ISSN 1982-3541
2013, Vol. XV, nº 1, 50-82

Revista Brasileira
de Terapia Comportamental
e Cognitiva

Efetividade de Terapias Cognitivo-Comportamentais em Grupo para o Transtorno de Pânico: Revisão Sistemática e Meta-análise

Effectiveness of Group Cognitive Behavior Therapies for Treatment of Panic Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis

Tárcio Soares ✉
[1]MSc in Social Psychology – Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA)

Jéssica Camargo
Undergraduate in Psychology - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Adolfo Pizzinato
PhD in Psychology - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

RESUMO

Embora as terapias cognitivo-comportamentais sejam estudadas para o transtorno de pânico, geralmente as revisões sobre o assunto agrupam indiscriminadamente modalidades individuais e em grupo. O presente estudo objetivou avaliar, por meio de técnicas de meta-análise, a efetividade das terapias cognitivo-comportamentais em grupo para o transtorno de pânico. Foram feitas buscas bibliográficas em LILACS, PsycINFO, ISI e Pubmed. Foram calculados tamanhos de efeito de Hedges (g) intragrupos em sintomas de pânico e ansiedade, agorafobia e depressão. Utilizou-se um modelo de efeitos aleatórios para estimar os tamanhos de efeito sumários e o viés de publicação foi calculado. A busca resultou em 22 artigos de 14 estudos diferentes. Encontraram-se tamanhos de efeito sumário grande para sintomas de pânico e ansiedade (g=1,39), moderado para sintomas depressivos (g=0,79) e grande para sintomas agorafóbicos (g=0,92). Os resultados sugerem que essas terapias são efetivas para o transtorno de pânico e se constituem em uma alternativa interessante de tratamento.

Palavras-chave: transtorno de pânico; terapia em grupo; terapia cognitivo-comportamental em grupo; meta-análise; efetividade.

Esta pesquisa contou com auxílio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

✉ tarciots@hotmail.com

ABSTRACT

Although cognitive behavior therapies are vastly studied treatments for panic disorder, reviews on the subject usually don't discriminate between individual and group settings. This article aims to evaluate, through meta-analytical techniques, the effectiveness of group cognitive behavior therapy for panic disorder. A literature search on LILACS, PsycINFO, ISI Web of Knowledge and Pubmed was conducted. Intra-group Hedges (g) effect size calculations were made for symptoms of panic and anxiety, agoraphobia, and depression. A random effects model was used to estimate the summary effect sizes and the publication bias was calculated. The search identified 22 articles from 14 different studies. Summary effect sizes were large for symptoms of panic and anxiety (g=1,39), moderate for symptoms of depression (g=0,79) and large for agoraphobic symptoms (g=0,92). These results suggest that these therapies in group are effective for panic disorder and constitute an interesting alternative of treatment.

Keywords: panic disorder; group therapy; group cognitive behavior therapy; meta-analysis; effectiveness.

INTRODUÇÃO

O transtorno de pânico (TP) é um transtorno de ansiedade que se caracteriza pela presença recorrente e inesperada de ataques de pânico. Um ataque de pânico pode ser definido como um episódio súbito de ansiedade, em que a pessoa tem a impressão de perigo e/ou catástrofe iminente, acompanhada de sensações como palpitação, sudorese, falta de ar, e pensamentos como medo de perder o controle, despersonalização, entre outros. Eles não são exclusivos do TP, podendo ocorrer em outros transtornos mentais (especialmente outros transtornos de ansiedade) (American Psychiatric Association [APA], 2002).

A prevalência ao longo da vida do TP foi estimada em 4,7% no principal estudo americano sobre o tema (Kessler et al., 2005), sendo mais comum em mulheres (APA, 2002). No Brasil, ainda faltam dados representativos da população em geral (Salum, Blaya, & Manfro, 2009). Pesquisas conduzidas na região metropolitana de São Paulo encontraram prevalência de 1,1% para o período de 12 meses (Andrade et al., 2012; Viana, Teixeira, Beraldi, Bassani, & Andrade, 2009) e 1,6% para a vida toda (Andrade, Walters, Gentil, & Laurenti, 2002).

A idade de início varia muito, mas tende a ocorrer no final da adolescência e na faixa dos 30 anos. O transtorno apresenta curso crônico, porém flutuante. As taxas de remissão espontânea sem recaídas são extremamente baixas no longo prazo (Sanchez-Meca, Rosa-Alcazar, Marin-Martinez, & Gomez-Conesa, 2010).

O TP é considerado um fator de risco importante para o desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos (em especial episódios depressivos e abuso de substâncias) (Angst, 1998) e está entre os transtornos de ansiedade que causam o maior sofrimento e prejuízo laboral e social (Manfro, Heldt, & Shinohara, 2004). Além disso, quando comparados com pessoas saudáveis, portadores de TP apresentam piores níveis de qualidade de vida (Rangé, Bernik, Borba, & Melo, 2011) e maior utilização de serviços de saúde não psiquiátricos (Klerman, Weissman, Ouellette, Johnson, & Greenwald, 1991).

Tudo isto contribui para um ônus social enorme, que inclui gastos diretos com tratamento do transtorno, gastos indiretos pela maior procura dos serviços de saúde não específicos e prejuízos em função de dificuldades labo-

rais (p. ex. falta ao trabalho, seguro- desemprego, menor contribuição com impostos) (Greenberg et al., 1999).

Entre os tratamentos para o TP, existem boas evidências da efetividade de tratamentos farmacológicos e de protocolos de terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000). A abordagem farmacológica é a forma mais comum de tratamento em contextos de saúde pública no Brasil. Contudo, as TCCs apresentam algumas vantagens, como: (1) não apresentam efeitos colaterais indesejados comuns às medicações para o TP; (2) podem ser utilizadas por profissionais não médicos (p. ex. psicólogos ou enfermeiros treinados); (3) apresentam menores taxas de recaída; e (4) no longo prazo parecem ter melhor custo-efetividade (Heldt et al., 2010).

Ainda que hoje existam opções eficazes de tratamento para o TP, há a necessidade de buscar e efetivar protocolos de tratamentos que sejam acessíveis e tenham uma boa relação custo-efetividade. Cerca de dois terços das pessoas com algum transtorno de ansiedade (entre eles o TP) não recebem tratamento pelas mais variadas razões, sendo o custo dos tratamentos um dos motivos mais comuns (Anxiety Disorders Association of America, 2009). Hoje, não há dúvidas de que a consideração dos custos tornou-se uma questão central no campo da saúde (Morrison, 2001). De uma forma geral, os tratamentos em grupo têm sido considerados pela comunidade acadêmica como uma boa resposta para isto (Tucker & Oei, 2007).

