	$F(1, 58) = 0,26^b$ $F(1, 82) = 0,64^c$

Nota. TCP: Terapia Cognitiva Processual; ITT: intenção de tratar; PT / FU: pós-tratamento/ acompanhamento; EDT = Escala Davidson de Trauma; DAS = Escala de Atitudes Disfuncionais; ATQ = Escala de Pensamentos Automáticos; CGI-S = Escala de Impressão Clínica Global - Gravidade da doença; CGI-I = Escala de Impressão Clínica Global – Melhora Global; BDI = Inventário de Depressão de Beck; BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; ES: Dentro de tamanho do efeito grupo (Cohen d) é calculado pela fórmula $d = t_c [2 (1-r) / n]^{1/2}$, com base na média de mudança de pré para pós-tratamento e do pré aos 3 meses de follow-up; RM-ANOVA: medidas repetidas análise de variância; ^aOverall efeito do tempo; ^bInteraction (tempo x tratamento) efeito; ^cTreatment (grupo) efeito.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

No Inventário de Depressão de Beck houve redução significativa nos dois grupos em relação a antes e depois da terapia ($p=0,00$), no entanto o grupo TCP apresentou uma queda significativamente maior ($p=0,041$) quando comparado com o grupo de Exposição.

7.3.1 Qualidade de vida

Na escala de qualidade de vida ambos os grupos apresentaram redução significativa nos escores após o tratamento, exceto no aspecto Social o grupo de Exposição. Ambos não melhoraram em relação a Limitações por Aspectos Emocionais ($p=0,5$) (Tabela 8). O tamanho de efeito nos aspectos Vitalidade ($d=0,83$) e Funcionamentos Sociais ($d=1,21$) foram considerados elevados na TCP. Em relação à Saúde Mental houve efeito tanto da Exposição ($d=0,92$) quanto da TCP ($d=1,03$).

Tabela 8 - As médias e desvios padrão para medidas de qualidade de vida de acordo com SF-36 (TCP, n = 42; EXP, n = 44) na linha de base, pós-tratamento e 3 meses de follow-up

Medidas	Pré-tratamento	Pós-tratamento	Follow-up	ES	Mixed ANOVA
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	(PT / FU)	
Capacidade Funcional					
TCP	57,14 (26,44)	68,41 (26,13)	59,63 (33,79)	0,43 / 0,08	F(1,57, 117,71) = 14,22 ^{a***}
Exposição	60,00 (27,04)	69,20 (23,82)	62,16 (30,39)	0,36 / 0,08	F(1,57, 117,71) = 0,22 ^b F(1, 75) = 0,02 ^c
Limitação por Aspecto Físico					
TCP	30,33 (36,40)	44,64 (40,40)	39,88 (41,34)	0,37 / 0,25	F(1,78, 135,23) = 11,81 ^{a***}
Exposição	26,14 (34,08)	41,48 (39,96)	37,20 (41,50)	0,37 / 0,25	F(1,78, 135,23) = 0,70 ^b F(1, 76) = 0,37 ^c
Dor					
TCP	40,36 (21,01)	52,64 (26,98)	43,30 (31,40)	0,51 / 0,11	F(1,57, 117,76) = 7,54 ^{a**}
Exposição	50,91 (27,67)	57,09 (26,33)	50,43 (30,17)	0,23 / 0,26	F(1,57, 117,76) = 2,61 ^b F(1, 75) = 2,31 ^c
Saúde Geral					
TCP	45,43 (23,46)	59,50 (26,61)	48,36 (32,41)	0,56 / 0,10	F(1,52, 114,29) = 17,24 ^{a***}
Exposição	45,70 (23,95)	54,60 (22,39)	49,68 (26,23)	0,38 / 0,16	F(1,52, 114,29) = 0,56 ^b F(1, 75) = 0,16 ^c
Vitalidade					
TCP	30,83 (23,76)	51,55 (25,98)	31,31 (31,22)	0,83 / 0,02	F(1,75, 131,12) = 31,42 ^{a***}
Exposição	31,25 (17,89)	46,82 (22,62)	38,09 (24,08)	0,76 / 0,32	F(1,75, 131,12) = 1,36 ^b F(1, 75) = 0,84 ^c

continua

Tabela 8 - As médias e desvios padrão para medidas de qualidade de vida de acordo com SF-36 (TCP, n = 42; EXP, n = 44) na linha de base, pós-tratamento e 3 meses de follow-up (conclusão)

Medidas	Pré-tratamento	Pós-tratamento	Follow-up	ES	Mixed ANOVA
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	(PT / FU)	
Funcionamento Social					
TCP	30,95 (22,81)	63,21 (30,04)	44,17 (29,34)	1,21 / 0,44	F(1,61, 111,30) = 43,76 ^{a***}
Exposição	30,99 (20,27)	49,72 (30,18)	44,06 (29,99)	0,73 / 0,48	F(1,61, 111,30) = 2,05 ^b F(1, 69) = 1,04 ^c
Limitação por Aspecto Emocional					
TCP	27,77 (35,25)	45,91 (40,81)	40,03 (41,52)	0,48 / 0,36	F(1,72, 121,95) = 9,14 ^{a***}
Exposição	19,69 (33,96)	33,21 (39,84)	30,83 (39,51)	0,40 / 0,09	F(1,72, 121,95) = 0,29 ^b F(1, 71) = 2,32 ^c
Saúde Mental					
TCP	45,00 (25,45)	73,33 (29,25)	57,50 (37,32)	1,03 / 0,39	F(1,66, 124,14) = 52,74 ^{a***}
Exposição	42,50 (21,34)	64,20 (25,50)	57,95 (29,56)	0,92 / 0,60	F(1,66, 124,14) = 1,25 ^b F(1, 75) = 1,88 ^c

Nota: TCP: Terapia Cognitiva Processual; DP: Desvio padrão; ES: tamanho do efeito d de Cohen (effect size); ANOVA: análise de variância; aOverall efeito do tempo; bEfeito de Intervenção (tempo x tratamento) ; cEfeito de Tratamento (grupo).

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.00

7.4 Comparação entre os grupos com TEPT crônico e subclínico

Os pacientes subclínicos comparados com os mais graves mostraram respostas significativas em relação aos tratamentos nas seguintes medidas: EDT ($p=0,000$), BAI ($0,000$), DAS ($p=0,011$). Na qualidade de vida melhoraram em Limitações por Aspectos Físicos ($p=0,049$), Estado Geral de Saúde ($p=0,035$), Vitalidade ($p=0,001$), Aspectos Sociais ($p=0,001$), Limitações por Aspectos Emocionais ($p=0,028$) e Saúde Mental ($p=0,000$). Os pacientes subclínicos apresentaram valor significativamente maior como resposta ao tratamento na SF-36 nos Aspectos Sociais ($p=0,035$). Os pacientes com TEPT crônico apresentaram redução significativamente maior na Escala Davidson de Trauma ($p=0,011$).

Dois pacientes (2,32%) com diagnóstico de TEPT subclínico remeteram na Escala Davidson de Trauma. Enquanto que 18 (23,7%) pacientes mais graves também remeteram no final do tratamento. Não houve diferença significativa ($p=0,795$) entre os pacientes subclínicos e crônicos.

Os pacientes com TEPT mais grave obtiveram resposta ao tratamento tão boa quanto os pacientes subclínicos.

7.5 Resultados parciais do seguimento

Até o presente momento, 50 pacientes completaram as avaliações de seguimento, três meses após o término do tratamento. Não se observou no Inventário de Depressão de Beck a manutenção da redução significativa obtida após o tratamento no grupo que recebeu TCP quando comparada com o grupo Exposição, ou seja, a queda significativa que ocorreu no grupo TCP após o tratamento ($p=0,04$) não se manteve na avaliação depois de 3 meses do tratamento ($p=0,06$), entretanto a melhora significativa em relação a avaliação pré-tratamento foi mantida nos dois grupos ($p=0,00$) (Gráfico 1; Tabela 7).

Gráfico 1 - Box Plot do BDI subdivididos por tempo e tratamento. São Paulo, 2015

No seguimento, o grupo Exposição manteve a resposta obtida com o tratamento em 59,1% dos pacientes e na TCP 66,7% o fizeram segundo os resultados da Escala Davidson de Trauma. Essa diferença não foi significativa quando a comparação foi entre os grupos ($\chi^2=0,528$; $p=0,468$). Mas apresenta significância nos dois grupos quando comparados antes e depois de 3 meses da terapia ($p=0,041$).

