



INTERVENÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA¹

SANTOS, Camila Barbosa do Couto² - camilacoutto@couttopsi.com.br

SILVA, Ingrid Dias - psicologaingriddias@gmail.com

ARRUDA, CARVALHO, Marlon Santos - marlonsantosgyn@gmail.com

SILVA, Rafael da - rafaearruda@outlook.com

MAGALHÃES, Andrea Batista³ - andreavidda@gmail.com

OLIVEIRA, Analucy Aury Vieira de⁴ - oliveiraanalucy1@gmail.com

RESUMO

o Transtorno do Pânico são surtos repentinos de medos intensos acompanhados de sintomas bastante incômodos. Compromete bastante a vida social, a vida profissional e os relacionamentos afetivos, com perda importante da qualidade de vida do indivíduo. A TCC fornece métodos que são considerados eficazes para o tratamento do TP. **Objetivo:** apresentar a importância da intervenção da TCC em pacientes com o transtorno do pânico. **Métodos:** a busca por artigos foi realizada nas bases de dados da Pubmed, Cochrane Library e Scielo. **Resultados:** a busca resultou em 30 artigos, destes 5 foram selecionados por leitura completa de acordo com os critérios de elegibilidade avaliados. **Conclusões:** conforme os estudos apresentados a TCC é eficaz para os pacientes com o transtorno do pânico. Registro de revisão sistemática: PROSPERO.

Palavras-chave/Descritores: Terapia Cognitivo Comportamental. Transtorno do pânico.

¹ Artigo apresentado para Conclusão do Curso de Psicologia da UNIVERSO

² Graduados em Psicologia pela UNIVERSO

³ Orientadora – Dr^a em Psicologia da Saúde, professora UNIVERSO

⁴ Co-orientadora - Dr^a em Psicologia da Saúde, professora UNIVERSO

1 INTRODUÇÃO OU CONTEXTO

Esta pesquisa foi intitulada como Intervenção da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em pacientes com Transtorno do Pânico (TP) e nos levará a exteriorizar o processo das adversidades, hipótese do surgimento e tratamento, para que o indivíduo tenha domínio de si e uma melhor qualidade de vida.

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (MEIONORTE.COM, 2020), 260 milhões de pessoas da população mundial sofrem com algum transtorno ansioso. Os brasileiros estão no *ranking* dos países que mais passam por essa situação.

O TP, sendo a base desta pesquisa, são surtos repentinos de medos intensos acompanhados de sintomas bastante incômodos. Emitem sinais falsos de perigo gerando uma informação confusa. O indivíduo passa por uma angústia, preocupação, nervosismo ou irritabilidade. Alguns chegam a sofrer insônia, dificuldade de concentração, podem até sentir alguns sintomas físicos, situando como: palpitações, taquicardia, sudorese, tremores, falta de ar, sensação de tontura, medo de perder o controle, medo de morrer, dentre outras. Esse transtorno psiquiátrico compromete bastante a vida social, a vida profissional e de relacionamentos afetivos, com perdas importantes, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo. Com isso, existem explicações e tratamentos para facilitar o processo de melhoria desse transtorno.

A TCC é uma abordagem terapêutica eficaz para o tratamento do

TP. Um dos objetivos principais da terapia consiste na reorganização dos pensamentos catastróficos, conforme afirma Beck (2013), que enfatiza que o bom resultado no tratamento depende dos transtornos específicos do paciente. A TCC envolve um experimento das falsas interpretações catastróficas do paciente (geralmente previsões falsas de ameaça à vida ou ao bem-estar) de sensações corporais ou mentais (CLARK, 1989 *apud* BECK, 2013). Dessa forma, o terapeuta pode ensinar ao paciente um conjunto de técnicas para ajudá-lo a manejar os sintomas de TP, ajudando-o a identificar e corrigir os pensamentos automáticos e crenças distorcidas que surgem subitamente.

A importância deste estudo se dá quando busca conhecer e esclarecer categoricamente sobre os aspectos que percorre abundantemente nos últimos dias, e com essa análise nos compromete a ajudar os alunos e profissionais da área da saúde e humanas, como também pessoas que sofrem com esse transtorno.

Se faz necessário e relevante que esse assunto seja ainda mais comentado em momentos atuais, onde muitas pessoas estão passando por momentos difíceis, sendo por questões sociais, econômicas, culturais, familiares e individuais, e pelo mundo ter entrado em um estado de calamidade, situando a pandemia e isolamento causados pelo Coronavírus Disease 2019 (Covid-19). Por conta disso, a rotina das pessoas tem mudado radicalmente, alterando a saúde mental de cada uma delas.

A COVID-19 tem trazido sensações de insegurança na perspectiva interpessoal subjetiva, além do medo de adquirir a doença. Os sistemas de saúde dos países vêm decaindo e os profissionais de saúde estão ficando esgotados e abatidos por conta das longas horas de trabalho. Entende-se a necessidade de investigar e agir em questões à saúde mental ao longo dessa crise (FARO et al.,2020).

Cabe ressaltar que durante a pandemia, o Ministério de Saúde brasileiro destacou sobre a importância de o psicólogo atuar auxiliando no desenvolvimento da saúde mental e prevenindo a carga elevada de experiências e emoções negativas. Podendo operar na gestão política, avaliação epidemiológica e cuidados primários. (FARO et al.,2020).

A ansiedade é uma emoção que todo ser humano possui, surge normalmente ao enfrentarmos situações estressantes, que ocorrem como uma descarga no sistema nervoso autônomo (neurovegetativo), desenvolvendo as crises de pânico. Ou seja, se caracteriza como tensão, preocupação excessiva, pensamentos ruins e inquietações. Porém, a ansiedade excessiva se torna patológica, resultando em transtorno, como por exemplo, ansiedade generalizada (CID 10 F41.1) ou transtorno do pânico (CID 10 F41.0), onde começa a interferir no cotidiano do indivíduo, no emocional, afeta o comportamento e provoca sintomas fisiológico, como: cefaléia, dores musculares, queimação no estômago, tontura, taquicardia, formigamento e suor excessivo (DALGALARRONDO, 2008).

No início do século XIX, na França,

o médico Landré-Beauvais definiu os ataques de pânico como crises agudas de angústia, “um certo mal-estar, inquietude, agitação excessiva”. Mas os sintomas de tontura, taquicardia e inquietude ainda eram vistos como parte da doença neurocirculatória. Já na segunda metade do século XIX iniciou-se o estudo da ansiedade por meio da mente humana. O termo *pânico* foi descrito pela primeira vez na Psiquiatria pelo inglês Henry Maudsley (1835-1918), em 1879, quando ele utilizou o termo “pânico melancólico”, como se os sintomas pudessem ser as manifestações de uma construção unitária, sendo uma grande referência para os estudos decorrentes (NADI; QUEVEDO; SILVA, 2013).