As terapias cognitivo-comportamentais em grupo (TCCG) derivam diretamente das TCCs individuais e têm se mostrado promissoras para o tratamento de grande número de transtornos psiquiátricos (Bieling, McCabe, & Antony, 2008). Contudo, a grande maioria dos protocolos de tratamento com referencial cognitivo-comportamental enfoca a terapia individual**,** e não em grupo (Bieling et al., 2008).

Por mais que as TCCGs sejam adaptações de protocolos de tratamento individuais, tratamentos em grupo têm indicações, abordagens, dinâmicas e resultados diferentes dos individuais (Yalom & Leszcz, 2006). Isto resulta na necessidade da realização de treinamento e pesquisas distintas para esta modalidade, algo que muitas vezes é ignorado.

Ao total, encontramos 13 meta-análises que abordavam os efeitos de TCCs para o TP. Com exceção de um estudo (Sanchez-Meca et al., 2010), todos agruparam as TCCs individuais com as TCCGs em suas análises. Sanchez-Meca et al. (2010) testaram se a forma de aplicação da TCC (grupo, individual ou mista) era uma variável moderadora dos tamanhos de efeito observados e chegaram a uma tendência a diferença significativa entre as modalidades (p=0,083), com aparente vantagem das abordagens individuais e grupais sobre as mistas. Do nosso conhecimento, não existem revisões sistemáticas ou meta-análises que abordem detalhadamente a efetividade das TCCGs para o TP.

Outro problema encontrado nas meta-análises revisadas foi que apenas três estudos usaram um modelo de efeitos aleatórios nas análises. Conforme destaca Borenstein, Hedges, Higgins e Rothstein (2009), modelos de efeitos fixos partem do pressuposto de que o tamanho de efeito real é exatamente igual entre todos os estudos. Por sua vez, modelos de efeitos aleatórios assumem que os estudos individuais podem variar de tamanho de efeito (devido a diferenças, como características da amostra e terapeuta), ainda que sejam normalmente distribuídos. Isso permite maior generalização dos resultados e é preferível em pesquisas sobre a efetividade de tratamentos.

Assim, o objetivo deste trabalho é avaliar, por meio de revisão sistemática, a efetividade das TCCGs para o TP. Para isto, foram empregadas técnicas de meta-análise.

MÉTODO

Estratégia de Busca

A busca por artigos foi realizada nas bases de dados da LILACS, PsycINFO, ISI Web of Knowledge e Pubmed. Foram criadas três listas de descritores a partir dos termos "terapia em grupo", "terapia cognitivo-comportamental" e "transtorno de pânico". Foram usados descritores em português na LILACS e em inglês nas outras bases. As listas de descritores podem ser vistas no Quadro 1.

Devido a limitações da LILACS, a busca foi realizada usando apenas os termos da lista de transtorno do pânico, o que tornou esta busca bastante abrangente. Nas outras bases, foi feita intersecção entre as três listas. De forma complementar, também foi conduzida uma busca manual nas referências da meta-análise mais recente encontrada que abordava a efetividade das TCCs para o TP (Sanchez-Meca et al., 2010). Todas as buscas em bases de dados foram realizadas no dia 13 de abril de 2011.

Quadro 1

Termos para Transtorno Pânico	**Termos para Tratamentos em grupo**
panic attacks (mesh)	group psychotherapy (mesh)
panic disorder (mesh)	group therapy (mesh)
ataques de pânico (decs)	group intervention
transtorno de pânico (decs)	group treatment
transtorno do pânico	group cognitive behavior therapy (mesh)
síndrome do pânico	group cognitive psychotherapy (mesh)
Termos para TCC	group cognition therapy (mesh)
	group cognitive therapy (mesh)
cognitive behavior therapy (mesh)	group behavior modification (mesh)
cognitive psychotherapy (mesh)	group conditioning therapy (mesh)
cognition therapy (mesh)	group behavior therapy
cognitive therapy (mesh)	group cognitive behaviour therapy
behavior modification (mesh)	group behaviour modification
conditioning therapy (mesh)	group behaviour therapy
exposure therapy (mesh)	group exposure therapy
flooding therapy (mesh)	group flooding therapy
imaginal flooding (mesh)	group imaginal flooding
implosive therapy (mesh)	group implosive therapy
relaxation technics (mesh)	group relaxation technics
relaxation techniques (mesh)	group relaxation techniques
relaxation therapy (mesh)	group relaxation therapy
cognitive behavioral treatment	Gcbt
behavior therapy	Cbgt
cognitive behaviour therapy	

Listas de descritores usadas na busca bibliográfica

Seleção dos Estudos

Os resumos de todos os artigos encontrados na busca foram lidos por dois avaliadores independentes, que deram seu parecer sobre a inclusão ou não do artigo na revisão. Divergências foram resolvidas em reunião entre os avaliadores. Casos em que o resumo não tornou possível a emissão de parecer foram avaliados a partir da leitura de seus textos completos.

Os critérios de inclusão foram: (1) artigos publicados em inglês ou português; (2) utilizar o delineamento de ensaio clínico randomizado; (3) todos os sujeitos deveriam ser diagnosticados com TP, independentemente da forma como o diagnóstico foi feito; (4) pelo menos um dos grupos de tratamento com referencial comportamental, cognitivo ou cognitivo-comportamental conforme definido pelo próprio estudo; (5) o grupo de tratamento que fechava o critério 4 também deveria ser de modalidade predominante grupal (50% ou mais das sessões); e, (6) o tratamento deveria ter como um dos seus enfoques principais o TP. Para ter certa homogeneidade em relação aos objetivos dos estudos, não foram inclusos artigos sobre os efeitos das TCCGs na retirada de medicações para o TP.

Para evitar dados duplicados, quando foram encontradas publicações diferentes realizadas pelos mesmos autores ou grupos de pesquisa sem a declaração explícita de que utilizavam amostras diferentes, optou-se por considerar apenas os dados do artigo mais recente ou com informações mais completas.