Na escala de qualidade de vida, os aspectos que mantiveram a redução significativa quando comparada a avaliação inicial com o seguimento, nos dois grupos foram: Vitalidade ($p=0,009$), Saúde Mental ($p=0,000$) e também no grupo TCP Funcionamento Social ($p=0,000$). Enquanto que Capacidade Funcional ($p=1,0$); Limitação por Aspecto Físico ($p=0,105$); Dor ($p=1,0$); Limitação por Aspecto Emocional ($p=0,5$) e Estado Geral de Saúde ($p=0,657$) não apresentaram redução significativa em nenhum grupo. Ou seja, nenhum grupo manteve a melhora obtida nestes aspectos.

Em relação ao seguimento dos pacientes subclínicos comparados com os pacientes com TEPT crônico não ocorreu alteração significativa ($p=0,904$) nos escores, mostrando estabilização na melhora entre os tratamentos neste período.

Oito pacientes em cada grupo mantiveram a remissão dos sintomas na avaliação de seguimento ($p=0,918$).

Os pacientes subclínicos mantiveram a remissão, enquanto nos crônicos quatro voltaram a pontuar acima de 14 pontos na EDT. Esta mudança não foi significativa ($p=0,503$). Também pioraram na qualidade de vida - Limitação por Aspectos Físicos (TEPT X Subclínico; média [DP]; p-valor: 34,21 [40,59] X 60,00 [39,44]; $p=0,037$).

Gráfico 2 - Box Plot da EDT divididas por tratamento e subdivididas por tempo. São Paulo, 2015

Gráfico 3 - Intervalos de confiança de 95% da EDT por grupo e tempo. São Paulo, 2015

Neste ensaio clínico são descritas taxas de resposta de 54,8% na TCP e 40,9% na Exposição, e taxas de remissão de 26,2% na TCP e 22,7% na Exposição. Contudo não houve diferença significativa entre os dois tratamentos (Tabela 9).

Tabela 9 - Taxas de resposta e remissão nos grupos TCP e Exposição

Variáveis	TCP (n = 42)	Exposição (n = 44)	Estatísticas	P-valor
Remissão, <i>n</i> (%)	11 (26,2)	10 (22,7)	<i>Teste Exato de Fisher</i>	0,80
Resposta, <i>n</i> (%)	23 (54,8)	18 (40,9)	<i>Teste Exato de Fisher</i>	0,28

* $p \leq .01$;

7.6 Aderência ao tratamento

Dos pacientes que foram randomizados 11,63% desistiram do tratamento sendo 7 no grupo de Exposição e 3 no grupo TCP. Essa diferença não foi significativa ($p=0,31$).

Os pacientes que desistiram comparados aos que não desistiram apresentaram homogeneidade em todos os dados analisados neste estudo.

8 DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

Segundo o *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) (Alonso et al.; 2004) o TEPT está entre os cinco principais transtornos mentais com grande impacto na vida dos pacientes. Este transtorno incapacita e diminui a qualidade de vida das pessoas e pode ser tão ou mais incapacitante que as doenças físicas crônicas.

8.1 Hipótese primária

A TCP foi comparada com a Terapia de Exposição que extensamente estudada foi estabelecida como padrão ouro para o tratamento de pacientes com TEPT. Nela, as taxas de não-resposta tem sido elevadas e muitos pacientes continuam a ter sintomas, havendo assim uma necessidade de melhoria nos tratamentos de TEPT já existentes e desenvolvimento de novos tratamentos baseados em evidências (Steenkamp et al., 2015).

Os resultados encontrados confirmam a hipótese principal de que ambos os tratamentos são eficazes, sem diferenças importantes entre eles. Isso traz uma nova perspectiva de tratamento para o TEPT. Entretanto, como os mecanismos mediadores e moderadores da resposta às psicoterapias não são conhecidos, esta afirmação precisa ser melhor estudada (Kazdin, 2009; Schnyder et al., 2015).

De acordo com Friedman et al. (2014), os tratamentos podem agir em vertentes emocionais diferentes. As emoções podem ser aliviadas de várias

maneiras: A Exposição gradual altera o comportamento, fisiologia e a cognição por habituação, a Reestruturação Cognitiva pode ajudar pessoas que sofrem de sentimentos intensos facilitando seu manejo ao mudar a perspectiva e o olhar sobre a situação. Neste estudo em nenhum momento o protocolo de TCP estimulou algum tipo de exposição. Do mesmo modo, o protocolo de Terapia de Exposição não trabalhou pensamentos e esquemas cognitivos. Para de-Oliveira (2012), lidar com crenças centrais negativas que mobilizam o que é mais significativo para o paciente, e que geram uma forte carga emocional, é o mecanismo de ação principal da TCP.

A teoria desenvolvida por Rothbaum e Davis (2003) atribui a eficácia da TCC à extinção, pois o paciente aprende que os sinais condicionados de ameaça (por exemplo, memórias do evento traumático) já não são mais estímulos perigosos. Na TCP, a reestruturação das crenças centrais acerca do que o paciente percebe como ameaça pode estimular o começar a se expor mais. O trabalho com as crenças centrais de vulnerabilidade e com as estratégias compensatórias de fuga e esquiva pode estimular o realizar comportamentos que desafiem essas crenças. Isto pode ser uma forma de Exposição. Realizada, entretanto, através da TCP, isto se tornaria menos aversivo e, portanto, possível para alguns pacientes.

Schottenbauer et al. (2008), realizaram uma metáanálise sobre as taxas de não-resposta e abandono ao tratamento em TCC convencional com portadores de TEPT e encontraram amplas taxas de abandono ao tratamento, chegando a 50%. No estudo aqui descrito, houve uma taxa de desistência de apenas 11,6%. Destes desistentes, metade encontraram

dificuldades para se engajar na psicoterapia devido a questões de incompatibilidade de horário com os terapeutas ou pela distância da residência ao local da terapia.

Novas estratégias para o tratamento podem beneficiar aqueles pacientes que normalmente abandonam a terapia precocemente ou não se beneficiam de um curso padrão de tratamento. De fato, pesquisas futuras terão de investigar qual tratamento seria o mais eficaz para estes pacientes.

Benish et al. (2008) e Powers et al. (2010) em metanálises afirmaram que embora a Exposição prolongada seja considerada o tratamento modelo, não há evidências de que seja superior a outras formas de tratamento já avaliadas (Movimento Rápido dos Olhos, Manejo de Estresse, Terapia Cognitiva focada no trauma, Terapia Cognitiva tradicional e Terapia de exposição à imaginação). Entretanto, não são todos os pacientes com TEPT que respondem a um único tipo de psicoterapia. É possível que estes tratamentos funcionem através de mecanismos distintos, além de que cada forma de tratamento pode ajudar pacientes diferentes. Não sabemos também o impacto que um outro tratamento novo pode ter sobre o paciente que teve apenas resposta parcial, não respondeu ou não tolerou uma determinada psicoterapia.

Para Kazdin (2009), tem havido grandes progressos na pesquisa em psicoterapia, resultando no reconhecimento de vários tratamentos. Apesar destes progressos, avanços nas pesquisas são extremamente necessários, uma vez que depois de décadas de pesquisa em psicoterapia não podemos

fornecer uma explicação baseada em evidências sobre os mediadores e mecanismos de mudanças terapêuticas das intervenções realizadas.

A metanálise de Watts et al. (2013) também demonstrou que há um grande número de tratamentos eficazes para o TEPT, e nenhuma orientação psicoterápica é considerada definitiva. Estes autores não encontraram diferença entre os tipos de TCC, salientando que a reestruturação cognitiva, exposição ou as duas sendo usadas conjuntamente podem ajudar. Mostraram que a psicoterapia pode ser mais eficaz do que o uso só da medicação no tratamento do TEPT.

Apesar da eficácia da TCC, outra revisão metanalítica sugere que 40% dos pacientes ainda têm TEPT após sua realização (Bradley et al., 2005), o que destaca a necessidade de identificar preditores de resposta ao tratamento. Neste estudo com uma amostra de 86 pacientes, 76,7% ainda apresentam sintomas, e apenas 23,2% da amostra apresentou remissão dos mesmos.