Embora o TP tenha sido determinado como uma patologia, tornando-se conhecido como diagnóstico nosológico, foi assentido apenas em 1980, com a classificação da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III). Os ataques de pânico já eram conhecidos desde a primeira metade do século XIX, com relatos médicos desses ataques em soldados durante guerras, recebendo a denominação de “coração irritável” (ZUARDI, 2017).

Para o DSM V (2014), o TP é definido como um surto abrupto de medo intenso que alcança um pico em minutos, capaz de ocorrer diversas vezes ao dia ou até mesmo algumas vezes por ano. Pode se manifestar ao lado de algum transtorno, tal como ansiedade, transtorno de humor ou ser estimulado por usos de substâncias. Quando se fala de surto, geralmente ocorre a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso, sendo uma característica marcante da desordem do pânico;

acontecessem nenhum tipo de aviso.

Três anos atrás o Brasil estava sendo considerado, em primeiro lugar, o país mais ansioso do mundo, e em quinto, um dos mais depressivos. Ano passado, estimou-se que 18,4 milhões de brasileiros convivem com algum transtorno ansioso, sendo que 7,7% das mulheres estão ansiosas, 5,1% deprimidas e 3,6% dos homens sofrem com algum desses transtornos. Apesar desses transtornos atingirem as pessoas em diferentes idades, umas das causas que podem fazer com que surjam, ou que podem engatilhar são: morte de ente querido, desemprego, ruptura de relacionamentos, usos abusivos de drogas lícitas e ilícitas e doenças, sendo as causas mais comuns (MORAES, 2018).

Hoje, mundialmente, frente à pandemia da Covid-19, o índice de pessoas com sintomas depressivos, ansiedade e pânico tem crescido bastante em comparação aos anos anteriores. As compras de medicações, ansiolíticos e antidepressivos, e a busca por profissionais da saúde tem aumentado bastante. Um dos fatos mais alarmantes são as consequências das marcas que estão ficando durante e ficarão na humanidade pós-pandemia. As recomendações para a proteção dos sujeitos fisicamente são os isolamentos, evitar relações sociais e aglomerações. Isso pode agregar mais a solidão, medo, angústia e diversos sintomas físicos e emocionais, tornando as pessoas mais propensas a desenvolver transtorno ansioso e/ou pânico (MEIONORTE.COM, 2020). Nesse sentido, o Brasil continua sendo considerado o país mais ansioso do mundo e subiu para o segundo lugar dos casos depressivos (FREITAS;

NASCIMENTO, 2020).

Beck (2013) considera que o medo e a ansiedade são frutos da experiência de vida de cada sujeito, na forma de lidar com a família, amigos e em suas relações sociais. Desse modo, desenvolveu uma forma de psicoterapia no ano de 1960, a qual denominou originalmente “terapia cognitiva”. Em poucas palavras, o modelo cognitivo de Beck propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora no seu estado emocional e no comportamento (BECK, 2013).

Os terapeutas cognitivos trabalham em um nível mais profundo da cognição: as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas. A TCC tem sido uma alternativa terapêutica que possui boa resposta a curto e longo prazos, tanto para os sintomas nucleares (preocupações exageradas) do pânico, quanto para os sintomas residuais e geralmente persistentes da ansiedade antecipatória, evitação fóbica e agorafobia. Os estudos confirmaram que a TCC pode alterar o curso do TP não só para prevenir recaídas, mas também porque ela prolonga o intervalo (MANFROI *et al.*, 2008).

As intervenções da TCC mais utilizadas no quadro são: a psicoeducação, registro de pensamentos disfuncionais, questionamento sócrático, técnicas de exposição, dessensibilização sistemática, técnicas de relaxamento, técnicas de habilidades sociais, enfrentamento do estresse, espectador

ou observador distante, troca de papéis, parada do pensamento e autoinstrução (PICCOLOTO, 2019).

Relacionando com uma dessas intervenções bastante importante para o tratamento, a psicoeducação trata tanto de dados sobre o diagnóstico quanto de explicações sobre as atividades que são utilizadas durante as sessões. As técnicas contribuem para diminuir a ansiedade do paciente diante de um diagnóstico difícil ou mesmo do desafio de fazer terapia (PICCOLOTO, 2019).

A psicoterapia vai auxiliar o paciente na identificação das crenças centrais – pensamentos distorcidos do indivíduo sobre si – e intermediárias – indivíduo opõe regras e suposições sobre si –, nos sintomas destrutivos no momento que estiver vivenciando as crises, auxiliando a desenvolver maneiras de desapego daquele sentimento, além de espaço para que o paciente possa falar do sofrimento que as crises lhe geram, se questionar sobre o que acontece com ele, procurar dar sentido, a partir da sua história, ao que parece não ter sentido. A TCC ensina que são pensamentos que geram emoções, e não apenas a situação em si. É que as emoções irão afetar nossos comportamentos (CAMPOS, 2018).

As crenças centrais são formadas desde a infância, se solidificam e se fortalecem ao longo da vida. Elas consistem em ideias globais, absolutistas e rígidas. As crenças centrais são ideias enraizadas e cristalizadas as quais moldam o jeito de ser e agir das pessoas. Temos também as crenças intermediárias que são os pressupostos subjacentes ou condicionais, ou seja, um conjunto de regras, atitudes ou suposições. Podemos dizer que as duas crenças então

entrelaçadas com os pensamentos distorcidos que as pessoas com TP tem em relação a si mesmos (MARTINS, 2020).

Nos últimos tempos, o campo da terapia cognitiva está sendo tratado com muita exaltação. Conforme foram surgindo novas pesquisas e estudos, a TCC se converteu no tratamento de opção para muitos transtornos. Podemos ressaltar que um dos fatores que estão impulsionando essa teoria é o fato de ser uma terapia breve, estruturada e focada no presente. Essa terapia ganhou impulso e a modificação de comportamentos disfuncionais para resolver problemas atuais expandiu-se para modelos de intervenção eclética e com estratégias passíveis de mensuração (SILVEIRA, 2018).

O terapeuta ajuda o cliente a reconhecer aspectos dos seus pensamentos que não favorecem e podem estar acentuando seu sofrimento emocional. Com o tratamento da TCC, a pessoa é instruída para identificar esses pensamentos e até mesmo monitorá-los. Uma vez que o indivíduo consiga vivenciar as mesmas sensações que antes acreditava que levariam a uma crise, mas, desta vez, em um ambiente seguro e monitorado, ele poderá se dar conta de que estas são manifestações normais do corpo e que elas não trouxeram o efeito esperado. Essa realização se torna uma forma de lidar com a ansiedade antecipatória e o medo de um novo ataque. Portanto, compreende-se a importância da TCC em pacientes com transtorno do pânico (SCIO EDUCATION, 2020).

