



FARESI
FACULDADE DA REGIÃO SISALEIRA

FACULDADE DA REGIÃO SISALEIRA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

LUCAS OLIVEIRA SANTOS

**EFETIVIDADE DA TERAPIA COGNITIVO ORIENTADO PARA A RECUPERAÇÃO
(CT-R) EM COMPARAÇÃO COM A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
(TCC) NO TRATAMENTO DE ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Conceição do Coité-BA
2023

LUCAS OLIVEIRA SANTOS

EFETIVIDADE DA TERAPIA COGNITIVO ORIENTADO PARA A RECUPERAÇÃO (CT-R) EM COMPARAÇÃO COM A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) NO TRATAMENTO DE ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Artigo científico submetido como Trabalho de Conclusão de Curso para o curso de Bacharelado em Psicologia para a Faculdade da Região Sisaleira.

Orientador: Prof. Rafael Reis Bacelar Anton; Coorientador: Eliclebysson Rodrigo da Silva; Coorientadora: Diana Patrícia da Silva Dias Moreira.

**Conceição do Coité-
BA 2023**

Ficha Catalográfica elaborada por:
Carmen Lúcia Santiago de Queiroz – Bibliotecária
CRB: 5/001222

S596 Santos, Lucas Oliveira

Efetividade da terapia cognitivo orientado para a recuperação (CT-R) em comparação com a terapia cognitivo- comportamental (TCC) no tratamento de esquizofrenia: uma revisão sistemática. /Lucas Oliveira Santos – Conceição do Coité:FARESI,2023. 30f.il.;color.

Orientador: Prof. Rafael Reis Bacelar Anton.

Artigo científico (bacharel) em Psicologia. – Faculdade da Região Sisaleira (FARESI). Conceição do Coité, 2023.

1 Psicología. 2 Esquizofrenia. 3 CT-R. 4 Terapia Cognitivo Orientado para a Recuperação.5 Terapia Cognitivo Orientado para a Recuperação. 6 revisão sistemática.I Faculdade da Região Sisaleira – FARESI.II Anton, Rafael Reis Bacelar. III Título.

CDD:150

LUCAS OLIVEIRA SANTOS

**EFETIVIDADE DA TERAPIA COGNITIVO ORIENTADO PARA A RECUPERAÇÃO
(CT-R) EM COMPARAÇÃO COM A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
(TCC) NO TRATAMENTO DE ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, pela Faculdade da Região Sisaleira.

Aprovado em 16 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

Diana Patrícia da Silva Dias Moreira / dianapatmoreira@gmail.com

Eliclebysson Rodrigo da Silva / sillva.rodriogo1@gmail.com

Janderson Carneiro de Oliveira / janderson.oliveira@faresi.edu.br

Rafael Reis Bacelar Antón/ rafael.anton@faresi.edu.br



Rafael Reis Bacelar Antón
Presidente da banca examinadora
Coordenação de TCC – FARESI

**Conceição do Coité – BA
2023**

Efetividade da Terapia Cognitivo Orientado para a Recuperação (CT-R) em comparação com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento de esquizofrenia: Uma revisão sistemática

Autor: Lucas Oliveira Santos

Orientador: Rafael Reis Bacelar Anton¹

Coorientador: Eliclebysson Rodrigo da Silva²

Coorientadora: Diana Patrícia da Silva Dias Moreira³

RESUMO

1 à cada 300 pessoas no mundo são acometidas por algum tipo dos transtornos do espectro da esquizofrenia; a prevalência e a incidência situam-se cada vez maior. Os tratamentos requerem atualizações embasadas em bons métodos científicos e o cuidado deve ser ampliado. Uma nova abordagem (CT-R) surge nos meados dessas incongruências, como forma de reestruturação das teorias e técnicas para o tratamento do transtorno. Este estudo tensiona a problemática da esquizofrenia e seu tratamento sob a ótica de duas intervenções, comparadas e discutidas no entorno de uma revisão sistematizada de ensaios clínicos randomizados. Revisões da qualidade dos estudos, análise dos dados por meio de ferramentas e apresentação sistemática foi realizado ao longo de 1,5 ano.

Palavras-chave: esquizofrenia; CT-R; Terapia Cognitivo Orientado para a Recuperação; Terapia Cognitivo-Comportamental; revisão sistemática; metanálise.

¹ Rafael Reis Bacelar Antón, Docente da Faculdade da Região Sisaleira (FARESI). Licenciado em Geografia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Mestre em Ensino e História de Ciências da Terra pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

² Eliclebysson Rodrigo da Silva, Bacharel em Psicologia pela Faculdade Anísio Teixeira (FAT); Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental; Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e doutorado em andamento pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

³ Diana Moreira, Universidade Católica Portuguesa (UCP), Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos, Laboratório de Neuropsicofisiologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto (UP), Centro de Solidariedade de Braga/Projecto Homem e Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto – IPNP Saúde (Portugal).