Em comparação com indivíduos que possuem TEPT e outras doenças psiquiátricas, os pacientes com TEPT são mais propensos a ter outros diagnósticos psiquiátricos (atual e passado), assim como foi observado na amostra desse estudo. Além disso, o TEPT esteve associado a interrupções no trabalho, funcionamento social e saúde física ruins (Powes et al., 2010), semelhante aos resultados que encontramos nos nossos pacientes. O tratamento seguramente beneficiou os pacientes, pois sua qualidade de vida melhorou principalmente nos aspectos sociais.

Entre os pacientes atendidos no *Psychiatric Trauma Clinic* em Copenhagen, a prevalência de depressão, doença somática, dor, baixo nível de funcionamento e isolamento social foram significativamente associados com os sintomas de TEPT (Buhman et al.; 2014). O mesmo foi encontrado neste estudo com taxas elevadas de comorbidade para depressão segundo o MINI e funcionamento social prejudicado como avaliado na SF-36.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao número de traumas, pois quanto maior seu número pior a resposta ao tratamento (Quevedo et al., 2003). Este estudo não mostrou nenhuma diferença entre a avaliação inicial e resposta ao tratamento de pessoas que sofreram um único evento traumático comparado com os que sofreram dois ou mais eventos.

O primeiro ensaio clínico randomizado realizado para avaliar os efeitos da TCP e da TCC convencional, na qualidade de vida, foi realizado por Powell et al. (2013) em fóbicos sociais. Encontraram efeito de tratamento significativo em quase todos os domínios da qualidade de vida, exceto em Limitações por Aspectos Físicos e Capacidade Funcional. Os dados encontrados no nosso estudo foram semelhantes, mas houve também melhora na capacidade funcional. Entretanto, os dois estudos não apresentaram melhora significativa nas Limitações por Aspectos Físicos porque isto não é objetivo das psicoterapias.

Como principal achado deste estudo, sugerimos o uso da TCP como uma forma alternativa de tratamento eficaz para pacientes com TEPT. Esta forma tem a vantagem de trabalhar os esquemas cognitivos, diferente da terapia Cognitiva tradicional que privilegia apenas sintomas mais superficiais

como os Pensamentos Automáticos. É uma nova alternativa terapêutica com resultados semelhantes à Exposição. Os dados sugerem que poderia ter um resultado superior se a amostra fosse maior.

8.2 Hipótese secundária

O presente estudo não confirmou a hipótese de que pacientes com TEPT crônico apresentaram resultados piores do que os pacientes com quadros subclínicos ou parciais. Os pacientes crônicos apresentaram redução significativa ($p=0,01$) na medida primária do estudo (EDT). Isto está em desacordo com Gilligan et al. (2015), que mostraram que pacientes com TEPT crônico apresentam uma forma mais grave de psicopatologia e maior resistência aos tratamentos.

Neste estudo ambos os grupos, subclínicos e crônicos, apresentaram melhoras com os tratamentos. Os pacientes subclínicos apresentaram respostas melhores em relação a aspectos sociais. O estudo de Rusch et al. (2015) mostrou que os fatores sociais são potencial estratégia de prevenção para o TEPT na sua forma mais crônica. Além disso, para Friedman et al. (2014), a mobilização de apoio social, sempre que possível, deve ser uma parte de qualquer plano de tratamento.

Em relação ao seguimento, os resultados se mantiveram após 3 meses do término do tratamento.

8.3 Limitações do estudo

24,4% não tiveram as comorbidades diagnosticadas pela não realização da avaliação com o MINI.

Não houve o término das avaliações de todos os pacientes em relação ao seguimento até o presente momento.

O TEPT envolve uma série de diferentes estados e com o passar do tempo os sintomas podem mudar. Por isso, para o adequado atendimento das consequências do trauma é importante estar atento às informações advindas dos diferentes grupos de vítimas, pois os resultados de tipos distintos de trauma podem variar consideravelmente (Kapczinski; Margis, 2003). Neste estudo não levamos isso em consideração. Para Chu (2011) a natureza e gravidade dos acontecimentos traumáticos podem influenciar se efeitos psicológicos prolongados irão ocorrer e isso pode dificultar as variáveis que ajudam realmente a classificar os fatores preditores do resultado do tratamento.

Outro ponto importante é que a maioria dos participantes (n=83) recebeu psicoterapia e farmacoterapia durante todo o tempo do estudo devido à gravidade dos quadros clínicos. Podendo ser esta uma variável que dificulte a análise de preditores de resposta à psicoterapia nesta amostra.

9 CONCLUSÕES

9 CONCLUSÕES

A Terapia Cognitiva Processual foi tão eficaz quanto a Terapia de Exposição no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Isto é relevante, pois outras modalidades eficazes de tratamento são necessárias para que indicações mais precisas sejam identificadas, que tratamentos possam ser potencializados e que preferências do paciente sejam respeitadas.

Além desse fator, pacientes crônicos e subclínicos foram beneficiados da mesma maneira com os dois tipos de psicoterapias. Resultando em novas estratégias para beneficiar pacientes que sofrem de uma forma mais crônica desta patologia.

Em relação a futuras pesquisas, mostra-se necessário dar ênfase à questão de sintomas residuais após a realização de algum tipo de tratamento para o TEPT, pois sabemos que não são todos os pacientes que podem responder a um único tipo de tratamento. Outro ponto importante é a compreensão dos mecanismos de mudança nos tratamentos aqui propostos, a fim de obtermos uma melhor resposta ao tratamento em psicoterapia baseadas em evidências.

10 REFERÊNCIAS

10 REFERÊNCIAS

Associação Psiquiátrica Americana (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. - Revista (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, [2000] 2002.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;420 (Suppl.):21-7.

Amorim P. M.I.N.I. *Mini International Neuropsychiatric Interview - Brazilian version 5.0.0*. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR. 1999.

Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2014;XVI(1): 67-82.

Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967. Vol. 32.

Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.

Beck AT, Brown G, Steer RA, Weissman AN. Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychol Assess*. 1991;3:478-83.

Beck JS. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. New York, 2^a ed., The Guilford Press; 2011.

Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Ther*. 2004;42(3):277-92.

Benish SG, Imel ZE, Wampold BE. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(5):746-58.

Beevers CG, Strong DR, Meyer B, Pilkonis PA, Miller IR. Efficiently assessing negative cognition in depression: an item response theory analysis of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychol Assess*. 2007;19(2):199-209.

Bisson MP. *Farmácia clínica e atenção farmacêutica*. 2. ed. Barueri: Manole, 2007. 371p.

Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen, D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):214-227.

Brunner E, Domhof S, Langer F. *Nonparametric analysis of longitudinal data in factorial experiments*. New York: Wiley; 2002.

Burns DD. *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Avon Books; 1992.

Buhman C, Mortensen EL, Lundstrøm S, Ryberg J, Nordentoft M, Ekstrøm M. Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at Psychiatric Trauma Clinic in Copenhagen. *Torture*. 2014;24(1):25-39.

Cardia N. *Os impactos da exposição a violência: aceitação da violência ou horror continuado? O caso de São Paulo*. In: Culture, Citizenship and Urban Violence Seminary, Cuernavaca, México, 1999. 34 p. Disponível em: http://www.nevusp.org/portugues/index.php?option=com_content&task=view&id=884&Itemid=96.

Chow SW, Shao J, Wang H. *Sample size calculations in clinical research*. 2ª ed. Florida: Chapman & Hall/CRC; 2008. 449p. (Statistics Series).

Chu JA. *Rebuilding shattered lives: treating complex PTSD and dissociative disorder*. 2ª ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2011.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.

Classificação Estatística Internacional de Doenças – CID-10. 10ª ed. São Paulo: EDUSP; 2008.

Corsini-Munt S, Bergeron S, Rosen NO, Steben M, Mayrand MH, Delisle I, McDuff P, Aerts L, Santerre-Baillargeon M. A comparison of cognitive-behavioral couple therapy and lidocaine in the treatment of provoked vestibulodynia: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 2014;23:15-506.

Davidson JR, Tharwani HM, Connor KM. Davidson Trauma Scale (DTS): normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depress Anxiety*. 2002;15(2):75-78.

Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, Hertzberg M, Mellman T, Beckham JC, Smith RD, Davison RM, Katz R, Feldman ME. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 1997;27(1):153-60.

De-Oliveira IR. Kafka's trial dilemma: proposal of a practical solution to Joseph K.' unknown accusation. *Med Hypotheses*. 2011;77(1):5-6.

De-Oliveira IR. Trial-based thought records (TBTR). *Advances in Cognitive Therapy*. 2007;9:1-4.