2 MÉTODOS

Revisão sistemática, cujo protocolo está no site de registro prospectivo internacional de revisões sistemáticas - PROSPERO, com o número: CRD42020216767. Estruturada de acordo com as diretrizes da lista de *verificação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* - PRISMA [Anexo 1].

Critérios de elegibilidade:

Estudos selecionados de acordo com os critérios:

Participantes (*Population*): Homens e mulheres independentes de sua escolaridade, classe socioeconômica e de qualquer nacionalidade.

Intervenção ou Exposição (*Intervention or Exposure*): Indivíduos com transtorno do pânico que fizeram ou estão fazendo psicoterapia na abordagem TCC.

Comparação ou grupo controle

(*Comparison or control group*): Com ou sem grupo de comparação.

Resultados (*Outcomes*): A importância e o efeito que a TCC traz nos tratamentos e no desenvolvimento da melhoria em pacientes com transtorno de pânico.

Desenho do estudo (*Study design*): Para este trabalho será utilizado tanto

qualitativo, quanto quantitativo. Não poderão ser utilizados revisão de literatura, cartase editoriais.

Estratégia de busca:

A busca dos estudos foi realizada em Cochrane Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medline-National Library of Medicine (PubMed).

Para garantir a saturação da literatura foram analisadas listas de referência de estudos incluídos ou revisões relevantes identificadas por meio de pesquisa manual.

Não houve busca em literatura cinzenta em função da heterogeneidade e dificuldade de identificação, extração, síntese e gerenciamento deste tipo de literatura.

Utilizou-se na estratégia de busca as seguintes palavras-chave ou descritores: “Cognitive behavioral therapy” AND “panic disorder” AND “with agoraphobia” OR “panicattack” OR “panic syndrome”.

A busca foi realizada de acordo com as orientações de cada base de dados, biblioteca ou portal de periódicos conforme está na estratégia de busca que consta na Tabela 1.

Tabela 1 Estratégia de busca

Base de dados	Termos de pesquisa (Descritores)	Resultados
PubMed Central		1.164
Cochrane Library		799
Scielo	“Cognitive Behavioral Therapy” AND “panic disorder” AND “with agoraphobia” OR “panic attack” OR “panic syndrome”	23
Total		1.986

Seleção e extração dos dados:

Os quatro pesquisadores realizaram a busca e selecionaram os estudos de forma independente, com a utilização de um *software* específico de gerenciamento de referências (EndNote Web).

A seleção ocorreu em quatro fases e, após cada uma delas, os pesquisadores verificaram inclusões e exclusões, buscando consenso entre os resultados; não foi necessária a atuação de um revisor para resolver divergências.

Na fase 1 (Identificação) realizou-se a busca dos estudos e verificou-se, por meio do *software* EndNote, quais eram os duplicados e foram removidos; na fase 2 (Triagem) fez-se a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos e aplicou-se os critérios de exclusão; na fase 3 (Elegibilidade) fez-se a busca manual e leitura dos artigos completos, com a seleção dos que atendiam a todos os critérios de elegibilidade (Participantes, Intervenção, Comparação, Resultados, Desenho do estudo); na fase 4 (Inclusão) construiu-se uma tabela com identificação, objetivos, método, resultados e conclusões com posterior

síntese qualitativa dos estudos.

Nenhum dos autores da revisão foi cego aos títulos das revistas ou nomes dos autores ou das instituições financiadoras ou apoiadoras das pesquisas. Foi desenvolvido um Diagrama de fluxo (modelo PRISMA) que contém as fases de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão com quantidades e uma declaração explicativa dos motivos de exclusão dos artigos, conforme Figura 1, que está na seção dos resultados.

Risco de viés (*Risk of Bias - RoB*)

Para avaliar o risco de viés dos estudos selecionados, utilizou-se a ferramenta Instituto Joanna Briggs.

Síntese das evidências

A leitura dos artigos completos possibilitou verificar que os estudos são heterogêneos e a possibilidade de realizar a meta-análise. Foi elaborada uma síntese descritiva na Tabela 2 com informações contendo o objetivo, o método, os resultados e as conclusões dos estudos selecionados, com posterior análise qualitativa dos mesmos.

3 RESULTADOS

Seleção dos estudos

Identificou-se inicialmente 1.986 registros nas bases de dados. Houve a exclusão de 142 duplicados, ficando 1.844 para a próxima fase. Na fase de leitura dos títulos foram excluídos 1.726 e 85 na leitura dos resumos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 33 registros.