Effectiveness of Recovery-Oriented Cognitive Therapy (CT-R) compared with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the treatment of schizophrenia: A systematic review

ABSTRACT

1 in every 300 people in the world are affected by some type of schizophrenia spectrum disorders; the prevalence and incidence are increasing. Treatments require updates based on good scientific methods and care must be increased. A new approach (CT-R) emerges in the midst of these inconsistencies, as a way of restructuring theories and techniques for treating the disorder. This study stresses the problem of schizophrenia and its treatment from the perspective of two interventions, compared and discussed in the context of a systematic review of randomized clinical trials. Quality reviews of the studies, data analysis using tools and systematic presentation were carried out over 1.5 years.

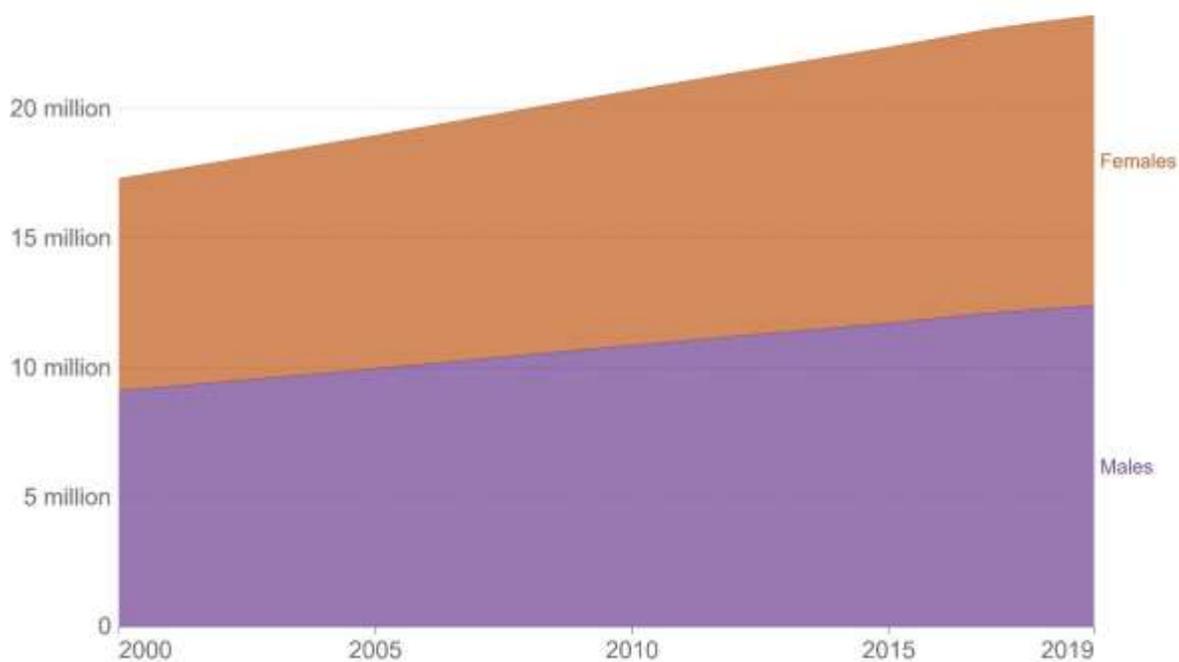
Keywords: schizophrenia; CT-R; Recovery Oriented Cognitive Therapy; Cognitive behavioral therapy; systematic review; metaanalysis.

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um dos transtornos psiquiátricos mais incapacitantes do mundo e com alto risco de mortalidade, afetando cerca de 3.2 milhões de habitantes nos Estados Unidos da América (EUA) (LU et al., 2022). Nos anos 2000 havia cerca de 17 milhões de esquizofrênicos no mundo, crescendo para 23 milhões em 2019; no Brasil havia 460 mil nos anos 2000 e 677 mil em 2019 (um acréscimo de 217 mil no intervalo de anos) (Figuras 1 e 2) (OURWORDINDATA, 2022).

Number of people with schizophrenia, World, 2000 to 2019

Total number of people with schizophrenia, differentiated by sex. This is measured across all ages. Figures attempt to provide a true estimate (going beyond reported diagnosis) of the number of people with schizophrenia based on medical, epidemiological data, surveys and meta-regression modelling.