De-Oliveira IR. *Trial-based cognitive therapy: A manual for clinicians*. New York: Routledge; 2015.

De-Oliveira IR. Trial-Based Thought Record (TBTR): preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of analogy with a judicial process. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):12-8.

De-Oliveira IR. *Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy*. Croatia: InTech, 2012.

De-Oliveira IR. Trial-Based Cognitive Therapy (TBCT): A new cognitive-behavior therapy approach. In: De-Oliveira IR, Schawartz T, Stahl S. *Integrating Psychotherapy and Psychopharmacology: A Handbook for Clinicians - Psychopharmacology and Psychotherapy in Clinical Practice*. New York: Ed. Routledge; 2013.

Dunn G, Sham P, Hand D. Statistics and the nature of depression. *Psychol Med*. 1993;23(4):871-889.

- Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38(4):319-45.
- Ehlers A, Clark DM. Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments. *Nord J Psychiatry*. 2008; 62, suppl 47: 11-8.
- Felmingham KL, Bryant RA. Gender difference in the maintenance of response to cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(2):196-200.
- Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(Supl I):12-62.
- Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. *Prolonged exposure therapy for PTSD - Emotional Processing of Traumatic Experiences* - therapist guide. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986;99(1):20-35.
- Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford Press; 1998.
- Freeman A, DeWolf R. *The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them*. New York: HarperCollins; 1992.
- Friedman MJ, Keane TM, Resick PA. *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press; 2014.
- Garcia AC. *Adaptação da escala de pensamentos automáticos (ATQ-30) para o português*. [Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Psicologia)]. Itajai, SC: UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí; 2001.

Garcia AC, Legal EJ. *Adaptação do Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ-30) para o português*. Resumos de Comunicação Científica da XXXII Reunião Anual de Psicologia, Florianópolis, 2002: 413-4.

Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Int J Cogn Ther Special Section: Compassion Focused Therapy*. 2010;3:97-112.

Greenberger D, Padesky C. *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Guy W. *Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, (ed) ECDEU; 1976.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy*. An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999. xvi p.304.

Hollon SD, Kendall P. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cogn Ther Res*. 1980;4(4):383-95.

Iribarren J, Prolo P, Neagos N, Chiappelli F. Post-Traumatic Stress Disorder: evidence-based research for the third millennium. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2005;2(4):503-12.

Kapczinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(1):3-7.

Kar N. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7:167-81.

Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res.* 2009;19(4-5):418-428.

Knapp P, Caminha RM. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo. 2003;25 (supl.1):31-6.

Lang PJ. A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology.* 1979;16:495–512.

Lang PJ. The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: Tuma AH, Maser JD. (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: Erlbaum;1985. p. 131–170.

Leahy RL, Holland SJF, McGinn LK. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. 2e (Treatment Plans and Interventions for Evidence-Based Psychot). New York: Guilford Press; 2001.

Leahy RL, *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2003.

Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:317-25.

Mitchell S. *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.

Mylle J, Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affect Disord.* 2004;78(1):37-48.

Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res.* 2005;40(1):1-21.

Orsini MRC, Tavares M, Tróccoli BT. Adaptação brasileira da escala de atitudes disfuncionais (DAS). *Psico-USF*. 2006;11(1):25-33.

Peden AR, Hall LA, Rayens MK, Beebe L. Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nurs Res*. 2000;49(4):201-7.

Peres J. *Trauma e superação: o que a psicologia, a neurociência e a espiritualidade ensinam*. São Paulo: Ed Roca; 2009.

Perls FS. *The gestalt approach and eyewitness to therapy*. Palo Alto: California Science and Behavior Books; 1973. New York: Bantam Books, 1976.

Pinheiro JC, Bates DM. *Mixed-Effects Models in S and S-PLUS*. New York: Springer; 2000. 461p.

Powell VB, De Oliveira OH, Seixas C, Almeida C, Grangeon MC, Caldas M, Bonfim TD, Castro M, De Almeida G, Moraes RO, Sudak D, De Oliveira IR. Changing core beliefs with trial-based cognitive therapy may improve quality of life in social phobia: a randomized. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35:243-47.

Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*. 2010;30:635-41.

Quevedo J, Feier G, Agostinho FR, Martins MR, Roesler R. Consolidação da memória e estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(Supl 1):25-3.

Rangé B. (Org.) *Psicoterapia cognitiva comportamental: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

Riggs NR, Jahromi LB, Razza RP, Dillworth JE, Mueller U. Executive function and the promotion of social-emotional competence. *J Appl Dev Psychol*. 2006;27:300-309.

Rothbaum BO, Davis M. Applying learning principles to the treatment of post-trauma reactions. *Ann N Y Acad Sci*. 2003;1008:112–21.

Rusch HL, Shvil E, Szanton SL, Neria Y, Gill JM. Determinants of psychological resistance and recovery among women exposed to assaultive trauma. *Brain Behav*. 2015;5(4):1-12.

Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11.

Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BPR, Resick PA, Shapiro F, Cloitre M. Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6:28186.

Schottenbauer MA, Glass DB, Arnkoff DB, Tendick AV, Gray SII. Non-response and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry*. 2008;71(2):134-68.

Souza ER, Lima LC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(supl):1211-22.

Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, Marmar CR. Psychotherapy for Military-Related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015;314(5):489-500.

Tavares M. SCID - *A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV*. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1997.

Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013 Jun;74(6):e541-50.

Ware Jr JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):903-12.

Weissman AN. *The Dysfunctional Attitude Scale: a validation study* [Tese de Doutorado]. Philadelphia: University of Pennsylvania; 1979.

Weissman AN, Beck AT. *A development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation*. In: Reunião Anual da Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, 1978.

Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2009.

Yehuda R, Davidson J. *Clinician's manual on post-traumatic stress disorder*. London: Science Press; 2000.

11 ANEXOS

Anexo A: Registro de Pensamento com base no Processo

PROCESSO							
Descreva sucintamente a situação desagradável							
1. Investigação / Estabelecimento da Acusação		2. Prometoria / Advogado de Defesa		3. Advogado de Defesa		4. Prometoria / Advogado de Defesa	
Com todas as evidências ou provas que apoiam a acusação ou a crença.		Com todas as evidências ou provas que questionam a acusação ou crença.		Escreva as evidências ou acusações que questionam cada evidência da coluna 3, geralmente expressa com a conjunção <i>mas</i> .		Escreva os argumentos ou evidências que questionam cada evidência da coluna 4, geralmente expressa com a conjunção <i>mas</i> .	
5. Advogado de Defesa (Tréplica)		6. Advogado de Defesa (Tréplica)		7. Advogado de Defesa (Tréplica)		8. Advogado de Defesa (Tréplica)	
Cópia cada argumento ou evidência da coluna 4, primeiro e, então, cada evidência correspondente a cada argumento da defesa durante a tréplica		Cópia cada argumento ou evidência da coluna 5, primeiro e, então, cada evidência correspondente a cada argumento da defesa durante a tréplica		Cópia cada argumento ou evidência da coluna 6, primeiro e, então, cada evidência correspondente a cada argumento da defesa durante a tréplica		Cópia cada argumento ou evidência da coluna 7, primeiro e, então, cada evidência correspondente a cada argumento da defesa durante a tréplica	
<p>(Técnica da seta descendente)</p> <p>Se os pensamentos acima forem verdade, isto significa que...</p> <p>Seu.....</p>							
<p>INICIO</p> <p>Crença (%)</p> <p>Emoção (%)</p>		<p>FINAL</p> <p>Crença (%)</p> <p>Emoção (%)</p>		<p>Crença (%)</p> <p>Emoção (%)</p>		<p>Crença (%)</p> <p>Emoção (%)</p>	

Veredito (circule a opção):
a) culpado
b) inocente.

Propriedade © Núcleo de Terapia Cognitiva da Bahia, 2003.

Anexo B: Registro de Pensamento Intrapessoal (RP-Intra)

Registro de Pensamentos Intrapessoal (RP-Intra)

Situação

1. Que está acontecendo?

← Pensamento automático (PA)

2a. Que acaba de passar por minha cabeça?

2b. Quanto acredito nisso (%)?

Emoção

3a. Que emoção sinto?

3b. Qual a intensidade (%)?

Comportamento ou reação física

4a. Que faço?

4b. Que noto em meu corpo?