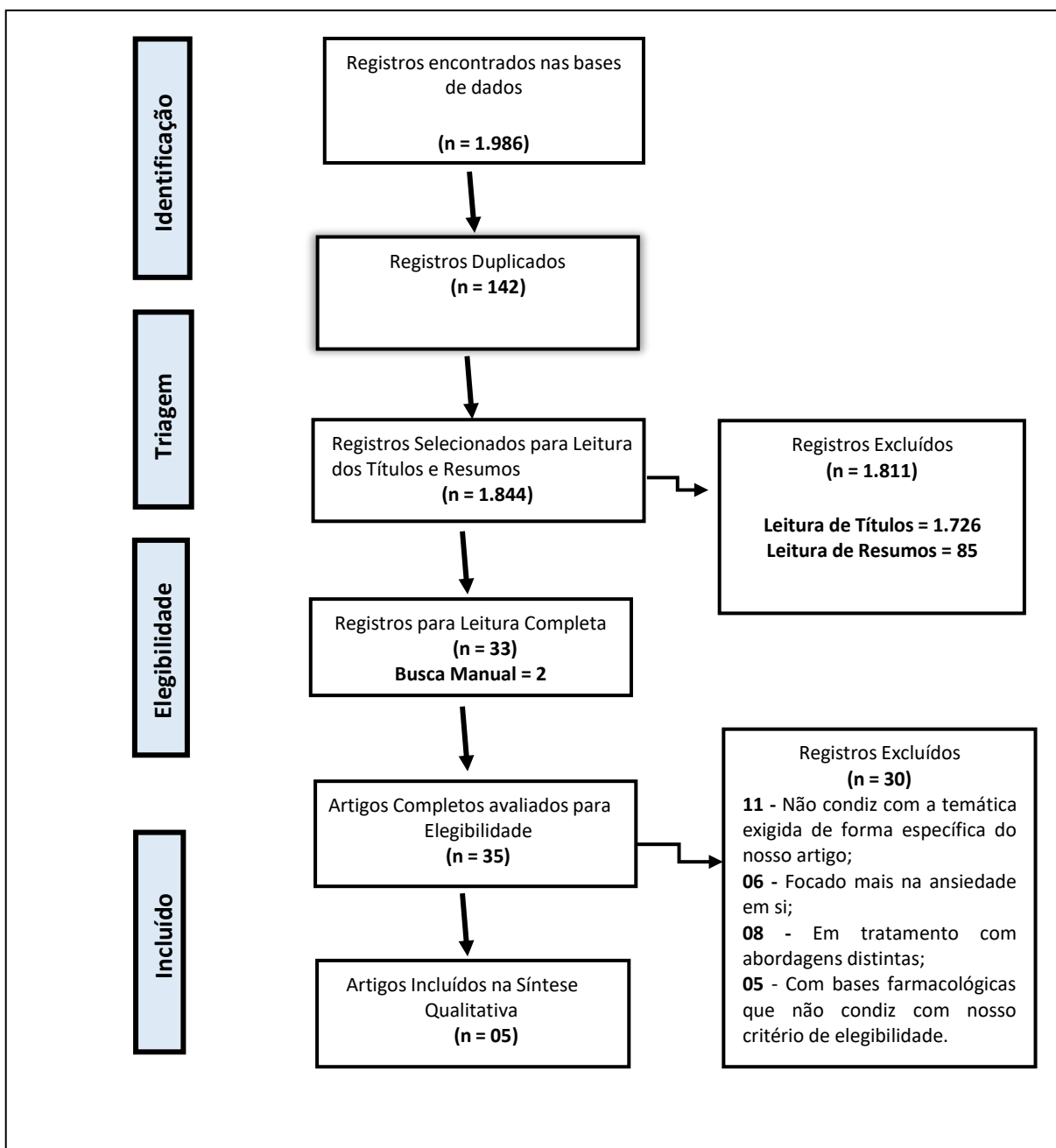
Foram encontrados 2 registros na busca manual, totalizando 35 para leitura do texto completo.

Com a leitura dos estudos completos, foram excluídos 30 registros. Foram selecionados 5 estudos para síntese qualitativa dos dados, conforme Figura 1.

Com a leitura dos estudos completos, foram excluídos 30 registros. Desses, 11 não condizem com a temática exigida de forma específica do nosso artigo, sendo que 6 estavam focados mais na ansiedade em si, 8 em tratamento com abordagens distintas e 5 com bases farmacológicas que não condizem com nosso critério de elegibilidade.

Foram selecionados 5 estudos para leitura completa de acordo com os critérios avaliados para elegibilidade e para a síntese qualitativa dos dados, conforme Figura 1.

Figura 1: Diagrama de Fluxo (PRISMA)



Fonte: Elaborada pelos Autores (2021).

3.2 Síntese descritiva dos estudos incluídos

Tabela 2: Síntese descritiva dos estudos incluídos

Título do Artigo	Autores/ Ano/ Desenho do estudo/ País	Objetivo	MÉTODOS			Resultados	Conclusão
			Tamanho da amostra / Idade Média	Problemática ou Diagnóstico / Tipo de intervenção	Instrumentos		
Cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder Terapia de comportamento cognitivo no tratamento do transtorno do pânico	Manjula, M.; kumariah, V; Prasadarao, P. S. D. V.; Raguram, R. (2021)	Este estudo visa examinar a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental (CBI) no tratamento do transtorno do pânico.	A amostra foi composta por 30 pacientes sequencialmente alocados ao CBI (n = 15) e comportamentais grupos de intervenção (BI, n = 15).	Este estudo também pretende examinar a eficácia das técnicas cognitivas e de exposição, além de uma técnica de relaxamento e é um dos primeiros do gênero realizado no ambiente indiano. Além disso, busca estudar a eficácia da TCC na redução da gravidade dos sintomas, cognições e comportamentos relacionados ao pânico.	A avaliação foi feita usando um cronograma de entrevista semiestruturada, gravidade do transtorno do pânico escala, formulário de registro de ataques de pânico do Texas, Índice de sensibilidade à ansiedade, questionário de cognições agorafóbicas, comportamental lista de verificação de prevenção e inventário de avaliação de pânico.	O CBI foi considerado superior ao BI na redução dos sintomas de pânico, evitação comportamental, comportamentos de segurança e cognições. Uma grande porcentagem dos pacientes do grupo CBI atendeu aos critérios para mudança clinicamente significativa com uma grande magnitude da mudança.	A TCC é considerada eficaz no tratamento de sintomas de pânico, cognições e comportamentos relacionados ao pânico em uma curta duração de seis semanas. Também é evidente que traz mudanças funcionais confiáveis de maior magnitude.
Sensitization of catastrophic cognition in cognitive-behavioral therapy for panic disorder Sensibilização da cognição catastrófica na terapia cognitivo-comportamental para transtorno do pânico	Noda, Y.; Nakano, Y; Lee, K.; Ogawa, S.; et al. (2007)	Esclarecer as características básicas dos pacientes em pânico que experimentaram sensibilização de suas cognições catastróficas através do tratamento de TCC, e para examinar o curso de alterações	Dos noventa e cinco ambulatoriais, iniciaram o programa de TCC do grupo para tratamento de transtorno do pânico, setenta e nove completos foram classificados como "cognitiva mente sensibilizados	Comparamos os pacientes com SC e RC em termos de suas características clínicas basais. Em seguida, avaliamos as alterações sintomáticas e funcionais para ambos os grupos.	Este tratamento consiste em cinco componentes principais, sendo: psicoeducação sobre a natureza, causas e manutenção da ansiedade e do pânico, Retreinamento respiratório; Reestruturação cognitiva; Exposição situacional classificada para reduzir a evitação agorafóbica; e Exposição interoceptiva para reduzir o medo dos pacientes de sensações somáticas. Os pacientes	No início do programa e ao final do tratamento, a SC apresentou melhora significativa na gravidade do transtorno do pânico, embora o grau de melhora tenha sido menor do que o da CR. Então a CS reduziria progressivamente seu medo e evasão agorafóbica, e melhoraria seu comprometimento funcional em até três meses de seguimento.	Conclui que a sensibilização temporária da cognição catastrófica pode ser necessária antes da melhora, especialmente entre aqueles com inicialmente baixos medos catastróficos com aumento temporário da cognição catastrófica no processo de TCC