Source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

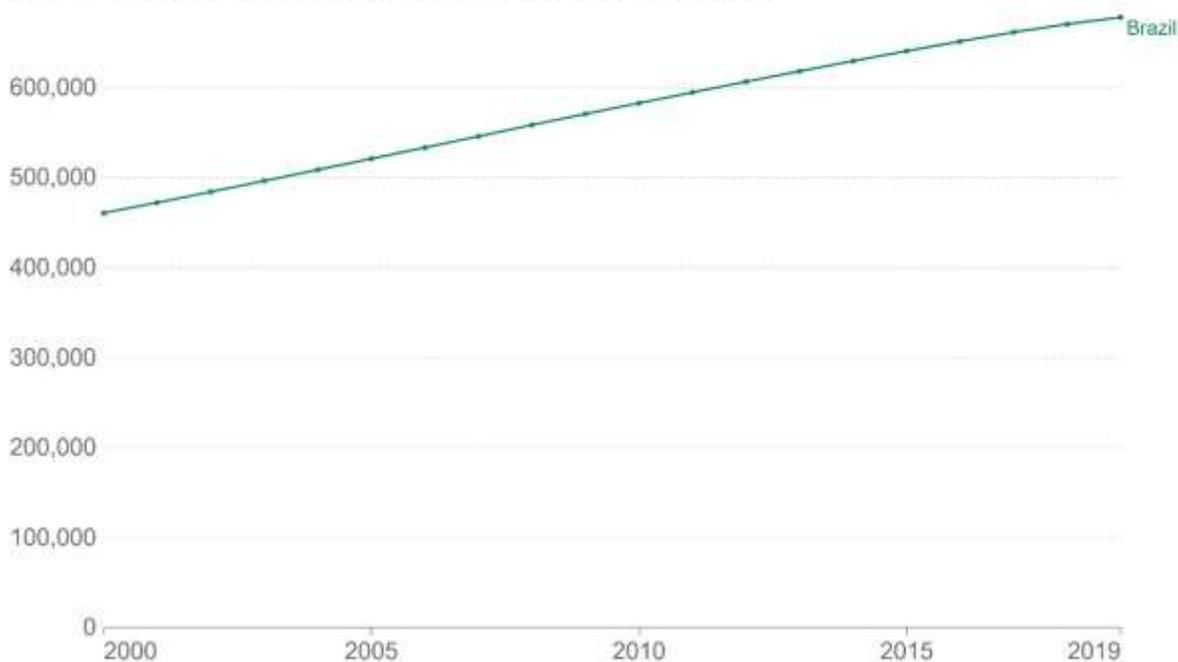
OurWorldinData.org/mental-health • CC BY

Figura 1: Gráfico de pessoas com esquizofrenia, entre os anos 2000 à 2019, em todo o mundo, sem distinção de idade.

Number of people with schizophrenia, 2000 to 2019



Total number of people suffering from schizophrenia. This is measured across both sexes and all ages. Figures attempt to provide a true estimate (going beyond reported diagnosis) of the number of people with schizophrenia based on medical, epidemiological data, surveys and meta-regression modelling.



Source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

OurWorldinData.org/mental-health • CC BY

Figura 2: Gráfico de pessoas com esquizofrenia, entre os anos 2000 à 2019, no Brasil, sem distinção de idade.

Atualmente cerca de 24 milhões de pessoas são diagnosticadas com esquizofrenia no mundo (1 a cada 300 pessoas [0.32%]) (WHO, 2022), o que demonstra uma alta prevalência. Isso significa dizer que a doença pode surgir em 0.7% das pessoas (ou 7 a cada 1.000) pelo menos uma vez na vida (DALGALARRONDO, 2019). Entretanto, há de se pensar nesses números em níveis ainda mais alarmantes. Por ser uma das psicopatologias mais complexas de serem diagnosticadas (NIMH, 2022), evidentemente há casos de indivíduos que caracterizam sintomas da esquizofrenia, porém sem diagnóstico, o que incide em números ainda maiores. Por outro lado, a complexidade da doença pode ser preditor de erros de diagnósticos por parte de profissionais.

A doença é responsável pela ocupação de 30% dos leitos psiquiátricos, onde se encontra como a segunda maior causa de 'primeira consulta' nos dispositivos de psiquiatria e a quinta na manutenção de auxílio-doença (GOMES et al., 2019). Estes dados trazem muitos números de pessoas adultas, e que em crianças de até 10 anos a doença é rara, mas há incidência de casos que

afetam crianças e adolescentes e que requerem atenção dada a complexidade clínica, o mau prognóstico e o impacto no desenvolvimento deste público (HOLLIS, 2015).

Dados de um estudo sueco de prevalência, realizado por Gillberg em 1986 (*apud* HOLLIS, 2015), revelam que 0.9 por 10.000 crianças, de até 13 anos, eram diagnosticadas com algum tipo de psicose; os números crescem para 17.6 por 10.000 em adolescentes de até 18 anos. Estes números indicam a possibilidade de incidência ainda maior ao passo que o indivíduo se desenvolve, e uma necessidade de intervenção precoce para redução do curso da doença. “Se a perturbação iniciar na infância ou na adolescência, o nível esperado de funcionamento não é alcançado” (APA, 2014).

O DSM-5 aborda a psicopatologia intitulando-a de “Espectro da Esquizofrenia”, da qual compõe a própria esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno da personalidade esquizotípica (APA, 2014). Além da heterogeneidade de quadros, a esquizofrenia conta também com uma variedade de sintomas, desde o funcionamento cognitivo ao social.

A doença é caracterizada em três tipos de sintomas, descritos em sintomas positivos, negativos e cognitivos. Os (1) sintomas positivos incluem alucinações, delírios e desconfianças; os (2) negativos ocorrem déficits do funcionamento emocional e mental, como avolia, anedonia, aloxia e atenção prejudicada e os (3) sintomas cognitivos envolvem problemas de concentração e memória, como fala e pensamentos desorganizados, memória de trabalho e funções executivas prejudicados (LU et al., 2022).

Para o DSM-5, o diagnóstico da esquizofrenia deve ser feito considerando uma ampla gama de alterações no ambiente comportamental, emotivo, cognitivo, profissional e social que outrora é prejudicado, bem como o uso de medicamentos e sintomas associados a cognição, mania e depressão (estes são cruciais para a distinção dos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos) (APA, 2014).