5. Quais são as vantagens deste comportamento? _____

6. Quais são as desvantagens deste comportamento? _____

7. Que distorção cognitiva este PA parece ser? _____

8. Há evidências (provas) que sustentam o PA? _____

9. Há evidências (provas) que NÃO sustentam o PA? _____

Conclusão

10a. As evidências acima me levam a concluir que: _____

10b. Quanto acredito nisso (%)? _____

11. Quanto acredito no PA agora? _____ %

12. Como estou me sentindo?

- A mesma coisa: _____
- Um pouco melhor: _____
- Muito melhor: _____

Emoção

11a. Que emoções sinto agora? (+) (-)

11b. Qual a intensidade? (+) (-) (%)

Comportamento ou reação física

12a. Que pretendo fazer? (*)

12b. Que noto em meu corpo agora?

Copyright Inamar Reis de Oliveira

* Se necessário, fazer um plano de ação.

Anexo C: Role-Play Consensual (RPC)

Anexo D: Processo II

PROCESSO

Descreva sucintamente a situação desagradável.

1. Investigação e estabelecimento da acusação ao promotor	2. Acusação ao promotor pela defesa Cite todas as evidências ou provas que apoiam a acusação ao promotor.	3. Defesa de si mesmo pelo promotor Escreva as evidências ou provas que questionam a acusação feita pela defesa do paciente.	4. Réplica da defesa do paciente aos argumentos do promotor em defesa de si mesmo Refutar os argumentos utilizados pelo promotor em defesa de si mesmo.	5. Jurado / Veredito Faça pequeno relatório, considerando: Quem foi mais convincente e consistente? Quem apresentou mais provas? Quem cometeu menos distorções cognitivas?
<p>(Técnica da seta descendente)</p> <p>Se os pensamentos acima forem verdade, isso significa que...</p> <p>O promotor está sendo acusado de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) INCOMPETÊNCIA 2) ABUSO DE PODER 3) ASSÉDIO MORAL 				<p>Veredito (circule a opção):</p> <p>a) <u>culpado</u></p> <p>b) <u>inocente</u></p>
Acredito ____ %	Acredito ____ (%)	Acredito ____ (%)	Acredito ____ %	Acredito ____ %

Propriedade © Núcleo de Terapia Cognitiva da Bahia 2011.

Anexo E: Processo III ou Grade de Participação

Acredito ____% que sou culpado por _____.

SENTIMENTO DE CULPA MAIS ALTO

Avaliação da participação	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação	5ª avaliação
P					
E					
A					
R					
T					
I					
C					
I					
P					
A					
Ç					
Ã					
O					
Percentagem total	100	100	100	100	100

R E S P O N S Á V E L

Acredito ____% que sou culpado por _____.

SENTIMENTO DE CULPA MAIS BAIXO

Anexo F: Parecer do Comitê de Ética

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL NO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.

Pesquisador Responsável: Francisco Lotufo Neto

Versão: 2

Pesquisador Executante: Érica Panzani Duran

CAAE: 09229413.3.0000.0068

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Orientador: Francisco Lotufo Neto

Instituição: HCFMUSP – Instituto de Psiquiatria

Departamento: PSIQUIATRIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 9624

Número do Parecer: 266.643

Data da Relatoria: 08/05/2013

Apresentação do Projeto: Trata-se de projeto de pesquisa que visa avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual (TCP) na melhora de pacientes com transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT). Através de desenho de estudo prospectivo com intervenção através de psicoterapia utilizando-se de duas técnicas (uma em cada braço). Os pacientes serão tratados de forma otimizada podendo receber medicações se indicado.

Amostra de conveniência envolvendo 60 pacientes; 30 pacientes em cada braço

Objetivo da Pesquisa: Avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual (TCP) na melhora de pacientes com transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT).

Avaliação dos Riscos e Benefícios: os pacientes receberão tratamento otimizado, com medicação se necessário e psicoterapia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Projeto bem desenhado, com tratamento garantido aos pacientes e seguimento em psicoterapia comparando duas técnicas diferentes em termos de efetividade e melhora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: adequado escrito em linguagem clara

Recomendações: projeto adequado, objetivos bem descritos e metodologia adequada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: projeto adequado, objetivos bem descritos e metodologia adequada, o pesquisador atendeu a solicitação feita no parecer anterior com relação a área temática

Situação do Parecer: APROVADO

Necessita Apreciação da CONEP: NÃO

Considerações Finais a critério do CEP: Em conformidade com o item IX.2 da Resolução CNS nº 196/96 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar
CEP 05403-010 - São Paulo - SP.

55 11 2661-7585 - 55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 | marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

São Paulo, 08 de Maio de 2013

Prof. Dr. Alfredo José Mansur
Vice-Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Anexo G: Protocolo da Terapia de Exposição

<p style="text-align: center;">PROTOCOLO Processamento Emocional de Experiências Traumáticas</p>

Sessões:

à Terapia individual - 13 sessões com 01 hora de duração cada.
(11 sessões semanais + 02 sessões seguintes quinzenais)

a Instrumentos Utilizados na Terapia de Exposição:

- > questionário sobre o trauma e de história de vida;
- > folheto explicativo sobre: o transtorno; respiração; exposição; exposição ao vivo e exposição na imaginação
- > folha para realização de hierarquia (*exposição ao vivo*);
- > registros para exposições
- > papel carbono

1ª Sessão

Introdução sobre o tratamento: Hoje você iniciará o tratamento psicoterápico baseado na terapia de exposição.

O tratamento será de quatro meses, constituído de onze sessões semanais com duração de uma hora e, após estas sessões, mais duas sessões quinzenais com a mesma duração, Ok? Você já respondeu a outros questionários, mas gostaria de obter mais informações sobre o que aconteceu com você, posso lhe fazer mais algumas perguntas? (fala introdutória do terapeuta)

- Aplicar o questionário sobre o trauma e o de história de vida.
- Explicar mais sobre TEPT (folheto sobre TEPT explicar para o paciente e oferecer o folheto)
- Finalizar com o treino de respiração.

Tarefa de casa - treinar respiração e leitura sobre o folheto

2ª Sessão

- Verificar lição de casa - respiração + leitura
- Racional sobre Exposição - explicar e esclarecer dúvidas
- Racional sobre a Exposição ao vivo. Pedir para o paciente explicar o que entendeu
- Início da elaboração da hierarquia de exposição (descrição das situações de esQUIVA)
- Explicar o que é a SUDS (dar parâmetro o que é 0 e o que é 10 de ansiedade)

Tarefa de casa - complementar a hierarquia de exposição e pontuar as mesmas (entregar cópia da hierarquia para o paciente). Continuar treino de respiração.

3ª Sessão

- Verificar lição de casa - voltar a perguntar sobre respiração e hierarquia.
- Rever o racional da Exposição - pedir que o paciente parafraseie a explicação.
- Organizar a hierarquia junto com o paciente em ordem crescente de ansiedade.
- Explicar o registro de ansiedade e verificar novamente se o paciente entendeu o procedimento.

- Identificar junto com o paciente uma ou no máximo duas situações da hierarquia de no máximo 4 de ansiedade para tarefa de casa.

Tarefa de casa - exposição à situação de menor ansiedade da hierarquia e preencher o registro de ansiedade, continuar com respiração.

4ª Sessão

- Rever tarefa de casa e dar seguimento à exposição ao vivo trabalhando dificuldades e seguir hierarquia em casa (só passar para a situação seguinte quando a ansiedade da situação exposta for 0)
- Repassar hierarquia de exposição e rever os níveis de ansiedade.
- Escolher junto com o paciente a próxima situação para tarefa de casa
- Tarefa de casa - continuar exposição, registro e treino de respiração.

5ª Sessão

- Rever tarefa de casa - alterar hierarquia e trabalhar a situação a ser exposta.
- Racional sobre a exposição na imaginação - explicação e pedir para o paciente explicar
- Escrita da lembrança do evento traumático apontando os índices de ansiedade antes e depois, assinalar no escrito algum momento de maior ansiedade.
- Posterior leitura do relato, registrar ansiedade antes e depois.
- Trabalhar os sentimentos e pensamentos decorrentes da exposição (perguntas indicadas no folheto de explicação).

Tarefa de casa - continuar exposição ao vivo com registro, escrita e revisão e leitura sobre o evento, registros dos níveis de ansiedade antes e depois da leitura.

6ª - 11ª Sessão

- Rever tarefas (exposição ao vivo e na imaginação) e trabalhar dificuldades.
- Rever relato nos pontos mais ansiogênicos (dificuldades das duas exposições).