		sintomáticas para eles.			receberam lição de casa após cada sessão.		para transtorno do pânico.
<p>Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in a general clinical setting: a prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up</p> <p>Terapia cognitivo comportamental em grupo para transtorno de pânico em um ambiente clínico geral: um estudo de coorte prospectivo com 12 a 31 anos de acompanhamento.</p>	<p>Bilet, T.; Olsen, T; Andersen, J.R; Martinsen, E. W. (2020)</p>	<p>O objetivo deste estudo foi avaliar os desfechos de longo prazo em termos de saúde psicológica, qualidade de vida relacionada à saúde (HQoL), qualidade de vida (QV) e satisfação do tratamento após TCC para transtorno de pânico e agorafobia.</p>	<p>A amostra foi composta por 68 pacientes (taxa de resposta de 61), que foram avaliados no pré-tratamento; no início e no fim do tratamento; e após 3 meses, após 1 ano, e a longo prazo (M =24 anos; SD = 5,3; intervalo: 12 a 31 anos).</p>	<p>No seguimento a longo prazo, o HRQoL foi medido com o questionário RAND- 12, e a QV foi medida com duas perguntas do "Estudo sobre Estatísticas da União Europeia sobre Renda e Condições de Vida".</p>	<p>As experiências do paciente e a satisfação do tratamento foram avaliadas pelo Generic Short Patient Experiences Questionnaire. Um modelo longitudinal marginal foi aplicado para estudar o resultado principal.</p>	<p>Uma redução de escore parcial de 50% foi encontrada em 98% dos pacientes no seguimento a longo prazo. O HRQoL e a QV dos pacientes foram semelhantes aos escores esperados para a população norueguesa em geral. Dos pacientes, 95% relataram alta satisfação com a TCC, e 93% relataram grandes benefícios no tratamento.</p>	<p>Este estudo tem o maior acompanhamento após o grupo TCC para transtorno de pânico e agorafobia, mostrando um bom prognóstico em $\geq 93\%$ dos pacientes participantes.</p>
<p>Impact of cognitive - behavioral treatment on quality of life in patients with panic disorder.</p> <p>Impacto do Tratamento cognitivo comportamental na qualidade de</p>	<p>Telch, M. J.; Schmidt, N. B.; Jaimez, T. L.; Jacquin, K. M.; Harrington, P. J. (1995)</p>	<p>O impacto do tratamento na qualidade de vida dos pacientes com Transtorno do pânico.</p>	<p>Foram selecionadas 28 entrevistas aleatoriamente. Os coeficientes Kappa eram muito altos para diagnóstico de tratamento de pânico ($k=1,00$)</p>	<p>Os participantes não diferiram significativamente em qualquer uma das variáveis demográficas e clínicas no início do estudo. Os pacientes tratados com TCC apresentaram significativamente menos deficiências que a maioria dos índices de QV.</p>	<p>Examinamos as diferenças de linha de base entre pacientes e participantes de controle de tratamento retardado na demonstração de gráfico, QV e variáveis clínicas usando testes independentes para variáveis contínuas e testes de qui-quadrado para categorias variáveis.</p>	<p>Tratados participantes mostraram menos comprometimento nas escalas de medição do SAS trabalhando fora de casa, mostraram menos deficiências na SDS - subescalas que medem o funcionamento familiar, em comparação com os níveis basais. Os participantes que receberam doença de TCC tocaram pontuações melhoradas nas</p>	<p>Melhoria significativa nos índices de QV foram observados para pacientes recebendo TCC. A avaliação de acompanhamento de 6 meses sugere que as melhorias na QV evidenciadas por pacientes tratados com TCC</p>

vida em pacientes com transtorno de pânico.						três escalas individuais do SDS: familiar, social e trabalho.	são mantidas após o término do tratamento.
Therapists, therapist variables and cognitive – behavioral therapy Result in a multicenter study for panic disorder. Terapeutas, variáveis do terapeuta e terapia comportamental. Resultado em um estudo multicêntrico para transtorno de pânico.	Huppert, J. D.; Bufka, L. F.; Barlow, D. H.; Gorman, J. M.; Shear, M. K.; Woods, S. W. (2001)	A contribuição do terapeuta para o resultado da terapia, desde o estabelecimento de uma série de intervenções psicológicas com suporte empírico para uma variedade de distúrbios.	Dados da amostra total de 205 indivíduos, pacientes caucasianos, afro-americanos, hispânicos, entre outros. E suas idades variaram de 19 a 65 anos (M=36, SD =11,0)	Todos os pacientes tiveram pelo menos um completo ou ataques de pânico de sintoma limitado nas 2 semanas anteriores à avaliação. Todas as medidas pós-tratamento incluíram apenas os pacientes que completaram o tratamento.	Foram selecionados avaliadores independentes sem conhecimento do tratamento do paciente, utilizou medidas e escalas, foi realizada entrevista ADIS-R e foi aplicada a frequência dos ataques de pânico.	Os resultados sugerem que os terapeutas contribuem para o resultado da TCC para o transtorno de pânico, mesmo quando os pacientes são relativamente uniformes, o tratamento é estruturado e o resultado é positivo.	A experiência com a psicoterapia é um fator que está relacionado à capacidade de afetar o resultado. Os tamanhos de efeito para o impacto do terapeuta nas medidas de resultado variam de 0% a 18%.

Foram selecionados 5 artigos, sendo estes estudos realizados na Noruega (1), Austrália (1), Índia (1), Texas (1) e Filadélfia (1). Os tipos de estudos foram estudos de caso. A quantidade total dos participantes dos estudos foi de 421 participantes, sendo 68 do primeiro artigo, 95 do segundo, 15 do terceiro, 28 do quarto e 205 do quinto artigo.

Todos os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram avaliados por meio de entrevistas; psicoeducação; técnicas para lidar com a ansiedade (relaxamento muscular e respiração abdominal ou diafragmática); reestruturação cognitiva; exposição interoceptiva e exposição in vivo gradual; entrevista semiestruturada; gravidade do transtorno do pânico escala; formulário de registro de ataques de pânico do Texas; Índice de sensibilidade à ansiedade; questionário de cognições agorafóbicas; comportamental lista de verificação de prevenção e inventário de avaliação de pânico; retreinamento respiratório; reestruturação cognitiva; exposição situacional classificada para reduzir a evasão agorafóbica; e exposição interoceptiva para reduzir o medo dos pacientes de sensações somáticas. Os pacientes receberam lição de casa após cada sessão. As experiências do paciente e a satisfação do tratamento foram avaliadas pelo Generic Short Patient Experiences Questionnaire. Um modelo longitudinal marginal foi aplicado para estudar o resultado principal.

De 68 pacientes do primeiro estudo a longo prazo, 95% relataram

alta satisfação com a TCC e 93% relataram grandes benefícios do tratamento, chegando à conclusão de que a TCC em grupos é viável e que os ganhos terapêuticos duram muito tempo.