Cabe salientar que, devido à sua complexidade, a esquizofrenia deve ser tratada com uma equipe multiprofissional, e com terapias/tratamentos que sejam eficazes. Nota-se uma abrangência de estudos das quais relaciona a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), bem como a sua qualidade científica, com diversas outras psicoterapias, para o tratamento da esquizofrenia, e que “nenhuma outra forma de psicoterapia demonstrou ser sistematicamente superior à TCC (...)”

(DAVID et al., 2018). Portanto, o tratamento da esquizofrenia deve ser articulado com ferramentas que tenham uma boa qualidade científica, tal qual a TCC tem em suas intervenções.

TCC é uma sigla para uma abordagem de cunho cognitivos e comportamentais, da qual correlacionam aspectos cognitivos (como pensamos), emocionais (como sentimos) e comportamentais (como agimos/fazemos) (KNAPP & BECK, 2008; STALLARD, 2022). A TCC permite avaliar a forma como os pensamentos disfuncionais estão ligados às experiências dos indivíduos; um exemplo disso é a ansiedade, onde o paciente superestima ameaça de risco e perigo pessoal ao passo que subestima a sua capacidade de enfrentamento (STALLARD, 2022).

Nos últimos anos tem-se questionado a posição de melhor evidência da TCC pelo surgimento de uma pluralidade de psicoterapias. Com essa pluralidade surgem psicoterapias como a Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC), Terapia Comportamental Dialética (TCD), ou a mais recente de Aaron T. Beck, a Terapia Cognitiva Orientada para a Recuperação (CT-R). Trata-se de uma terapia que utiliza ferramentas das mais variadas psicoterapias ramificadas pela TCC, para o tratamento de transtornos mentais desafiadores, como os casos de esquizofrenia.

Desde 1960, esquizofrênicos passaram a solicitar melhores tratamentos para sua patologia (ou pelo menos algum tipo de tratamento), para si e para o outro, por meio de reivindicações político-sociais (BECK et al. 2022). Surge então uma nova forma de tratamento da esquizofrenia: a CT-R; diferente de algumas abordagens teóricas, onde o trabalho é enfatizado na sintomatologia do paciente, a CT-R, além de trabalhar os sintomas, também busca enfatizar a recuperação por meio do trabalho com os pontos fortes e adaptativos do indivíduo. A CT-R “consiste em uma série de experiências de sucesso aninhadas e realização de metas que incorporam a recuperação pessoal, ativando crenças adaptativas e desativando crenças disfuncionais” (GRANT et al. 2017b). O processo para a promoção da recuperação começa com um relacionamento equalizador, energizante e construtivo com o indivíduo (GRANT et al. 2017b).

Estudos analisados nessa revisão exemplificam a eficácia da CT-R a níveis mais aprofundados da patologia. Por exemplo, em indivíduos com condições crônicas, como a esquizofrenia, acabam por adquirir um desengajamento acentuado nas atividades. Pode-se enfatizar que esse desengajamento incide em uma perda global de interesse no mundo exterior, nos objetivos futuros e uma diminuição nos processos psicológicos básicos, como atenção, recordação e função executiva. Em Grant et al. (2017a), a intervenção em CT-R amenizou esses problemas e permitiu

indivíduos a se reengajarem, produzindo mais energia e acesso à motivação, e abrindo a oportunidade de falar sobre aspirações para o futuro. “O processo de terapia reduz o isolamento, aumenta a motivação e supera obstáculos, como sintomas positivos” (GRANT et al. 2017a).

Com base num panorama, desumano e cruel, acerca do tratamento da esquizofrenia, bem como a sua prevalência e incidência nos últimos anos, que o presente estudo tenciona a pesquisa científica para compreender a efetividade da CT-R em comparação com a TCC, tendo como perspectiva uma melhora no quadro clínico para o tratamento de pacientes com esquizofrenia (Quadro 1). Pretende-se promover confiabilidade na tomada de decisão dos profissionais sob qual perspectiva trabalhar. Para isso, o objetivo geral deste estudo situa-se em avaliar a evidência científica da CT-R em comparação a TCC para o tratamento de esquizofrenia. Da qual tem como específicos: analisar os dados obtidos dos ECR em ambas as abordagens; mensurar o nível de eficácia científica e a qualidade metodológica dos estudos encontrados; sistematizar os dados encontrados de ambas as teorias e produzir a metanálise; comparar os dados entre as teorias a fim de responder ao problema de pesquisa.

P	Pessoas diagnosticadas com esquizofrenia ou outros tipos de Transtornos Psicóticos;
I	Tratamento em Terapia Cognitivo Orientado a Recuperação;
C	Tratamento em Terapia Cognitivo-Comportamental;
O	Melhoria do quadro psicopatológico; desenvolvimento do transtorno; efetividade da CT-R.

Quadro 1: Pergunta PICO da revisão sistemática. PICO é uma sigla em inglês para: Population (população), Intervention (intervenção), Comparison (comparação) e Outcomes (desfechos).