Tarefa de casa - exposições e registros.

12ª - 13ª Sessão

- Avaliação e incentivo para se manter se expondo (quais ganhos o paciente percebeu?)
- Entrega da última hierarquia revista para dar continuidade na ausência do terapeuta.

Anexo H: Questionários sobre o trauma**ENTREVISTA SOBRE O TRAUMA**

Paciente: _____ Data: ____ / ____ / ____
 Terapeuta: _____
 Idade: _____ Grau de Escolaridade: _____ DN: ____ / ____ / ____
 Estado Civil: _____ Reside com: _____ Profissão: _____

Diagnóstico Psiquiátrico (questionar o paciente)

Outros tratamentos

Diga ao paciente: *“Eu vou fazer algumas perguntas referentes ao trauma e como você se sentiu no momento ou depois do trauma. O que iremos conversar pode ser difícil, se houver alguma coisa que eu possa fazer para que você fique mais tranquilo, por favor, me diga. Você tem alguma questão antes de começarmos?”*
 Dizer o que sabe sobre o trauma segundo informações anteriores.

Tem algo a acrescentar? É isso mesmo?

Algumas pessoas vivenciaram outros traumas ao longo de suas vidas. Isso aconteceu com você? Você vivenciou, testemunhou ou foi confrontado por outros eventos traumáticos?

Para o terapeuta:

Se o cliente tem dúvidas cite alguns exemplos:

a desastres naturais	a ataque violento de natureza não sexual
a acidente grave	a abuso sexual enquanto criança ou adolescente
☐ zona de guerra	a surras que deixaram marcas ou hematomas
☐ morte acidental	a assassinato de um amigo próximo ou familiar
a ataque por arma de fogo	a suicídio de um amigo ou familiar próximo
a ataque por faca ou por outra arma	a estupro ou tentativa de estupro
a testemunho de violência física	
a aparecimento inesperado de doença com risco de morte	
a ataque sem arma, mas com intenção de matar ou ferir gravemente	

Identificação sobre o trauma alvo: (qual o evento traumático a ser focado no tratamento de exposição)

Dizer ao paciente: *“Das situações que já aconteceram com você, qual o aborreceu mais? O que lhe causa mais estresse? O que aparece com mais frequência em seus pensamentos, quando você não quer pensar a respeito? Qual foi o pior? Qual você sentiu mais medo?”*

Especifique o trauma alvo: _____

Dizer ao paciente: *“Você lembra o que estava pensando ou sentindo no momento? Quando aconteceu, você pensou que iria morrer ou ficar ferido gravemente?”*

Sim () Não ()

Durante _____ você se sentiu desamparado, horrorizado ou amedrontado?

Sim () Não ()

Se você teve um agressor, quem ele era ou eram?

01 - Estranho	09 - Namorado(a)
02 - Conhecido	10 - Marido, esposa, companheiro
03 - Inimigo	11 - Organização
04 - Terrorista	12 - Figura de autoridade
05 - Amigo	13 - Parente
06 - Pais	14 - Vizinho
07 - Irmão	15 - Outros
08 - Membro da igreja	16 - Desconhecido

Onde ocorreu o trauma?

- 1- Própria residência
- 2- Casa do agressor
- 3- Residência de amigo ou parente
- 4- Parque, rua
- 5- Estacionamento, garagem
- 6- Escola
- 7- Instituição
- 8- Campo de batalha
- 9- Lugar público
- 10- Lugar abandonado
- 11- Carro, ônibus, avião
- 12- Local de trabalho
- 13- Outro – descreva

Você se feriu? Essas feridas são um problema para você?

Você recebeu cuidados médicos? Ajudaram? Você ainda está sob cuidados médicos devido a esses problemas?

Existe alguma ação criminal ou legal por conta do trauma? Como isso o afeta?

Dizer ao paciente: “Eu vou lhe perguntar agora se alguém é culpado pelo trauma, não que exista a necessidade de culpar alguém. Mas será importante para o nosso trabalho e a sua visão a respeito, ok?”

Quem, se existe alguém, é o culpado pelo trauma?

- 1- eu mesma
- 2- assaltante
- 3- uma organização
- 4- o governo
- 5- amigo
- 6- local
- 7- ocasião
- 8- outro

Como ?

Você se sentiu culpado ou responsável pelo trauma? Com vergonha? Raiva? Como é esse sentimento?

Saúde física e mental desde o trauma

Como está sua saúde desde o trauma?

Boa ()

Razoável ()

ruim ()

Quais problemas de saúde você tem no momento? São relacionados ao trauma?

Você se sentiu amparada (o)? Com quem você gosta de conversar? Como é a sua relação com amigos ou familiares ultimamente?

Como está seu humor desde o trauma? (ou como está seu humor atualmente?). Você se sentia mal ou deprimida (o)? Você continua interessada (o) nas coisas como usualmente você era?

Nota: Se o paciente apresentar humor depressivo, pergunte sobre comportamentos ou ideação suicida:

Desde o trauma, você já pensou que a vida não faz sentido ou teve algum pensamento suicida? Se sim, com qual frequência?

Você chegou a planejar sua morte? Você teve alguma ação? (escolheu um local e data, comprou uma arma ou comprou remédios)?

Você tem intenção de realizar o planejado ou tem intenção de se machucar?

Você tentou de se matar desde o trauma? Quando?

Você já se machucou deliberadamente de alguma forma? Por exemplo: algumas pessoas se cortam ou se queimam propositalmente.

Sim () Não ()

Pergunte se necessário: O que você fez contra si mesmo? Quando foi a última vez que você se machucou?

Se sim, descreva:

Você já buscou ajuda psiquiátrica ou psicológica devido ao trauma?

Sim () Não ()

Se sim, descreva.

Você chegou a ir ao hospital desde o trauma por questões emocionais? Tentativa de suicídio? Álcool ou tratamento de drogas?

Sim () Não ()

Como foi?

Uso de álcool e drogas

Eu gostaria de perguntar sobre o uso de drogas ou medicamentos. Desde o trauma, você usou algumas dessas substâncias?

Remédios prescritos em qual dosagem?

Outras drogas

Medicação além da prescrita

Quantos drinques com álcool você ingere por dia? O seu padrão de bebida mudou desde o trauma?

Você tem problemas legais, sociais ou no trabalho pelo uso de álcool ou drogas?
Sim () Não ()

Você acha que tem problemas com álcool ou drogas?
Sim () Não ()

Tem alguma outra coisa em sua vida agora, ou sobre como o TEPT afetou sua vida, que você acha que eu deveria saber?

Anexo I: Protocolo da Terapia Cognitiva Processual (TCP)

<p style="text-align: center;">PROTOCOLO Terapia Cognitiva Processual (TCP)</p>

Sessões:

à Terapia individual - 13 sessões com 01 hora de duração cada.
(11 sessões semanais + 02 sessões seguintes quinzenais)

a Instrumentos Utilizados na TCP:

- > breve coleta de história de vida e questionário sobre o trauma;
- > folheto explicativo sobre: o transtorno; distorções cognitivas;
- > CD-Quest;
- > Diagrama da Conceituação Cognitiva, Processo, Grade de Responsabilidade, técnica do Role-Play Racional-Emotivo Consensual, Registro de Pensamento Disfuncional Intrapessoal e Interpessoal;
- > papel carbono

Sessão 0

Introdução sobre o tratamento e consentimento livre e esclarecido:

Terapeuta: *"Hoje você iniciará o tratamento psicoterápico baseado na terapia cognitiva processual. O tratamento será constituído de onze sessões semanais com duração de uma hora e, após estas sessões, mais duas sessões quinzenais com a mesma duração, Ok? Gostaria que você lesse esse consentimento, esclarecesse suas dúvidas e, em estando de acordo, que o assinasse. Sei que você já respondeu a outros questionários, mas gostaria de obter mais informações sobre o que aconteceu com você; posso lhe fazer mais algumas perguntas?"*

- Aplicar o questionário sobre o trauma e um breve relato da história de vida.
- Psicoeducação sobre TEPT (folheto sobre TEPT, explicar para o paciente e oferecer o folheto);
- Realizar o resumo da sessão;
- Tarefa de casa - leitura do folheto;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 1

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisão da tarefa de casa (leitura do folheto);
- Psicoeducação sobre o transtorno e sobre o modelo cognitivo (explicar o nível 1 do diagrama da conceituação cognitiva da TCP; utilizando um exemplo da semana do paciente);
- Tarefa de casa - entregar a lista de definições e exemplos das distorções cognitivas (para preparação do preenchimento do CD-Quest).
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 2

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisão da tarefa de casa (lista das distorções cognitivas).