De 95 pacientes do segundo estudo, 16 pacientes desistiram do programa antes da conclusão. Dos 79 restantes, ao final do tratamento, a sensibilização das cognições catastróficas do transtorno do pânico durante as sessões de TCC mostrou que os pacientes poderiam melhorar gradualmente, com uma diminuição significativa na ansiedade antecipatória. A sensibilização cognitiva mostrou que reduz progressivamente o medo e a evasão agorafóbicas.

O terceiro estudo mostra que o tratamento integral da TCC é eficaz como uma modalidade de tratamento independente e é uma alternativa eficaz para pacientes que não estão dispostos a fazer tratamento com remédios ou que não se beneficiam completamente do tratamento farmacológico. A TCC, de acordo com o estudo, é

considerada eficaz no tratamento de sintomas de pânico e nos comportamentos relacionados ao pânico em uma duração de seis semanas.

O quarto estudo mostra a melhoria significativa nos índices de QV onde foram observados os pacientes recebendo a TCC. Os pacientes mostraram comprometimento da QV significativamente maior nas áreas de trabalho dentro das atividades domésticas, sociais e de lazer. Nos mostram taxas relativamente baixas de relapso entre pacientes com transtorno de pânico tratados com TCC.

No quinto artigo a amostra com 312 pacientes com transtorno do pânico, 205 pacientes foram randomizados com TCC. Destes, 22 desistiram antes da primeira sessão. Os pacientes que foram vistos por terapeutas mais experientes mostraram maior resultado na comprovação do que os pacientes atendidos por terapeutas menos experientes. Enfim, os resultados sugerem que os terapeutas contribuem para o resultado da TCC para o transtorno do pânico.

A conclusão, de acordo com os estudos, é que a TCC é uma abordagem que se mostrou eficaz no tratamento de pacientes com TP. O tratamento pressupõe a correção de pensamentos catastróficos e desagradáveis que pioram os sintomas de ansiedade e medo, e ansiedade antecipatória, evitando que ocorra um ataque de pânico. Junto com estratégias para aliviar a ansiedade,

como respiração diafragmática e relaxamento muscular, os pacientes aprendem a terem uma maior capacidade para evitar serem expostos a situações de risco.

3.3 Avaliação do risco de viés:

Para avaliar o risco de viés dos estudos selecionados, utilizou-se a ferramenta do Instituto Joana Briggs.

Tabela 3: Instrumento de avaliação de risco de viés (Joana Briggs)

	Estudos / Questões	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	%
1.	Manjula, M.; Kumariah, V; Prasadarao, P. S. D. V.; Raguram, R. 2021. Estudo Transversal / Noruega	S	S	S	N	N	N	S	S	--	--	62.5
2.	Bilet, T.; Olsen, T; Andersen, J. R; Martinsen, E. W. 2020. Estudo Transversal / Índia	S	S	S	N	N	S	S	S	--	--	75
3.	Noda, Y.; Nakano, Y; LEE, K.; Ogawa, S.; et al. 2007. Estudo Transversal / Japão	S	S	S	S	N	N	S	S	--	--	75
4.	Michael, J.; Telch, N. B.; Shimidt,T.; Lanae J. et al. 1995. Estudo Transversal / Estados Unidos	S	S	S	N	N	N	S	S	--	--	62.5
5.	Huppert, J. D.; Bufka, L. F.; Barlow, D. H.; Gorman, J. M.; Shear, M. K.; Woods, S. W. 2001. Estudo transversal / Estados Unidos.	S	S	S	S	N	N	S	S	--	--	75

Foram analisados 5 artigos para preenchimento conforme a tabela de viés. Identificamos todos os requisitos das perguntas para avaliar a qualidade metodológica dos estudos. A qualidade dos artigos com respostas positivas foi de 70%, sendo que os critérios para inclusão definido na amostra foram claramente mostrados, os assuntos dos estudos e o cenário foram descritos em detalhes, os critérios de inclusão na amostra foram definidos claramente, os resultados foram medidos de maneira confiável e válida e

foi utilizada a análise estatística apropriada. Verificamos que esses critérios, em todos os artigos, obtiveram um resultado negativo. Somente 30% dos resultados informaram que os critérios objetivos e padrão foram usados para medir a condição. Foram identificados fatores de confusão e as estratégias para lidar com esses fatores foram declaradas. Nesses assuntos obtivemos resultados desfavoráveis em alguns artigos, sendo que não foram identificadas tais respostas.

4 DISCUSSÃO

Dalgarrondo (2008) relata que o TP emite sinais fisiológicos sobre o corpo, como afirmaram os autores Telch *et al.* (1995). O tratamento cognitivo- comportamental (CBT) se concentra no aumento anormal da

sensibilidade do paciente, que pode ser observado nos sinais fisiológicos incomuns amplificados da sensação de calor. A má interpretação dessas sensações deduz um sinal de ameaça

imediate, como é exposto no DSM-V (2014). Os pacientes com TP podem desenvolver um medo irracional que pode afetar mais indivíduos que trabalham ou exercem outras atividades, geralmente fora de casa. O tratamento da TCC para pânico que os autores mencionam inclui educação sobre a natureza e fisiologia do pânico e ansiedade e que ajuda os pacientes a lidar com essa exposição gradual dos sinais somáticos que causam efeitos temidos, como o coração acelerado, palpitações e tonturas. Nessa pesquisa realizada, apenas 12% dos participantes alegaram que não houve interferência em suas atividades do dia a dia. Então, foi perceptível que os participantes tratados com a TCC apresentaram significativamente menos deficiências da maioria dos índices de QV. Essas melhorias apresentadas foram mantidas desde o pós-tratamento até o acompanhamento.

Beck (2013) exibe estudos a respeito da TCC mostrando sua eficácia sobre alguns transtornos, incluindo o TP, problemas médicos e psicológicos, determinado em relação alguns princípios baseados em uma concepção de um desenvolvimento acerca dos problemas do sujeito em consideração a cognição de cada um. Assim, Huppert *et al.* (2001) produziram resultados que contribuíram para essa eficácia da TCC apresentada para TP, influenciando assim os resultados da psicoterapia em seus estudos, denotando o nível de habilidade dos terapeutas (experiência) sendo preditores e robustos, com mais experiência,

levando a melhores resultados. Terapeutas com mais experiência em terapia geral, conforme citado no 5º artigo, eram mais propensos a levar limitações da sensibilidade da ansiedade nos pacientes, trazendo melhores benefícios em suas vivências.