Sob as perspectivas de construção do louco e da falta de cuidado humanizado, tem-se a necessidade de produzir mecanismos que proporcione uma qualidade de vida necessária a estes sujeitos. Há casos em que o quadro clínico ainda está em períodos iniciais e a TCC ou CT-R tem se mostrado uma proposta que pode trazer resultados eficazes para estas condições. Com isso, um tratamento não-invasivo, sem dor e com rigor científico, implementado nas políticas públicas nacionais, poderia acolher esta demanda de forma eficaz e mais humanizada.

2. MÉTODO

2.1. REGISTRO DA REVISÃO

Este estudo consiste em uma revisão sistemática de Ensaio Clínicos Randomizados seguindo os princípios do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

(PRISMA). O registro desta revisão foi efetuado na PROSPERO⁴, um programa de *National Institute for Health Research* (NIHR), da Universidade de YORK (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>). Trata-se de um banco de dados internacional de revisões sistemáticas registradas prospectivamente.

Foi enviada para análise no dia 19/03/2022 e aprovada em 18/04/2022, o número do registro encontra-se abaixo, bem como o anexo de toda a documentação da PROSPERO.

- **Número do registro⁵: CRD42022319291**

2.2. AMOSTRA

2.2.1. CRITÉRIOS

Foram aceitos estudos que trabalharam apenas pacientes diagnosticados pelas classificações: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Terceira Edição (DSM-III); DSM-III-TR (Texto Revisado); DSM-IV e DSM-IV-TR; DSM-5 e DSM-5-TR e Classificação Internacional de Doenças, Décima Edição (CID-10). Para essa seleção, os critérios de inclusão foram: pacientes diagnosticados com esquizofrenia; tratamento com CT-R ou TCC; idade entre 18 e 65 anos; Ensaio Clínico Randomizado. Os critérios de exclusão: intervenção em outro tipo de terapia ou TCC como terapia secundária; estudos de outros tipos metodológicos; pacientes com outro diagnóstico; diagnóstico de esquizofrenia secundária ou como comorbidade a outro diagnóstico.

2.2.2. AMOSTRAGEM

Foi utilizado os seguintes bancos de dados, a fim de uma busca intensiva da literatura: *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (Cochrane CENTRAL), *Clinical Trails* (*National Institutes of Health*), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *US National Library of Medicine* (MEDLINE/Pubmed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Biblioteca Virtual em Saúde (BSV). Foi considerada toda a literatura, científica e cinzenta, em inglês, português e espanhol, sem distinção de localização, dentre os anos de 2010 a 2022, filtrados por ensaios clínicos randomizados (Quadro 2).

⁴ O registro é efetuado nos primeiros momentos da pesquisa, e informado quais características, parâmetros e informações serão estudadas. Após um período esses dados são bloqueados, não sendo possível modificá-los. Por fim, os leitores podem comparar os dados iniciais da PROSPERO e o artigo final, para fins de compreender se os autores seguiram o proposto.

⁵ Link para acesso da versão web: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=319291

BANCO DE DADOS	QUANTIDADE BRUTA
Cochrane CENTRAL	316
SciELO	1
Pubmed	446
Lilacs	24
Clinical Trails	110
BSV	717

Quadro 2: Quantidade bruta e selecionada dos ECR de cada banco de dados, para TCC e CT-R

2.3. COLETA DE DADOS

Teve como método de coleta de dados a busca ativa profunda dos descritores sob todos os idiomas selecionados, a fim de maximizar a busca e seleção e não deixar nenhum estudo que deveria ser incluído fora da inclusão. Foi pesquisado também em descritores MeSH (*Medical Subject Headings* [Cabeçalhos de Assuntos Médicos]) (Quadro 3) em todas as bases de dados citados, referente a psicopatologia estudada. Os estudos podem ser conduzidos na atenção primária ou em ambientes comunitários, bem como ambientes secundários ou especializados, desde que referente ao tratamento de esquizofrenia.

MeSH terms to “schizophrenia”
("Schizophrenia/psychology"[Majr] OR "Schizophrenia/rehabilitation"[Majr] OR "Schizophrenia/therapy"[Majr])

Quadro 3: Termo MESH para esquizofrenia.

Os descritores utilizados individualmente ou entre correlações (em todas as linguagens citadas) serão:

1. “schizophrenia” OR “schizophrenic”
2. “paranoid” OR “paranoiac”
3. “dementia” OR “dementia praecox”
4. “schizophrenic disorder”
5. “clinic* trail” OR “randomized clinical trial”
6. “usual care” OR “standard treatment” OR “treatment as usual”
7. “CT-R” OR “CTR”
8. “recovery-oriented cognitive therapy”
9. “recover* AND orient* AND cognitiv* AND therap* AND schizophre*”
10. “recovery-oriented cognitive therapy” AND “schizophrenia” AND “randomized clinical trial”
11. “CT-R” OR “CTR” AND “schizophrenia” AND “randomized clinical trial”
12. “CTR” OR “CT-R” AND “schizophre*” AND “clinic* trial”

13. “CTR” OR “CT-R” AND “schizophrenia” AND “randomized clinical trial”
14. “cognitive behavioral therapy”
15. “cognitiv* AND behavio* AND therap* AND schizophre*”
16. “cognitive behavioral therapy” AND “schizophrenia” AND “randomized clinical trial”
17. “CBT” OR “TCC” AND “schizophre*” AND “clinic* trial”
18. “CBT” OR “TCC” AND “schizophre*” AND “randomized clinical trial”

Utilizou-se como modelo de seleção o Diagrama de Fluxo PRISMA 2020, seguindo o modelo original do diagrama em inglês. Foi utilizado a ferramenta do Rayyan, juntamente com a coautora e o coorientador, a fins de selecionar os estudos encontrados.