Extração dos Dados

Após a definição dos artigos a serem utilizados, dois avaliadores independentes realizaram a leitura de cada um dos estudos e preencheram uma ficha de leitura estruturada contendo características do estudo (p. ex. se fez análise por intenção de tratar, tipo de grupo controle) e resultados encontrados (p. ex. médias e desvio padrão das variáveis dependentes na linha de base e após o tratamento). Casos de divergência entre os avaliadores foram resolvidos em reunião.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por meio de uma série de critérios sugeridos por Foa e Meadows (1997), Jadad et al. (1996) e Verhagen et al. (1998). Assim, foi considerada uma pontuação por estudo (a maior pontuação entre os artigos). Para cada uma das seguintes perguntas o estudo poderia ganhar 1 ponto, sendo o máximo 5 pontos. (1) Os participantes do estudo foram adequadamente randomizados? (2) Os avaliadores dos pacientes estavam cegos à condição de tratamento? (3) Houve uma descrição adequada dos pacientes que abandonaram o estudo e os tratamentos? Ao contrário do sugerido por Jadad et al. (1996), não descontamos pontos quando os motivos para abandono não foram especificados. (4) O estudo fez análise por intenção de tratar ou algum método semelhante que inclua pacientes que abandonaram o tratamento? (5) O estudo avaliou (e descreveu) os resultados da integridade ou adesão correta ao protocolo de tratamento?

Análises Quantitativas

Tendo em vista o pequeno número de estudos e a heterogeneidade dos grupos comparados às TCCGS, optamos por fazer apenas análises de tamanhos de efeito intragrupos.

O primeiro passo foi calcular o tamanho de efeito observado em cada variável dependente contínua de cada estudo entre o pré-tratamento e o pós-tratamento. Se os dados foram reportados tanto para os sujeitos que completaram o tratamento quanto em uma análise por intenção de tratar, apenas os últimos foram utilizados. Como a grande maioria dos estudos utilizou instrumentos com medidas contínuas, o tamanho de efeito *g* de Hedges (Hedges & Olkin, 1985) foi calculado. A direção

do tamanho de efeito foi padronizada para que um efeito positivo sempre representasse um melhor resultado para o grupo pós-tratamento. As fórmulas utilizadas para o cálculo dos tamanhos de efeito dos estudos podem ser vistas no Quadro 2.

Um problema comum às meta-análises de tamanho de efeito intragrupos é o fato de praticamente nenhum estudo reportar o coeficiente de correlação *r* entre os escores pré e pós tratamento. Por esse motivo, seguimos a recomendação de Rosenthal (1993) e utilizamos uma estimação conservadora de *r*=0,7.

Conforme esperado, cada estudo incluso utilizou uma grande variedade de instrumentos para avaliar seus resultados. Optamos por fazer uma análise para cada domínio de sintomas. Com base em Morrissette, Bitran e Barlow (2010) e em Shear e Maser (1994), dividimos os sintomas em: a) sintomas específicos do TP (p. ex. quantidade de ataques de pânico, medo de sensações corporais) e de ansiedade (não incluímos instrumentos de ansiedade traço); b) agorafobia e comportamentos evitativos; e, c) alterações de humor (p. ex. sintomas depressivos). A definição de qual instrumento se encontrava em cada domínio foi feita por um avaliador cego aos resultados dos artigos. Quando um estudo continha mais de um instrumento avaliando o mesmo domínio, foi feita uma média entre os tamanhos de efeito. Desta forma, no máximo três tamanhos de efeito foram computados para cada estudo.

Quadro 1

$$g = \left(\frac{X_1 - X_2}{S_{intra}}\right) \times \left(1 - \frac{3}{4gl - 1}\right)$$

$$S_{intra} = \frac{S_{dif}}{\sqrt{2(1-r)}}$$

$$S_{dif} = \sqrt{S_1^2 + S_2^2 - 2 \times r \times S_1 \times S_2}$$

$g = Tamanho\ de\ efeito\ de\ Hedges$
$X_1 = média\ pós - tratamento$
$X_2 = média\ pré - tratamento$
$S_{intra} = desvio\ padrão\ intra - grupos, ponderado\ entre\ S_1\ e\ S_2$

$gl = graus\ de\ liberdade$
$S_{dif} = desvio\ padrão\ das\ diferenças\ entre\ os\ escores\ pré\ e\ pós$
$S_1 = desvio\ padrão\ dos\ escores\ pós - tratamento$
$S_2 = desvio\ padrão\ dos\ escores\ pré - tratamento$
$r = correlação\ entre\ os\ escores\ pré - tratamento\ e\ pós - tratame$

Listas de descritores usadas na busca bibliográfica

Tabela 1
Características dos artigos e estudos inclusos

Estudo	Artigos	Sintomas do TP e Ansiedade		Sintomas depressivos		Agorafobia		Características de amostra		Seguimento (meses)	Qualidade
								TCCG	Comparação		
		Artigo usado	Medidas	Artigo usado	Medidas	Artigo usado	Medidas				
1	Telch et al., 1993 Telch et al., 1995 Smits et al., 2004	Smits et al., 2004	SPRAS, BSQ, ASI Frequência de AP	Telch et al., 1993	BDI	Smits et al., 2004	FQ-AGO	n= 90*1	Lista de Espera (n=40*1)	6	3
2	Lidren et al., 1994	Lidren et al., 1994	PASQ, PACQ, PSEQ Frequência de AP	Lidren et al., 1994	BDI	Lidren et al., 1994	MIA	n=12	TCC Biblioterapia (n=12) Lista de Espera (n=12)	3 e 6	4
3	Hoffart, 1995[a] Hoffart, 1995[b] Hoffart, 1998 Hoffart e Hedley, 1997	Hoffart, 1995[a]	PARS, BSQ, Diário de AP	Hoffart, 1998	BDI	Hoffart, 1998	MIA*2	n=26	GMT (n=26)	12	3
4	Bowen et al., 2000	Não usado	-	Não usado	-	Não usado	-	Alcoolistas n=146	TRA (n=85)	3, 6 e 12	3
5	Schmidt et al., 2000 Schmidt et al., 2003	Schmidt et al., 2003	PDSS, SPRAS	Não usado	-	Não usado	-	n=22*1	Lista de Espera (n=24*1)	6 e 12	5
6	Carter et al., 2003	Carter et al., 2003	Frequência de AP, CSR, ASI, STAI-S, HQC	Carter et al., 2003	BDI	Carter et al., 2003	MIA*2	n=17	Lista de Espera (n=15)	NR	3
7	Berger et al., 2004	Não usado	-	Não usado	-	Não usado	-	n=38*3	Paroxetina (n=35*3)	NR	2
8	Dannon et al., 2004	Dannon et al., 2004	HRSA, PSQ	Não usado	-	Não usado	-	n=24	Paroxetina (n=33)	NR	4
9	Hecker et al., 2004	Não usado	-	Não usado	-	Não usado	-	n=25*6	TCC biblioterapia + contato telefone (n=14)	6	2
10	Sharp et al., 2004	Sharp et al., 2004	HAM-A, SRT	Sharp et al., 2004	MADRS	Sharp et al., 2004	FQ-AGO	n=38	TCC individual (n=37) Lista de Espera (n=22)	3	3
11	Ross et al., 2005	Ross et al., 2005	SPRAS e ASI Frequência de AP	Ross et al., 2005	BDI	Ross et al., 2005	FQ-AGO	Asmáticas n=34*5	Lista de Espera (n=10)	6	4
12	Roberge et al., 2008 Marchand et al., 2009	Roberge et al., 2008	BSQ, ASI e PAS Frequência de AP	Marchand et al., 2009	BDI	Marchand et al., 2009	MIA*2	n=35*5	TCC Individual (n=33) *5 TCC breve (n=32) *5 Lista de Espera (n=27)*4	3, 12 e 24	4
13	Bohni et al., 2009	Bohni et al., 2009	PDSS, BAI e ASI	Bohni et al., 2009	BDI-II	Bohni et al., 2009	MIA*2	n=20	TCCG massiva (n=19)	3, 6 e 18	2
14	Bergstrom et al., 2010	Bergström et al., 2010	PDSS e ASI	Bergström et al., 2010	MADRS	Não usado	-	n=60	TCC internet (n=53)	6	4