- Preenchimento do CD-Quest (a maior parte da sessão é dedicada a isso),. Terapeuta: *"Este questionário será utilizado semanalmente para ajudar a identificar seus pensamentos automáticos negativos (PAN) ocorridos na semana anterior à sessão, e mantê-lo continuamente atento às distorções cognitivas, em base diária, durante todo o curso da terapia"*.

Observação: a partir da sessão 3, o paciente passará a preencher o CD-Quest antes das sessões.

- Introduzir o Registro de Pensamentos Disfuncionais Intrapessoal (RPDintra) na sessão, mostrando como os PAN são autorreforçadores. Dependendo da natureza do problema e do tempo disponível, introduzir também o Registro de Pensamentos Disfuncionais Interpessoal (RPDinter);
- Tarefa de casa - preencher 3 RPDintra (e/ou RPDinter, se for o caso) durante a semana, ao notar emoções fortes e/ou comportamentos disfuncionais.
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Observação: Solicitar que o paciente passe a chegar pelo menos 20 minutos antes das sessões para preenchimento do CD-Quest.

Sessão 3

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisar CD-Quest e comparar os escores da sessão atual com a sessão anterior, mostrados sob a forma de gráfico;
- Revisão da tarefa de casa: RPD (intra e/ou inter)
- Psicoeducação do nível 2 do diagrama de conceituação - seta indicando como alguns comportamentos que pareceram ajudar o paciente tornaram-se com o tempo comportamentos de segurança; explicar os pressupostos subjacentes (PS) após explicitá-los. Como exemplo da esquiva, com a pergunta: *"Se você não evita, o que acontece?"*; mostrar como os PS formam o circuito 2 e modulam novos PA;
- Tarefa de casa: experimento(s) comportamental(is), p.ex.: exposição a um evento temido - com base no comportamento de segurança e PS;
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 4

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisar CD-Quest e comparar os escores da sessão atual com as sessões anteriores, mostrados sob a forma de gráfico;
- Revisão da tarefa de casa: experimento(s) comportamental(is);
- Identificar com o paciente um experimento comportamental que ele não consiga ou tenha dificuldade em fazer sozinho; introduzir o Role-Play Racional-Emotivo Consensual (RPREC) com essa ação temida - técnica que desenvolvida tanto para ajudar o paciente a tomar decisões, mas também para ensinar-lhe como razão e emoção conversam entre si (incorporar a técnica da cadeira vazia);
- Tarefa de casa: experimento comportamental resultante do RPREC - oportunidade de fortalecer conhecimento sobre a natureza circular das cognições (Circuito 2);

- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 5

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisar CD-Quest e comparar os escores da sessão atual com as sessões anteriores, mostrados sob a forma de gráfico;
- Revisão da tarefa de casa: experimento comportamental resultante do RPREC;
- Aplicar o Processo I; ao final introduzir o nível 3 do diagrama de conceituação da TCP e mostrar como funcionaria o circuito 4 (1 + 2 + 3) com a nova crença;
- Tarefa de casa: preparo para o Recurso (solicitado pelo promotor ou pelo advogado de defesa, o que tiver sido derrotado), tendo o advogado de defesa como aliado; mostrar ao paciente que a tarefa geralmente toma de 1-3 minutos por dia e que é muito poderosa;
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 6

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisar CD-Quest e comparar os escores da sessão atual com as sessões anteriores, mostrados sob a forma de gráfico;
- Revisão da tarefa de casa: preparo para o recurso;
- Aplicar o Recurso (aplicar o Processo I com a mesma crença)
- Tarefa de casa: continuação do preenchimento da preparação para o Recurso com a nova crença (obs: essa tarefa permanecerá até o final da terapia);
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 7

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisar CD-Quest e comparar os escores da sessão atual com as sessões anteriores, mostrados sob a forma de gráfico;
- Revisão da tarefa de casa: preenchimento da preparação para o Recurso;
- Aplicar o Processo I (com outra crença);
- Tarefa de casa: preparo para o Recurso de duas crenças (anterior e a trabalhada nesta sessão);
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 8

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisar CD-Quest e comparar os escores da sessão atual com as sessões anteriores, mostrados sob a forma de gráfico;
- Revisão da tarefa de casa: preparo para o Recurso;
- Aplicar o Recurso (aplicar o Processo I com a crença trabalhada na sessão anterior)

- Tarefa de casa: continuação do preenchimento da preparação para o Recurso com as duas novas crenças;
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 9

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisar CD-Quest e comparar os escores da sessão atual com as sessões anteriores, mostrados sob a forma de gráfico;
- Revisão da tarefa de casa: preenchimento da preparação para o Recurso;
- Aplicar o Processo I (com a terceira crença);
- Tarefa de casa: preparo para o Recurso de três novas crenças;
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 10

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisar CD-Quest e comparar os escores da sessão atual com as sessões anteriores, mostrados sob a forma de gráfico;
- Revisão da tarefa de casa: preparo para o Recurso;
- Aplicar o Recurso (aplicar o Processo I com a crença trabalhada na sessão anterior)
- Tarefa de casa: continuação do preenchimento da preparação para o Recurso com as três novas crenças;
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 11

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Revisar CD-Quest e comparar os escores da sessão atual com as sessões anteriores, mostrados sob a forma de gráfico;
- Revisão da tarefa de casa: preenchimento da preparação para o Recurso com as três novas crenças;
- Aplicar o Processo II.1 (promotor assume posição de réu, sendo processado pelo paciente);
- Tarefa de casa: continuar com o preparo do Recurso com as três novas crenças;
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Sessão 12

- Revisão da semana;
- Ponte com a sessão anterior;
- Fazer uma análise do gráfico do CD-Quest;
- Tarefa de casa: pedir ao paciente que continue preenchendo a preparação do Recurso com as três novas crenças nos próximos três meses.
- Resumo da sessão;
- Finalizar pedindo o feedback da sessão.

Observação: É necessário para este protocolo que, em alguma das sessões

13ª sessão - a ser escolhida pelo terapeuta em função do momento adequado, seja aplicada a Grade de Responsabilidade (técnica desenvolvida para lidar com culpa e vergonha).

Anexo J: Psicoeducação sobre o transtorno

O QUE É TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT).

É um transtorno de ansiedade que pode se desenvolver após a vivência de uma situação perigosa e traumática envolvendo morte, lesão grave ou ameaça à integridade física, como por exemplo: assaltos, sequestros, violência seguida de morte, perda súbita de parentes próximos, acidentes, desastres, abuso sexual, catástrofes naturais, combate militar. Você pode ter vivido alguma destas experiências, ou outra parecida, ou até mesmo testemunhado com alguém próximo.

É natural que em uma situação de perigo e medo o nosso corpo sofra reações fisiológicas instantâneas que nos preparam para a defesa. No caso do TEPT estas reações sofrem alterações tão bruscas e de descontrole que a pessoa pode continuar sentindo medo intenso mesmo quando não estão mais expostas ao perigo. Podem também passar por sofrimento psicológico diante de quaisquer indícios internos ou externos que simbolizem ou lembrem qualquer aspecto do trauma.

O TEPT pode ocorrer após a exposição a uma única situação traumática ou quando existe uma constante situação de ameaça e violência.

QUAIS OS PRINCIPAIS SINTOMAS?

O TEPT afeta a pessoa como um todo, trazendo perturbação, sofrimento significativo e prejuízo nas áreas mais importantes de sua vida. Os sintomas fisiológicos, emocionais e comportamentais estão interligados.

- ☐ Tremor, agitação, excitabilidade aumentada;
- ☐ Pesadelos ou sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
- ☐ Flash Backs (ter a sensação de estar vendo ou vivenciando a situação traumática, como se fosse uma cena de filme);
- ☐ Dificuldade de concentração e dificuldade para dormir;
- ☐ Continuar a reviver o trauma, muito tempo depois (em pensamento e em sentimento);
- ☐ Estar sempre na expectativa de que a situação possa ocorrer do novo, ou que algo de ruim possa acontecer;
- ☐ Sensação de vazio;
- ☐ Perda de esperança e expectativa de futuro, (profissional, familiar e de vida);
- ☐ Sentimento de impotência e incapacidade de se proteger do perigo;
- ☐ Estar tenso ou “no limite”; podendo muitas vezes ter surtos de raiva;
- ☐ Forte sentimento de culpa ou preocupação;
- ☐ Assustar-se facilmente;
- ☐ Afastar-se de lugares, eventos, atividades, pessoas ou objetos que possam trazer alguma lembrança do trauma;
- ☐ Perda de interesse por atividades que eram agradáveis no passado.