2.4. ESTUDO DE RISCO DE AVALIAÇÃO DE VIESES

Foi utilizada a ferramenta da Cochrane para avaliar a qualidade dos estudos encontrados, a RoB 2 (2019). A *Cochrane Risk of Bias Tool* (ferramenta da Cochrane para Avaliação de Risco de Viés), é uma ferramenta para avaliar, individualmente, cada estudo selecionado e compreender quais riscos aqueles estudos apresentam. Para cada estudo analisado, tem-se uma classificação de risco, identificado como: **alto** (*high*), **incerto** (*nuclear*) ou **baixo risco de viés** (*low risk of bias*).

A ferramenta avalia:

Geração da sequência de randomização: corresponde ao método utilizado para gerar a sequência de alocação dos participantes, que deve ser aleatório; **Sigilo da alocação:** o método para alocar os participantes aos grupos do estudo, que idealmente o investigador não deve conseguir interferir para onde ele será alocado até que o participante tenha ingressado no estudo; **Mascaramento (cegamento) de participantes e equipe:** corresponde ao paciente e a equipe do estudo desconhecer a que grupo o mesmo foi alocado; **Mascaramento (cegamento) na avaliação de desfecho:** corresponde aos avaliadores de desfecho desconhecerem a que grupo os participantes foram alocados; **Dados incompletos de desfechos:** corresponde a perdas de seguimento de participantes do estudo ou *missings* para determinados desfechos avaliados; **Relato seletivo de desfechos:** corresponde à possibilidade dos autores terem avaliados múltiplos desfechos, mas relatados apenas alguns de maior conveniência; **Outras fontes de vieses:** outros potenciais vieses, não compreendidos nos domínios acima descritos (FALAVIGNA, 2017).

Tem como perspectiva identificar se ambos os critérios acima foram respeitados nos estudos.

Referente ao coeficiente de concordância, frente à seleção dos ECR junto à coautora, foi realizado através dos parâmetros estabelecidos pelo coeficiente Kappa de Cohen; teve como principal resultado o valor de .967, da qual encaixa-se como um nível de concordância quase perfeito.

3. RESULTADOS

Através da busca nas bases de dados, foram extraídos 1.614 artigos (deste número, havia 12 duplicados). 1.502 foram excluídos e 98 estavam em conflito. Após esta etapa restaram 14 artigos, os quais foram lidos e analisados através da ferramenta RoB2. Após a análise dos artigos no RoB2, 3 artigos foram excluídos, restando 11 artigos na íntegra para revisão (Tabela 1).