AP – Ataques de Pânico; ASI – Anxiety Sensitivity Index; BAI – Beck Anxiety Inventory; BDI – Beck Depression Inventory; BDI-II - Beck Depression Inventory-II; BSQ – Body Sensation Questionnaire; CSR – Clinical Severity Rating; FQ-AGO – Fear Questionnaire–A(Bohni, Spindler, Arendt, Hougaard, & Rosenberg, 2009); GMT – Guided Mastery Therapy; Agoraphobia subscale; HAM-A – Hamilton Anxiety Scale; HQC – The Hyperventilation Questionnaire; HRSA – Hamilton Rating Scale for Anxiety; MADRS – Montgomery Asberg Depression Rating Scale; MIA – Mobility Inventory, Alone; PACQ – Panic Attack Cognitions Questionnaire; PARS – Phobic Avoidance Rating Scale; PAS – Panic and Agoraphobia Scale; PASQ – Panic Attack Symptoms Questionnaire; PDSS – Panic Disorder Severity Scale; PSEQ – Panic Self-Efficacy Questionnaire; PSQ – Panic Self Questionnaire; SPRAS – Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale; SRT – Symptom Rating Test; STAI-S – State-Trait Anxiety Inventory; TRA – Tratamento regular para alcoolismo.
*1 Tamanhos de amostra diferentes entre os artigos. Dados retirados do artigo mais recente.
*2 Escores relativos ao paciente não acompanhado.
*3 Iniciaram 100 sujeitos, mas o estudo só discrimina aqueles que se mantiveram até a sexta semana de tratamento.
*4 Lista de espera apenas incluída no artigo mais recente. Apenas reportados testes comparativos (nenhuma média/DP).
*5 Incluindo sujeitos que participaram da lista de espera e depois passaram pelo tratamento.
*6 Não incluindo pacientes que foram randomizados (participaram da avaliação inicial), mas não iniciaram tratamento.

Em seguida, foi calculado o tamanho de efeito sumário para cada domínio previamente estabelecido. Para isto, foi utilizado o modelo de efeitos aleatórios conforme Borenstein et al. (2009). Os intervalos de confiança foram estabelecidos a um grau de 95% de confiança. Fizemos testes de hipótese bicaudais de efeito nulo com os valores *Z* dos tamanhos de efeito sumário encontrados.

O viés de publicação, que pode acontecer pelo fato de estudos com resultados positivos serem mais facilmente publicados do que estudos com efeitos nulos ou negativos, foi avaliado por meio da computação do *Fail-Safe N* (Rosenthal, 1979).

Para avaliar a consistência dos tamanhos de efeito computados, foi feito o teste *Q* de homogeneidade (Borenstein et al., 2009) com significância estabelecida a $p<0,05$. Além disso, foi reportada a estimativa do desvio padrão (τ) dos tamanhos de efeito sumários verdadeiros estimados.

RESULTADOS

Estudos Selecionados

Ao total, 22 artigos originados de 14 estudos diferentes fecharam os critérios de inclusão para esta revisão. Destes, 11 continham dados suficientes para a computação dos tamanhos de efeito. A Tabela 1 contém as características básicas dos artigos e estudos inclusos.

No estudo 13, duas formas de TCCG foram comparadas. Uma forma intensiva (sessões diárias de quatro horas na primeira semana, duas sessões de duas horas na segunda semana e uma sessão de duas horas na terceira semana) e uma forma com uma configuração mais usual (13 sessões semanais de duas horas). Em nossas análises quantitativas apenas a TCCG de configuração usual foi incluída.

Considerando os dados dos artigos mais recentes, ao total 1.139 pacientes com TP foram randomizados nos estudos. Destes, 606 foram tratados com TCCG e 323 foram inclusos em nossa meta-análises.

Em relação à qualidade dos estudos avaliados, apenas o estudo 5 ganhou pontuação máxima. A fragilidade metodológica mais frequente nos estudos analisados foi a falta de avaliações sobre a integridade e adesão correta aos protocolos de tratamento, que só foi feita e descrita em três estudos. Em uma avaliação subjetiva, o estudo 7 foi o único com maiores carências metodológicas, algo que provavelmente está relacionado ao tipo de publicação, um relato breve de quatro páginas que fez apenas uma breve descrição de método e de resultados encontrados.

Características dos Protocolos de TCCG e Satisfação com o Tratamento

A Tabela 2 contém informações sobre os protocolos de TCCG utilizados. Dos 14 estudos, 10 utilizaram protocolos de TCCG isolados e quatro incluíram estratégias complementares de tratamento. Berger et al. (2004) compararam TCCG mais paroxetina contra paroxetina isolada. Já o de Bowen, South, Fischer e Looman (1994) usou a TCCG focada para o pânico como tratamento complementar para alcoolistas internados diagnosticados com TP. O estudo de Ross, Davis e Macdonald (2005) teve a particularidade de tratar uma amostra composta por mulheres com asma e, por isso, incluiu elementos de psicoeducação para asma no tratamento. Por fim, o estudo de Hecker, Losee, Roberson-Nay e Maki (2004) fez um tratamento combinado de biblioterapia com quatro sessões de TCCG.