POR QUE COMIGO?

Pode haver, como pode não haver, explicações sobre por que aconteceu comigo. Coisas ruins acontecem com todas as pessoas, pessoas boas ou más. Não somos nós que fazemos as coisas ruins acontecerem e também nem sempre podemos controlá-las ou mesmo prevêê-las.

É preciso saber:

Pessoas podem reagir de diferentes formas a situações parecidas ou às circunstâncias intensas e assustadoras. As reações vão depender da forma como cada uma enxerga a situação traumática.

Por exemplo: algumas pessoas respondem de maneira traumática a certos eventos vendo televisão, outras já não se assustam com a vivência de uma situação traumática. Algumas pessoas desenvolvem sintomas mais cedo, outras resistem aos efeitos dos traumas.

ENTÃO, POR QUE COMIGO?

Porque existem fatores pessoais que facilitam o desenvolvimento do TEPT.

- ☐ O tipo de personalidade pode ter influência.
- ☐ Como aprendeu a lidar com situações estressoras durante sua vida.
- ☐ A forma como a pessoa lida com a vida; ter pouca habilidade de resolver problemas.
- ☐ Estar constantemente exposto a situações de risco.

Anexo K: Psicoeducação sobre distorções cognitivas

Distorções Cognitivas do CD-Quest: Definições e Exemplos ("O que acaba de passar por minha cabeça?")

Distorção cognitiva	Definição	Exemplos
1 Pensamento dicotômico (também chamado tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado)	Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de "uma coisa ou outra", colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.	"Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso". "Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta" Meu exemplo:
2 Previsão do futuro (também denominada catastrofização)	Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.	"Vou fracassar e isso será insuportável." "Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame." Meu exemplo:
3 Desqualificação dos aspectos positivos	Desqualifico e desconto as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam.	"Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte." "Entrar para a universidade não foi grande coisa, qualquer um consegue." Meu exemplo:
4 Raciocínio emocional	Acredito que minhas emoções refletem o que as coisas realmente são e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.	"Sinto que ela me ama, então deve ser verdade." "Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso." "Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele." Meu exemplo:
5 Rotulação	Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.	"Sou um fracassado." "Ele é uma pessoa estragada." "Ela é uma completa imbecil." Meu exemplo:
6 Ampliação/minimização	Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.	"Consegui um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim." "Consegui um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil." Meu exemplo:
7 Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel)	Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.	"Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido" (não considerando o retorno positivo de Miguel. "Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada" (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas). Meu exemplo:
8 Leitura mental	Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.	"Ele está pensando que eu falhei". "Ela pensou que eu não conhecia o projeto." "Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito." Meu exemplo:
9 Supergeneralização	Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como "sempre", "nunca", "todo", "inteiro", etc.	"Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana." "Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras". "Minha dor de cabeça nunca vai parar". Meu exemplo:
10 Personalização	Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.	"Senti-me mal porque a moça do caixa não me agradeceu" (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). "Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa" (não considerando que ela foi sua quarta esposa). Meu exemplo:
11 Afirmações do tipo "deveria" (também "devia", "devo", "tenho de")	Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes "deveriam" ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.	"Eu devia ter sido uma mãe melhor". "Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria". "Eu não devia ter cometido tantos erros." Meu exemplo:
12 Conclusões precipitadas	Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou poucas evidências que possam confirmá-las.	"Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável." "Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente." Meu exemplo:
13 Culpar (outros ou a si mesmo)	Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, tomo para mim mesmo a responsabilidade pelos comportamentos e atitudes de outros.	"Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade." "É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada." Meu exemplo:
14 E se...?	Fico me fazendo perguntas do tipo "e se acontecer alguma coisa?"	"E se eu bater o carro?" "E se eu tiver um enfarte?" "E se meu marido me deixar?" Meu exemplo:
15 Comparações injustas	Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.	"Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu." "Estou triste porque ela tem mais sucesso do que eu." Meu exemplo:

Ílamar Reis de Oliveira, Professor Titular de Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde, UFBA.

Anexo L: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA. Ensaio clínico randomizado, para avaliar a eficácia de dois modelos de aplicação da Terapia Comportamental Cognitiva em pacientes com Transtorno de Estresse Pós-traumático.

PESQUISADOR: Francisco Lotufo Neto

CARGO/FUNÇÃO: Docente

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRM 36108

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 10 meses

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

1 – Desenho do estudo e objetivo(s)

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa estudar se uma forma de psicoterapia chamada “O Processo” é tão eficaz quanto outra já utilizada denominada “Exposição”.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros:

Você será atendido (a) inicialmente por um psiquiatra, responderá a questionários e será sorteado para iniciar uma das duas terapias. A terapia durará 4 meses, mas você continuará o tratamento com os médicos e responderá novamente aos questionários depois de 6 meses, para sabermos o quanto você melhorou.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados – coleta de sangue por punção periférica da veia do antebraço; exames radiológicos.

Não haverá.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3;

Lembrar de acontecimentos traumáticos pode ser desagradável, mas o objetivo dos tratamentos é fortalecer você para lidar melhor com isto.

5 – Benefícios para o participante:

As duas técnicas de tratamento já são utilizadas em diversas doenças com bons resultados. Não sabemos se “O Processo” funciona bem para o estresse pós traumático, portanto somente no final do estudo saberemos se haverá algum benefício. Quem necessitar poderá receber outra modalidade do tratamento.

6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar:

Você poderá continuar a receber os tratamentos fornecidos pelo Programa de Ansiedade.

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 Departamento de Psiquiatria – Rua Dr. Ovídio Pires de Campos 785, 05403-010, Telefone(s) 3069 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 – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – 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.

09 – 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. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

13 – Referente às faltas:

Duas faltas consecutivas ou três ao longo do tratamento haverá automaticamente o desligamento do estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ensaio clínico randomizado, para avaliar a eficácia de dois modelos de aplicação da Terapia Comportamental Cognitiva em pacientes com Transtorno de 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.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(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.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

12 APÊNDICE

APÊNDICE

Autorização

A Casa do Psicólogo, detentora dos direitos de publicação do **Inventário de Depressão (BDI) e Inventário de Ansiedade (BAI)**, subtestes que compõe as Escalas Beck, autoriza a psicóloga **Érica Panzani Duran**, CRP: 06/96796, CPF:29252900861, a utilizar os referidos instrumentos em 72 pacientes com diagnóstico de Transtorno por Estresse Pós-traumático crônico, ou subclínico ou parcial, atendidos no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, como parte de método de investigação no projeto científico, cujo título é: **"EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL NO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO"**.

Ressaltamos que os 2 Inventários se caracterizam como instrumentos de avaliação psicológica, portanto sua utilização é reservada ao profissional de Psicologia, de acordo com o Decreto nº 53.464, de 21 de Janeiro de 1964, que regulamenta a Lei nº 4.119, de 27 de Agosto de 1962.

A presente autorização é concedida exclusivamente para a finalidade descrita acima, não sendo permitido 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

Casa do Psicólogo, uma empresa Pearson

www.casadopsicologo.com.br

LICENSE AGREEMENT - DETAILS

Licensee: University of Sao Paulo (USP)
 Erica Panzani Duran
 Sergipe St, 475 cj 410
 São Paulo, São Paulo 01243001

License Number: QM025519

Amendment to: N/A

Study Term: 07/23/14 to 07/22/15

Approved Purpose
 Effectiveness of trial-based therapy in
 post-traumatic stress disorder

Licensed Surveys (Modes) and Services:

Item	Description	Mode of Admin	Quantity
PROJ01	License Fee	Paper	1
ADM012	Patients Enrolled		72
ADMIN3	Administrations		216
ES0220	SF-36v2, Standard Recall	Paper	1

Approved Languages:
 Brazil (Portuguese)

SS075	Scoring Software v4.5		1
SS080	SS v4.5 Key: SF-36v2		216
EM038	SF-12v2 Admin Guide		1

Approved Languages:
 United States (English)

TOTAL FEES: 0.00 USD