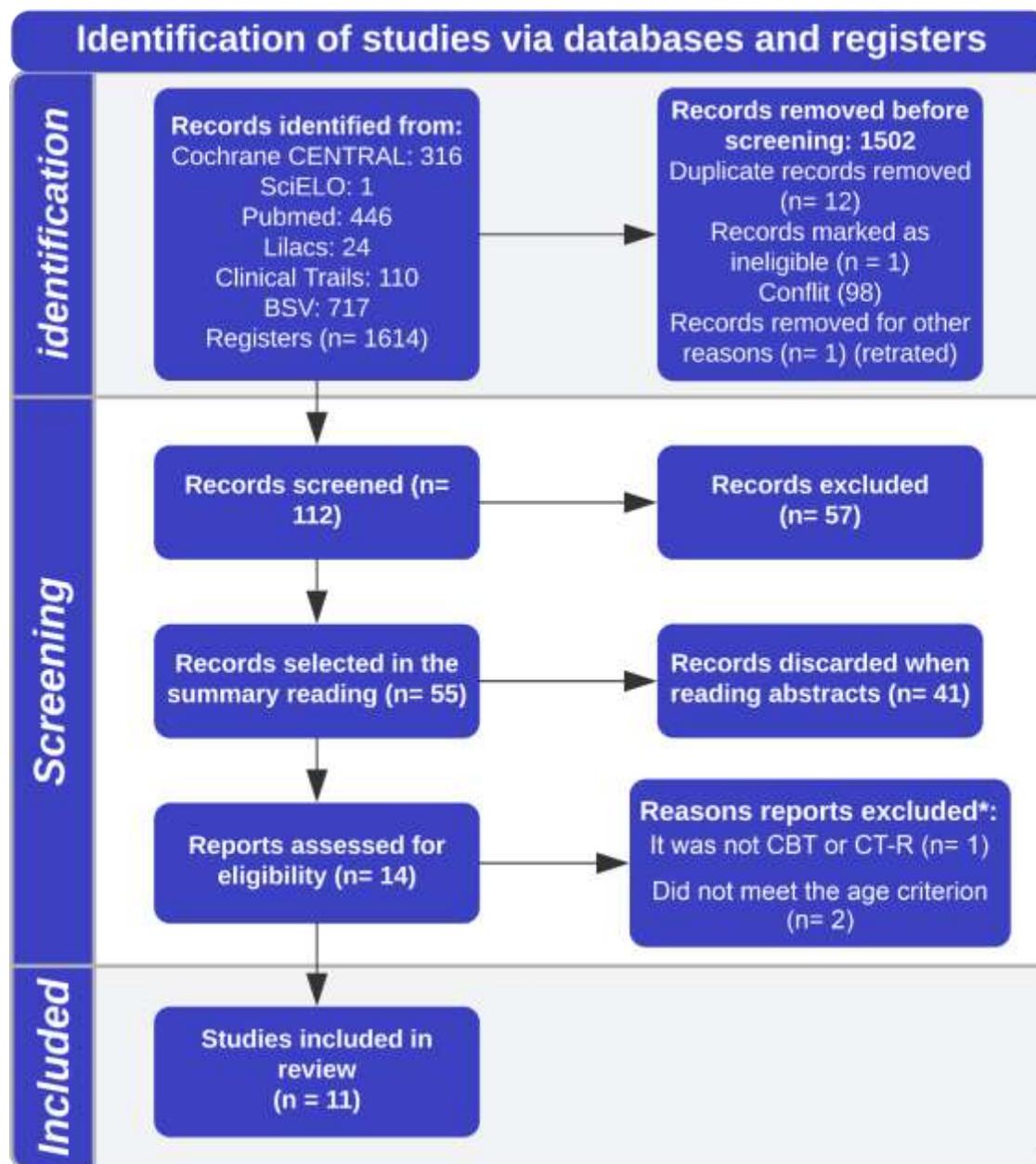


Tabela 1: diagrama PRISMA.

A análise de qualidade dos estudos, através da ferramenta RoB2 (Figura 3), resultaram em informações importantes. A maioria dos estudos incide em um **baixo risco de viés**, onde há poucos desvios de questões metodológicas. Ao analisar de forma mais intrínseca, alguns estudos tiveram desvios de intervenções (D2), sendo riscos relativos à atribuição de intervenção, tais como alguns terapeutas não cegos e que compreendiam qual intervenção estava aplicando. É compreensível que em intervenções em Psicologia, os terapeutas compreendam qual terapia está sendo aplicada, por não se tratar, por exemplo, de uma droga medicamentosa. Ademais, a maioria dos estudos nesse domínio apresenta poucas informações frente à alocação dos pacientes e atribuição da intervenção, se os mesmos compreendiam as intervenções que estavam sendo aplicadas. Isso pode ser um indicador de resultado enviesado, pois se o paciente compreende a intervenção que está sendo submetido, pode ocorrer assim o efeito Hawthorne, da qual altera o comportamento por compreender qual tratamento está sendo submetido.

Os outros domínios que apresentaram **alguns riscos de vieses** situam-se em: (D1) um artigo onde os participantes não estavam totalmente cegos; (D3) um artigo apresenta falta de desfecho para alguns participantes, incluindo valores de P maiores que .05, o que pode incidir em resultados enviesados; (D4) dois artigos apresentam medidas de mensuração irregular, onde alguns avaliadores possivelmente sabiam qual grupo estava avaliando; (D5) um artigo apresenta várias ferramentas de mensuração para os desfechos avaliados. Dois dos estudos apresentam **alto risco de viés** nos domínios D4 e D5.

Intention-to-treat	Unique ID	Study ID	Experimental	Comparator	D1	D2	D3	D4	D5	Overall	
	3	Grant, 2012	CTR	ST	+	+	+	+	+	+	Low risk
	2	Grant, 2017a	CTR	Control	+	+	+	+	+	+	Some concerns
	1	Grant, 2017b	CTR	ST	+	+	+	+	+	+	Low risk
	4	Iechhof, 2010	TCC	Psicoeducação (PE)	+	+	+	+	+	+	Some concerns
	5	Krøvik, 2013	TCC + TAU	WP + TCC + TAU	+	+	+	+	+	+	Low risk
	6	Kukia, 2018	TCC+CR	TCC	+	+	+	+	+	+	Low risk
	7	Li, 2015	TCC	Terapia de Suporte	+	+	+	+	+	+	Some concerns
	8	Naseem, 2015	CoTCCp	TAU	+	+	+	+	+	+	High risk
	9	Istithod, 2011	CoTCCp	TAU	+	+	+	+	+	+	Some concerns
	10	Van der Gaag, 2011	TCC	TAU	+	+	+	+	+	+	Low risk
	11	Vollgrün, 2014	TCC	Comparadores ativos	+	+	+	+	+	+	Low risk

Figura 3: resultados dos estudos analisados por meio do RoB2.

A síntese dos dados é apresentada no Quadro 4, contendo as principais informações, das quais: referência, critérios de elegibilidade, número de participantes, desfechos, procedimentos e principais resultados.