O tamanho dos grupos foi semelhante entre os tratamentos, variando de três a oito pessoas. Com exceções do estudo 3, 9 e 10, o tempo total de atendimento ficou entre 12 e 26 horas.

Três estudos (2, 11 e 13) avaliaram a satisfação dos pacientes com o tratamento. Os estudos 11 e 13 usaram questionários desenvolvidos pelos próprios autores e encontraram bons níveis de satisfação. A única pergunta em comum entre os estudos foi se os pacientes indicariam o tratamento para outras pessoas com o mesmo problema. Nesta pergunta, em uma escala de zero a quatro, a média de pontuação dos pacientes do estudo 11 foi 3,9. No estudo 12, em uma escala de um a cinco, a média da pontuação foi 4,67. Por sua vez, o estudo 2 utilizou um instru-

Tabela 2
Características dos protocolos das TCCGs

Estudo	Referências do tratamento	Sessões em grupo		Pessoas por grupo	Observação
		Quantidade	Duração em minutos		
1	Craske & Barlow, 1990 Telch & Schmidt, 1990	12	90-120	4 a 6	
2	Clum, 1990 Gould et al., 1993	8	90	6	
3	Clark & Salkovskis, 1987 Clark, 1989	26*	75-90	7 a 8	Internação
4	Craske et al., 1991	6	120	ND	Internação TCCG + TRA
5	Schmidt, 1994 Schmidt et al., 2000	12	120	5 a 7	
6	Carter et al., 2003	11	90	4 a 5	
7	Margraf & Schneider, 1990 Katschnig et al., 1997	20*2	ND	ND	Paroxetina + TCCG
8	Beck & Clark*4 Bourne, 1995	8	120	8	
9	Hecker et al., 2004	4	60-90	5 a 6	TCCG + biblioterapia
10	Sharp et al., 1996 Power et al., 2000 Sharp et al., 2000	8	60	6 a 8	
11	Beck et al., 1985 Barlow & Cerny, 1988	12	90	3 a 5	TCCG + PA
12	Craske & Barlow, 1993	14	60	8*3	

* O estudo não deixa claro. Número baseado na descrição geral do tratamento. Sessões ao longo de 6 semanas de internação. Pacientes também participavam de outras atividades da internação (p. ex. exercícios físicos, reuniões de equipe semanais).
*2 20 sessões em grupo e 2 individuais iniciais
*3 Aproximadamente
*4 Informa que o tratamento foi inspirado em Beck e Clark, mas não cita referência específica
ND = Não descreve
PA = Psicoeducação sobre asma

mento estruturado, o *Client Satisfaction Questionnaire* (Larsen, Atkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) e também verificou alta satisfação para a TCCG.

A Efetividade das TCCGs para o Transtorno de Pânico

Conforme apresentado na Tabela 3, o tamanho de efeito sumário pré-pós para sintomas de pânico foi de 1,39 (IC 95%: 1,23 - 1,55), para sintomas depressivos foi de 0,79 (IC 95%: 0,65 – 0,92) e para sintomas de agorafobia foi 0,92 (IC 95%: 0,60 – 1,23). Partindo da proposta de Cohen (1988), podemos observar que os tamanhos de efeito sumários para sintomas depressivos e agorafóbicos

Tabela 3
Tamanhos de efeito e análises sumárias

Estudo	Tamanhos de efeito g de Hedges (intervalo de confiança a 95%)		
	Pânico e Ansiedade	Sintomas depressivos	Agorafobia
1	1,62 (1,38 - 1,86)	1,18 (0,85 – 1,52)	0,65 (0,37 – 0,94)
2	1,57 (0,93 – 2,20)	0,74 (0,27 – 1,21)	0,98 (0,47 – 1,49)
3	1,19 (0,79 – 1,60)	0,51 (0,18 – 0,84)	1,16 (0,76 – 1,56)
5	1,64 (1,15 – 2,12)	NR	NR
6	1,58 (0,98 – 2,17)	1,12 (0,62 – 1,62)	1,33 (0,78 – 1,86)
8	1,00 (0,63 – 1,37)	NR	NR
10	1,00 (0,59 – 1,40)	0,65 (0,29 – 1,01)	0,32 (-0,02 – 0,65)
11	1,22 (0,72 – 1,72)	0,72 (0,30 – 1,14)	0,49 (0,09 – 0,88)
12	1,37 (1,02 – 1,73)	0,69 (0,41 – 0,97)	1,64 (1,25 – 2,02)
13	1,47 (0,98 – 1,97)	0,78 (0,41 – 1,16)	0,92 (0,51 – 1,32)
14	1,64 (1,31 – 1,97)	0,80 (0,56 – 1,05)	NR
Sumário			
Tamanho de efeito	1,39* (1,23 – 1,55)	0,79* (0,65 – 0,92)	0,92* (0,60 – 1,23)
Estatística *Q*	16,44	10,91	36,07
Heterogeneidade	p = 0,09	p = 0,21	p < 0,001
	0,16	0,11	0,40
Viés de publicação	925,42	197,41	181,05

NR – Não Realizado; τ - Estimativa do desvio padrão do tamanho de efeito sumário real
O tamanho de efeito sumário é baseado em modelo de efeitos aleatórios. Heterogeneidade avaliada no teste Q de homogeneidade. Viés de publicação avaliado por meio do Fail Safe N, conforme sugerido por Rosenthal (1991).
* p < 0,001

ficaram entre moderado e grande. Já o tamanho de efeito sumário estimado para sintomas de pânico foi grande. Os três tamanhos de efeito foram significativos (p<0,0001).