Bilet *et al.* (2020) apresentam mais um estudo com os benefícios dessa teoria desenvolvida por Aaron Beck e Judith Beck, relacionando a 68 pacientes na faixa dos 12 a 31 anos, sendo avaliados no pré-tratamento e ao final. No caso do TP com agorafobia, em tratamento com a terapia de exposição, em vários ensaios clínicos randomizados, a TCC geralmente é ministrada individualmente e os resultados a longo prazo após a TCC variam entre os estudos. Os pacientes sob este estudo melhoraram e mantiveram esses ganhos no seguimento de um ano. O tempo médio de acompanhamento foi de 24 anos para tratamento a longo prazo, que preencheram os critérios do DSM-3-R. Foram realizadas 11 sessões de quatro horas. As sessões iniciais foram dedicadas à psicoeducação, pensamentos automáticos e sentimentos de ansiedade. Essa escala de avaliação de Evitação Fóbica (PARS) foi pontuada em entrevistas individuais e a TCC em grupo também é viável a ganhos terapêuticos com durabilidade.

No primeiro artigo, Manjula *et al.* (2009) descreve sobre a TCC ser um tratamento altamente eficaz para o TP. Os resultados de estudos sobre TCC permanecem assim, com até 85% dos

pacientes encontrados para responder positivamente a uma média de 10-15 sessões de TCC. A TCC tem sido mais rentável a longo prazo (dois anos) do que a farmacoterapia. Piccoloto (2019) havia comentado anteriormente sobre a importância do tratamento interveniente pelo terapeuta, através da psicoeducação e outras técnicas, como a de relaxamento, que resulta nas reduções na ansiedade generalizada associada a ataques de pânico, escala de Gravidade do Transtorno do Pânico (PDSS). Este é um instrumento de avaliação de entrevista clínica de sete itens que classifica as características centrais do transtorno do pânico, sendo elas: frequência dos ataques de pânico, angústia causada por pânico, ansiedade antecipatória, medo/evasão, agorafóbica, trabalho e comprometimento social. A frequência e outros detalhes do pânico foram avaliados usando o formulário *Texas Panic Attack Record*, que é um diário estruturado mantido pelos pacientes.

Para cada episódio de pânico, o indivíduo é obrigado a registrar a data, hora, duração, gravidade dos sintomas e parâmetros de ajustes (por exemplo, local, atividade etc.), sensação corporal, pensamentos e as formas pelas quais o ataque de pânico foi tratado. As cognições catastróficas relacionadas ao pânico foram avaliadas por meio do Questionário de Cognições Agorafóbicas (ACQ), consistindo de 14 pensamentos catastróficos. Foi aplicado o Inventário de Avaliação do Pânico (PAI) e uma lista de verificação (Behavioral Avoidance Checklist, BAC) foi desenvolvida para avaliar fobias

relacionadas ao pânico, que incluíam sintomas de pânico e sensações corporais, situações sociais, específicas e agorafóbicas e comportamentos de segurança utilizados nessas situações.

A intervenção cognitiva provoca uma diminuição do pânico e uma manutenção da melhora devido à redução dessas expectativas. Além disso, estratégias de enfrentamento cognitivo, como tentar lidar com a situação e alcançar o objetivo, bem como estratégias de enfrentamento emocional, como resolução planejada de problemas, enfrentamento confrontante, distanciamento e reavaliação positiva, são consideradas como padrões de enfrentamento saudáveis. Esses achados fortalecem o fato de que a reestruturação cognitiva e a exposição desempenham um papel significativo no tratamento do transtorno do pânico.

Noda *et al.* (2007) afirmam que o modelo cognitivo do transtorno do pânico proposto sobre os ataques de pânico resulta da interpretação errônea catastrófica de certas sensações corporais, assim como Beck (1960) expõe em sua teoria, que os pensamentos automáticos são negativamente interpretados.

Diante de uma situação, falsamente interferem em suas emoções e comportamentos. A TCC para o transtorno do pânico visa alterar essas cognições catastróficas,

intervindo sobre as sensações corporais e resultando em reduções significativas no pânico. Este tratamento consiste em cinco componentes principais: psicoeducação sobre a natureza, as causas e a manutenção da ansiedade e do pânico; retreinamento respiratório; reestruturação cognitiva; exposição situacional graduada para reduzir a evitação agorafóbica; e exposição interoceptiva para reduzir o medo dos pacientes de sensações somáticas.

5 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Os pontos fortes dos artigos foram a ampla variedade das intervenções, com inúmeras técnicas apresentadas pelos autores, o que nos mostra a eficácia da TCC no TP, podendo ser a TCC breve ou a longo prazo, sendo que em determinados casos a TCC a longo prazo se mostrou mais eficiente que a farmacoterapia.

Encontramos limitações nas

traduções dos artigos, visto que havia muitos termos e abreviações que não foram traduzidas de forma fidedigna por limitações no idioma e na base de dados, por acharmos que houve perda da qualidade em alguns artigos com tradução literal. Tivemos dificuldade de encontrar estudos de casos na língua portuguesa.

6 CONCLUSÃO

Com base nos estudos podemos observar que a intervenção da TCC como forma de tratamento integral se mostrou bastante eficaz como uma modalidade de tratamento independente, sendo em alguns casos bem mais viável que um tratamento farmacoterapêutico. A TCC se mostra cada vez como um dos principais

aliados no tratamento do transtorno do pânico, seja no curto ou longo prazo, tendo em vista que busca ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos e distorcidos para

poder corrigi-los, assim como também aprenderem a transformar suas crenças disfuncionais em crenças assertivas ou mais adaptativas, visando a melhoria de qualidade de vida do sujeito, sendo que a intervenção cognitiva provoca uma diminuição do pânico e uma manutenção da melhora devido à redução dessas expectativas, para que

essas cognições catastróficas possam ser alteradas.

Novos estudos podem buscar validar ainda mais essas afirmativas, levando em consideração a crescente do transtorno do pânico em tempos de pandemia, ocasionando a maior busca por esse tipo de tratamento.

7 ABREVIATURAS

CBT – Tratamento Cognitivo Comportamental
COVID 19 – Corona Virus Disease

CR – Resposta Cognitiva

CS – Sensibilizados Cognitivamente
OMS – Organização Mundial da Saúde

PDSS – Escala de Gravidade do Transtorno do Pânico
QV – Qualidade de Vida

SAS – Social Escala de Ajuste - Autorrelato
SDS – Escala de Deficiência de Sheehan

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental
TP – Transtorno do Pânico

8 Declarações

Aprovação ética e consentimento para participar: Não aplicável.

Consentimento para publicação: Não aplicável.

Disponibilidade de dados e material: Os conjuntos de dados gerados e/ou analisados durante o estudo atual

estão disponíveis no autor correspondente mediante solicitação razoável.

Interesses competitivos: Os autores declaram que não têm interesses concorrentes

Financiamento: Esta revisão sistemática é financiada por recursos próprios dos seus revisores.