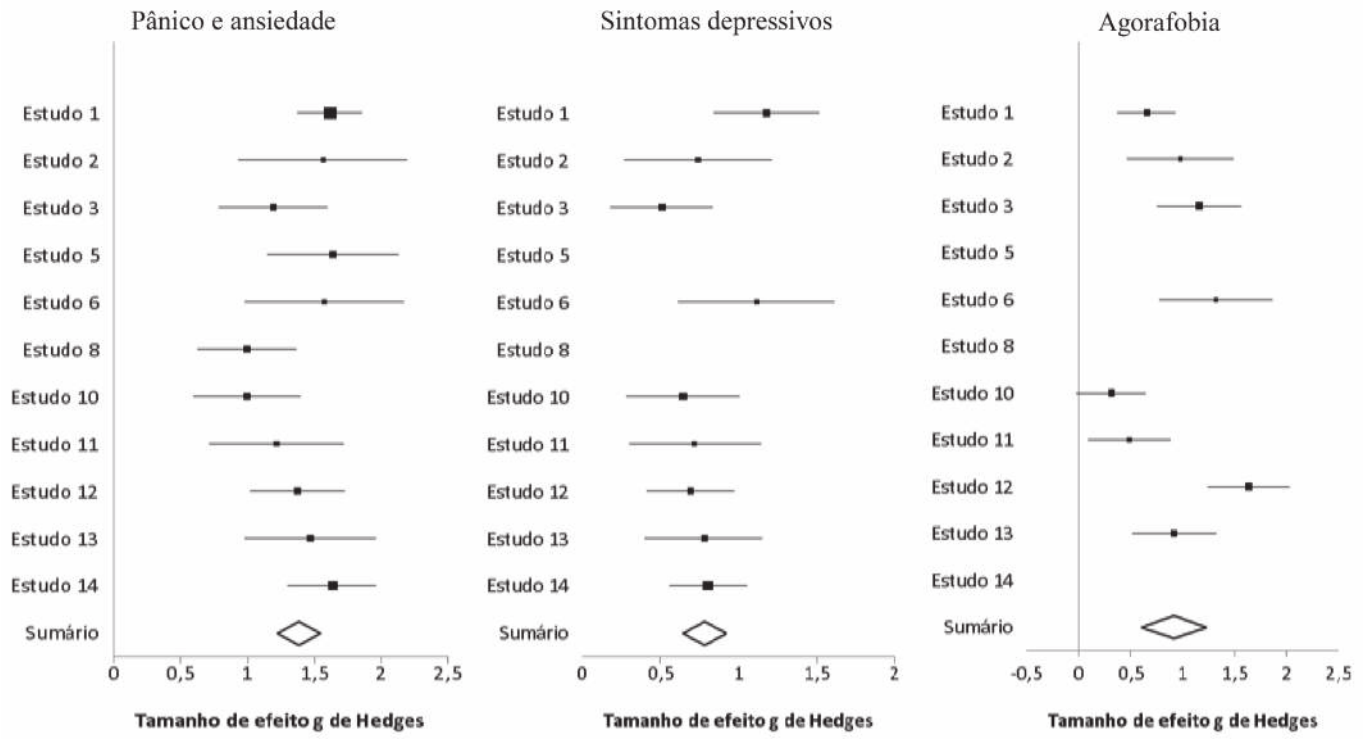
A distribuição dos tamanhos de efeito foi heterogênea para sintomas agorafóbicos (p<0,0001 no teste Q de homogeneidade) e tendeu a heterogeneidade para sintomas de pânico (p=0,09), demonstrando inconsistência entre os tamanhos de efeito. Como consequência, a estimativa do desvio padrão do tamanho de efeito sumário real (τ) ficou particularmente elevada para os sintomas agorafóbicos. Isto significa que 95% dos tamanhos de efeitos reais para os sintomas de pânico ficam entre 1,06 e 1,72, o que ainda é considerado grande. Contudo, o mesmo cálculo para sintomas agorafóbicos situa os tamanhos de efeito dos estudos entre 0,11 (efeito praticamente nulo) e 1,73 (efeito grande), limitando os achados.

No caso dos sintomas depressivos, a distribuição dos tamanhos de efeito não foi heterogênea (p=0,21), o que resultou em um desvio padrão dos tamanhos de efeito pequeno. Com isto, a estimativa é de que 95% dos tamanhos de efeito real dos estudos individuais situem-se entre 0,57 (moderado) e 1,01 (grande).

A computação do *Fail-Safe N,* Rosenthal (1991) sugere que os efeitos observados provavelmente não podem ser explicados por viés de publicação, tendo resultado em (922,42 > 60) para sintomas de pânico e ansiedade; (197,41 > 50) para sintomas depressivos e (181,05 > 45) para sintomas agorafóbicos.

Por fim, 11 dos 14 estudos inclusos fizeram algum tipo de avaliação de seguimento. Nas análises intragrupos das TCCGs, apenas o estudo 11 encontrou alguma diferença

Figura 1
Gráficos do tipo Forest Plot dos tamanhos de efeito



entre o período de pós-tratamento e o de seguimento: uma melhora em um sintoma específico de asma não se manteve significativa no seguimento de seis meses.

DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a efetividade das TCCGs para o TP. O tamanho de efeito sumário intragrupo encontrado foi de moderado a grande para sintomas depressivos, moderado a grande para sintomas agorafóbicos e grande para sintomas de pânico e ansiedade, demonstrando que as TCCG geram melhora clinicamente importante nos sintomas avaliados. Avaliações de seguimento foram feitas nos artigos originais para os períodos de três meses, seis meses, um ano, um ano e meio e dois anos, com manutenção das melhoras em praticamente todos os sintomas.

Outra questão investigada foi a variabilidade dos tamanhos de efeito observados. A variação dos tamanhos de efeito de cada estudo individual foi particularmente grande para sintomas agorafóbicos. Por mais que o tamanho de efeito sumário seja de moderado a grande, a variabilidade entre estudos torna o dado inconsistente e diminui sua utilidade. Além da existência real de uma grande variabilidade, é possível que o instrumento usado para estimar a mudança em sintomas de agorafobia tenha sido parcialmente responsável. Nesta revisão, os três menores tamanhos de efeito foram obtidos em estudos que usaram o FQ-AGO (Fear Questionnaire - A) (Bohni, Spindler, Arendt, Hougaard, & Rosenberg, 2009) e os quatro maiores em estudos que usaram o MIA (Modality Inventory). A pequena quantidade de estudos não permitiu a realização de uma metarregressão para testar nossa hipótese.

Das meta-análises que abordavam TCCs para o TP, apenas Sanchez-Meca et al. (2010) fizeram algum tipo de diferenciação entre escalas para sintomas de agorafobia. Os autores concluíram que estudos que utilizavam instrumentos de agorafobia preenchidos pelos próprios pacientes tinham menor tamanho de efeito do que aqueles que usavam instrumentos preenchidos por clínicos. Entretanto, as duas escalas usadas nas nossas análises são de auto-preenchimento.

Outro fator que não controlamos foi a proporção de sujeitos agorafóbicos em cada estudo. Pacientes agorafóbicos provavelmente têm uma margem maior de melhora nestes sintomas, o que pode resultar em tamanhos de efeito maiores. Sugerimos que futuros estudos, especialmente meta-análises, abordem essas questões antes de sintetizar os dados.

Em relação aos sintomas de pânico e ansiedade, houve tendência à significância para confirmar a hipótese de heterogeneidade entre os dados de diferentes estudos. Esse dado pode ser explicado em parte pela diferença dos protocolos de TCCG usados e de instrumentos para avaliar a melhora nestes sintomas.

A pequena quantidade de estudos encontrados inviabilizou a realização de análises comparativas entre a TCCG e outras abordagens terapêuticas. Mais estudos são necessários para clarificar a efetividade relativa entre diferentes tratamentos.

Uma discussão aprofundada sobre qual tipo de tratamento para o TP é preferível em contextos de saúde coletiva extrapola os objetivos deste artigo. Sabemos que questões como infraestrutura, características da demanda e dos próprios profissionais podem ser determinantes nesses casos. O que podemos afirmar é que as TCCGs são alternativas interessantes e empiricamente fundamentadas. Ademais, outros estudos já demonstraram que as TCCGs para o TP podem ser altamente

benéficas para pacientes refratários à medicação (p.ex. Heldt et al., 2006; Pollack, Otto, Kaspi, Hammerness, & Rosenbaum, 1994), que é o tratamento mais comum em contextos de saúde coletiva.

Este estudo tem uma série de limitações comuns a outras meta-análises. Por mais que os critérios de inclusão tenham sido rígidos, é impossível superar totalmente a diferente qualidade metodológica dos estudos inclusos. Nesse sentido, optamos por incluir apenas ensaios clínicos randomizados na revisão, numa tentativa de minimizar as discrepâncias. O lado negativo desta escolha foi a não inclusão de muitos estudos não controlados ou aleatorizados.

O fato de termos selecionado apenas artigos publicados em inglês e português pode ter resultado na não inclusão de estudos importantes não publicados ou publicados em outras línguas. Ademais, apesar do nosso esforço no sentido de fazer uma busca abrangente e não enviesada, sempre é possível que algum artigo relevante tenha ficado de fora. Nesse sentido, nossas análises demonstram que as significâncias dos tamanhos de efeito encontrados provavelmente não são originadas de viés de publicação.

Outro problema foi o baixo número de estudos encontrados e a heterogeneidade dos grupos comparados às TCCGs. Com isto, só foi possível realizar meta-análise de efeito intrassujeitos. Ainda que comparações desse gênero forneçam um índice do grau de melhora dos sujeitos, não controlam para ameaças à validade interna como regressão à média, melhora espontânea e fatores não específicos de tratamento.

Por fim, no futuro, pretendemos atualizar esta revisão com os dados de novos estudos e levando em considerações eventuais críticas. Conforme exposto por Higgins e Green (2011), a atualização de uma revisão sistemática após sua publicação original é uma das maneiras de reduzir o viés de pesquisador.

REFERÊNCIAS[1]

American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed.

Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, *37*, 316-325.

Andrade, L. H., Wang, Y., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., & Nishimura, R. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*, *7*(2), e31879.

Angst, J. (1998). Panic disorder: history and epidemiology. *European Psychiatry*, *13*, 51-55.

Anxiety Disorders Association of America (2009). *Low-Cost Treatment.* [On line]. Disponível: http://www.adaa.org/finding-help/treatment/low-cost-treatment. Recuperado em 04 de Outubro de 2011.

Barlow, D. H., & Cerny, J. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3.)*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled

[1] As referências marcadas com um asterisco representam os estudos incluídos na revisão sistemática.

trial. *Journal of the American Medical Association*, *283*(19), 2529-2536.

Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.

*Berger, P., Sachs, G., Amering, M., Holzinger, A., Bankier, B., & Katschnig, H. (2004). Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, *80*(1), 75-78.

*Bergstrom, J., Andersson, G., Ljotsson, B., Ruck, C., Andreewitch, S., Karlsson, A., et al. (2010). Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *Bmc Psychiatry*, *10*.

Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed.

*Bohni, M. K., Spindler, H., Arendt, M., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2009). A randomized study of massed three-week cognitive behavioural therapy schedule for panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(3), 187-195.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis.* Chichester: John Wiley Profession.

Bourne E. J. (1995). *The anxiety and phobia workbook*. Oakland, CA: New Harbinger,.

*Bowen, R. C., D'Arcy, C., Keegan, D., & Senthilselvan, A. (2000). A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addictive Behaviors*, *25*(4), 593-597.

Bowen, R. C., South, M., Fischer, D., & Looman, T. (1994). Depression, mastery and number of group sessions attended predict outcome of patients with panic and agoraphobia in a behavioral medication program. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, *39*(5), 283-288.

*Carter, M. M., Sbrocco, T., Gore, K. L., Marin, N. W., & Lewis, E. L. (2003). Cognitive-behavioral group therapy versus a wait-list control in the treatment of African American women with panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *27*(5), 505-518.

Clark, D. M. (1989). Anxiety states: panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.

Clark, D. M. (1997). *Panic disorder and social phobia.* New York: Oxford University Press.

Clark, D. M. & Salkovskis, P. M. (1987). *Cognitive treatments for panic attacks: therapists's manual.* Unpublished manuscript. University of Oxford.

Clum, G. A. (1990). *Coping with panic: a drug-free approach to dealing with anxiety attacks*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.

Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1990). *Therapist's guide for the mastery of anxiety and panic*. University of Albany, State University of New York: Center for Stress and Anxiety Disorders.

Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. In D.H. Barlow, (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 1–47). New York: Guilford.

Craske, M. G., Barlow, D. H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. In D.H. Barlow, (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (3th ed, pp.1-59). New York: Guilford Press.

Craske, M. G., Bunt, R., & Rapee, R. M. (1991). Perceived control and controllability during in vivo exposure: spider phobics. *Journal of Anxiety Disorder, 5*, 285-292

*Dannon, P. N., Gon-usishkin, M., Gelbertrn, A., Lowengrub, K., & Grunhaus, L. (2004). Cognitive behavioral group therapy in panic disorder patients:the efficacy of CBGT versus drug treatment. *Annals of Clinical Psyciatry, 16*, 41-46.