Contribuições dos autores:

Reconhecimentos: Não aplicável.
Informação dos autores (opcional):
Não aplicável.

9 REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo Comportamental Teoria e Prática**. 2. ed. Pensilvânia: Artmed, 2013.

BILET, T. et al. Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in a general clinical setting: a prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up. **BMC Psychiatry**, Noruega, v. 20, n. 259, maio 2020. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02679-w>. Acesso em: 12 jan. 2021.

CAMPOS, L. N. M. Guia completo. Como Tratar Síndrome do Pânico em 15 passos. **Psicologia Viva**, jul. 2018. Disponível em: <https://blog.psicologiaviva.com.br/tratar-sindrome-do-panico/>. Acesso em: 10 maio 2021.

COSTA, C. O. *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, abr./jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852019000200092. Acesso em: 10 maio 2021.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 305.

FARO, A.; BAHIANO, M. A.; NAKANO, T. C. *et al.*

COVID-19 e Saúde Mental: A Emergência do Cuidado. Scielo. São Paulo, jun. 2020. Disponível em: SciELO - Brasil - COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Acesso em: jun. 2021.

FREITAS, D. ; NASCIMENTO. S. Pandemia Deixa Brasileiros mais ansiosos e depressivos. **CNN Brasil**, São Paulo, jun. 2020. Disponível: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/06/06/pandemia-deixa-brasileiros-mais-ansiosos-e-depressivos>. Acesso em: 12 set. 2020.

HUPPERT, J. D.; BUFKA, L. F.; BARLOW, D. H.; GORMAN, J. M.; SHEAR, M. K.; WOODS, S. W. Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 69, n. 5, p. 747-755, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.747>. Acesso em: 12 set. 2020.

MANFRO, G. G.; HELDTI, E.; CORDIOLI, A. V.; OTTO, M. W. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, suppl. 2, out. 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/240299241_Terapia_cognitivo-comportamental_no_transtorno_de_pânico. Acesso em: 10 maio 2021.

MANJULA, M.; KUMARIAH, V.; PRASADARAO, P. S. D. V. et al. Terapia de comportamento cognitivo no tratamento do transtorno do pânico. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 51, n. 2, p. 108-116, abr. 2009. Disponível em: <https://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2009;volume=51;issue=2;spage=108;epage=116;aulast=Manjula>. Acesso em: 12 set. 2020.

MARTINS, E. Saiba o que são crenças e como trabalhá-las na TCC? **CETCC Blog**, 2020. Disponível em: <https://www.cetcc.com.br/blog/14/Saiba+o+que+s%C3%A3o+cren%C3%A7as+e+como+trabalh%C3%A1-las+na+TCC#:~:text=Elas%20s%C3%A3o%20o%20n%C3%ADvel%20cognitivo,ser%20e%20agir%20das%20pessoas>. Acesso em: 10 mar. 2021.

MEIONORTE.COM. Ansiedade durante a Quarentena: números em crescimento. Meionorte, jun. 2020. Disponível em: <https://www.meionorte.com/noticias/ansiedade-durante-a-quarentena-numeros-em-crescimento-392425>. Acesso em: 10 maio 2021.

MORAES, A. L. Brasil é o país mais deprimido e ansioso da América Latina. **VejaSaúde**, ago. 2018. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/brasil-e-o-pais-mais-deprimido-e-ansioso-da-america-latina/>. Acesso em: 10 maio 2021.

NADI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. *et al.* **Transtorno de Pânico: teoria e**

clínica. Porto Alegre: Artmed. 2013. p. 19.

NODA, Y. et al. Sensibilização da Cognição Catastrófica na Terapia Cognitivo Comportamental para transtorno do pânico. **BMC Psychiatry**, v. 7, n. 70, dez. 2007.

PICCOLOTO, N. M. 11 Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental muito utilizadas. **Blog Cognitivo**, 2019. Disponível em <https://blog.cognitivo.com/tecnicas-cognitivo-comportamentais/#:~:text=minutos%20para%20ler,11%20T%C3%A9cnicas%20de%20Terapia%20Cognitivo%20Comportamental%20muito%20utilizadas,em%20outras%20%C3%A1reas%20de%20atua%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 10 maio 2021.

SCHNEIDER, C. R.; MACHADO, L. M.; HENTSCHEKE, G. S. Principais distorções cognitivas apresentadas por pacientes com Transtorno de Pânico. *Revista da Mostra de Iniciação Científica*, v. 4, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.ulbracds.com.br/index.php/rmic/article/view/1988#:~:text=Seu%20principal%20objetivo%20%C3%A9%20mudar,e%20negativos%20denominadas%20distor%C3%A7%C3%B5es%20cognitivas>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SCIO EDUCATION. Transtorno do pânico e a abordagem cognitivo-comportamental., 2020. Disponível em: <https://scioeducation.com/artigos/transtorno-do-panico-e-a-abordagem-cognitivo-comportamental/#:~:text=amea%C3%A7a%20e%20perigo,Abordagem%20cognitivo%20comportamental,pode%20desencadear%20um%20novo%20ataque>.

SILVEIRA, R. D. D. Ricardo Wainer: avanços das Terapias Cognitivo- Comportamentais. **Revista Expressão**, v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/revistaexpressao/article/view/38>

08. Acesso em: 10 abr. 2021.

SOUSA, M. C. M. de. Aqui te respondo a importância da Terapia cognitivo-comportamental no tratamento do Transtorno de pânico. **Cardiomed**, 2019.

Disponível em: <http://cardiomed-ma.com.br/2019/09/26/aqui-te-respondo-a-importancia-da-terapia-cognitivo-comportamental-no-tratamento-do-transtorno-de-panico/>.

Acesso em: 10 abr. 2021.

TELCH, M. J.; SCHMIDT, N. B.; JAIMEZ, T. L.; JACQUIN, K. M.; HARRINGTON, P.

J. Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients.

Journal of Consulting and Clinical

Psychology, v. 63, n. 5, p. 823-830,1995.

Disponível em:

[https://doi.org/10.1037/0022-](https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.5.823)

006X.63.5.823. Acesso em: 10 abr. 2021.

WENZEL, A. **Inovações em Terapia Cognitivo-Comportamental:**

intervençõesEstratégicas para uma Prática Criativa. Porto Alegre: Artmed, 2018.

ZUARDI, A. W. Características Básicas do Transtorno do Pânico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, supl. 1, p. 56-63, jan./fev, 2017.

Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127539>. Acesso em: 10 maio 2021.

Arquivos adicionais

Anexo 1: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-AnalysisProtocols (PRISMA) 2019

Anexo 2: Instrumentos de Avaliação do Risco de viés