Foa, E. B. & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology, 48*, 449-480.

Gould, R. A., Clum, G. A., & Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: a preliminary report. *Behavior Therapy, 24*, 241-253.

Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., et al. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(7), 427-435.

*Hecker, J. E., Losee, M. C., Roberson-Nay, R., & Maki, K. (2004). Mastery of your anxiety and panic and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 18*(2), 111-126.

Hedges, L. V. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando: Academic Press.

Heldt, E., Kipper, L., Blaya, C., Salum, G. A., Hirakata, V. N., Otto, M. W., et al. (2010). Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 33* (1), 23-29.

Heldt, E., Manfro, G. G., Kipper, L., Blaya, C., Isolan, L., & Otto, M.W. (2006). One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behaviour Research and Therapy, 44*(5), 657-665.

Higgins, J. P. T., Green, S.(2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (version 5.1.0). Disponível: www.cochrane-handbook.org. Recuperado em 04 de Outubro de 2011

*Hoffart, A. (1995a). A comparison of cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour research and therapy, 33*(4), 423-434.

*Hoffart, A. (1995b). Cognitive mediators of situational fear in agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26*(4), 313-320.

*Hoffart, A. (1998). Cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia: long-term outcome and mechanisms of change. *Cognitive Therapy and Research, 22*(3), 195-207.

*Hoffart, A. & Hedley, L. M. (1997). Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(1), 77-87.

Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M., Gavaghan, D. J., et al. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials, 17*(1), 1-12.

Katschnig, H., Berger, P., Sachs, G., Holzinger, A., Amering, M., Mayerhofer, D., Baischer, W., Windhaber, J., & Dantendorfer, K. (1997). Gruppenpsychotherapie bei Paniksto rung. Ein Slow-Open-Konzept mit kognitiven und interpersonellen Elementen. In C. Mundt, M.

Linden, W. Barnett (Eds.). *Gruppenpsychotherapie in der Psychiatrie* (pp. 143–146). Springer, Wien, New York.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Ouellette, R., Johnson, J., & Greenwald, S. (1991). Panic attacks in the community - social morbidity and health-care utilization. *Journal of the American Medical Association, 265*(6), 742-746.

Larsen, D., Atkisson, C., Hargreaves, W., & Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.

*Lidren, D. M., Watkins, P. L., Gould, R. A., Clum, G. A., Asterino, M., & Tulloch, H. L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group-therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 62*(4), 865-869.

Manfro, G. G., Heldt, E., & Shinohara, H. (2004). *Transtorno de pânico terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

*Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S., & Germain, V. (2009). A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1139-1147.

Margraf, J., Schneider, S. (1990). *Panik, Angstanfa¨lle und ihre Behandlung Springer*, Berlin, Heidelberg. New York.

Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*(3), 311-332.

Morrissette, S. B., Bitran, S., & Barlow, D. H. (2010). *Panic disorder and agoraphobia Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. London: The Guilford Press.

Pollack, M. H., Otto, M. W., Kaspi, S. P., Hammerness, P.G., & Rosenbaum, J. F. (1994). Cognitive-behavior therapy for treatment-refractory panic disorder. *Journal of clinical psychiatry, 55*(5), 200-205.

Power, K. G., Sharp, D. M., Swanson, V., & Simpson, R. J. (2000). Therapist contact in cognitive behavior therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 37–46.

Rangé, B. P., Bernik, M., Borba, A. G., & Melo, N. M. M. D. (2011). Transtorno de pânico e agorafobia. Em B.P. Rangé (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (2nd ed, pp. 238-268). Porto Alegre: Artmed.

*Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D., & Savard, P. (2008). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Behavior Modification, 32*(3), 333-351.

Rosenthal, R. (1979). The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological Bulletin, 86*(3), 638-641.

Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Rosenthal, R. (1993). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park: Sage Publications.

*Ross, C. J. M., Davis, T. M. A., & Macdonald, G. F. (2005). Cognitive-behavioral treatment combined with asthma education for adults with asthma and coexisting panic disorder. *Clinical Nursing Research, 14*(2), 131-157.

Salum, G. A., Blaya, C., & Manfro, G. G. (2009). Transtorno do pânico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31*(2), 86-94

Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A. I., Marin-Martinez, F., & Gomez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 37-50.

Schmidt, N. B. (1994). *Safety maneuver elimination for panic disorder.* Unpublished treatment manual.

*Schmidt, N. B., McCreary, B. T., Trakowski, J. J., Santiago, H. T., Woolaway-Bickel, K., & Ialongo, N. (2003). Effects of cog-

nitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 34*(1), 49-63.

*Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., & Cook, J. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 417-424.

Sharp, D. M., Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., Moodie, E., Anstee, J., & Ashford, J. J. (1996). Fluvoxamine, placebo and cognitive behaviour therapy, usedalone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 219–242.

Sharp, D. M., Power, K. G., & Swanson, V. (2000). Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: global measures of outcome in a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice, 50*, 963–968.

*Sharp, D. M., Power, K. G., & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(2), 73-82.

Shear, M. K. & Maser, J. D. (1994). Standardized assessment for panic disorder research - a conference report. *Archives of general Psychiatry, 51*(5), 346-354.

*Smits, J. A. J., Powers, M. B., Cho, Y. R., & Telch, M. J. (2004). Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: evidence for the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(4), 646-652.

*Telch, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., Jaimez, T. L., & Lucas, R. A. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 31*(3), 279-287.

Telch, M. J. & Schmidt, N. B. (1990). *Cognitive-behavioral treatment for panic disorder and agoraphobia: panic inoculation treatment manual*. (Unpublished manuscript)

*Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L. N., Jacquin, K. M., & Harrington, P.J. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality-of-life in panic disorder patients. *Journal of consulting and clinical psychology, 63*(5), 823-830.

Tucker, M. & Oei, T. P. S. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*(1), 77-91.

Verhagen, A. P., de Vet, H. C. W., de Bie, R. A., Kessels, A. G. H., Boers, M., Bouter, L. M., et al. (1998). The delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*(12), 1235-1241.

Viana, M. C., Teixeira, M. G., Beraldi, F., Bassani, I. S., Andrade, L. H. (2009). São Paulo megacity mental health survey – a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31*(4), 375-386.

Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.Quadro 1Tabela 1

Recebido em 5 de outubro de 2012
Revisado em 2 de novembro de 2012
Aceito em 19 de dezembro de 2012