3.1. DESFECHOS CLÍNICOS AVALIADOS

Esta revisão avaliou quanti e qualitativamente os estudos primários de acordo com os seguintes desfechos: (1) avaliação global, (2) estado mental, (3) eventos adversos, (4) utilização do serviço, (5) resultados funcionais, (6) tratamento farmacológico, e (7) resultados econômicos. As informações sobre cada desfecho encontram-se no Quadro 5.

3.1.1. AVALIAÇÃO GLOBAL

De modo geral, todos os participantes dos grupos de intervenção e controle tiveram alterações positivas frente a sintomatologia da esquizofrenia, mesmo que em alguns casos houvesse oscilações. Os grupos controles constituíam principalmente por tratamento farmacológico, entretanto, alguns estudos (GRANT et al., 2012; GRANT et al., 2017a; BECKDOLF et al., 2010; KRAKVIK et al., 2013; NAEEM et al., 2015; KUKLA et al. 2018; LI et al., 2015; RATHOD et al., 2013; VAN DER GAAG et al., 2011) tiveram adição de algum outro tipo de intervenção, como: aconselhamento de apoio, descoberta guiada, entrevista motivacional, serviços de moradia, apoio de pares e reabilitação vocacional, manutenção da aliança terapêutica, fornecimento de psicoeducação, cuidados de enfermagem, dentre outros. Dentre as alterações benéficas estão: redução dos sintomas positivos (alucinações e delírios), da desorganização e da avolia-apatia, incidindo em um aumento dos níveis de motivação, melhores resultados funcionais e maior envolvimento nas atividades (GRANT et al. 2012); melhorias nas crenças e no humor, tal como em um melhor desempenho da tarefa, foi visto em Grant et al. (2017b). A maioria dos estudos apresenta resultados globais superiores nos grupos de experimentais (desde sintomatologia, ao acompanhamento e desenvolvimento social e profissional dos participantes); ademais, resultados benéficos também foram vistos em grupos controle.

A família foi avaliada no pré-tratamento diante de alguns estudos; em Li et al. (2015), a família foi incentivada a fazer parte dos tratamentos, ajudando os participantes. Em Naeem et al. (2015), houve uma intervenção com os participantes e familiares, pois os autores consideravam essencial a participação dos mesmos na vida e intervenção dos participantes

3.1.2. ESTADO MENTAL

Referente ao estado mental dos participantes antes das intervenções, o estudo de Grant et al. (2017a) relatou que o tempo de doença dos pacientes foi de 1 a 40 anos; eles apresentaram sintomas crônicos da doença, como diversos aspectos da esquizofrenia.

Em Rathod et al. (2013), os participantes apresentaram altos níveis de ansiedade, porém houve uma enorme queda deste sintoma no grupo de TCCp, enquanto no grupo controle houve queda e voltou a subir no acompanhamento. Ainda no acompanhamento, a depressão do grupo TCCp foi reduzida.

Não houve dados significativos sobre violência, raiva, vergonha e desesperança. Não houve dados sobre angústia relacionada à voz; angústia delirante, tentativas de suicídio; automutilação deliberada; violência contra outros.

3.1.3. EVENTOS ADVERSOS

Não há dados a respeito da dependência ou angústia dos participantes. Em Bechdolf et al. (2019), os autores relatam que houve algumas recaídas e reinternações. No geral, os principais eventos adversos remetem-se a perdas de participantes, seja no tratamento, seja no acompanhamento.

3.1.4. UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO

A maioria das intervenções foram realizadas de acordo com um padrão preexistente, dentre eles um período de atendimento de 40 a 90 minutos e sessões semanais (que duraram em média 10 a 20 sessões; outros estudos estendendo ou reduzindo esse tempo).

Alguns participantes faltaram algumas sessões, tal como expõe Naeem et al. (2015): “(...) de todas as 6 sessões (n =42), 5 participaram de cinco sessões, enquanto 1 participante compareceu a quatro e 3 participantes saíram após três sessões” ou Rathod et al. (2013), “(...) 9% desistiram/faltaram”. Isso detona algumas inquietações, tal como: “a família de fato levou/acompanhou o esquizofrênico ao serviço? Os serviços de saúde fizeram uma busca ativa do paciente? Houve contrarreferência dos outros serviços que os pacientes faziam parte? O quão envolvidos estavam os profissionais e pacientes no processo de intervenção?”.

As intervenções dos grupos de intervenção eram realizadas de forma individual. Com exceção de Rathod et al. (2013), os participantes realizaram atividades em grupo. Os grupos controle realizaram atividades grupais e familiares.

Praticamente todos os estudos, com exceção de Grant et al. (2017b), tiveram perdas de participantes. Essas perdas são comuns nos ECR, e constituem-se por desaparecimento, morte ou

outras condições de desligamento, entretanto, alguns estudos tiveram poucos participantes, e essa perda pode ser significativa frente ao baixo número existente.

3.1.5. RESULTADOS FUNCIONAIS

No estudo de Grant et al. (2017a) os pacientes apresentaram redução de sintomas com 12 meses de tratamento; já os pacientes crônicos apresentaram redução dos sintomas com 24 meses de intervenção. Houve retorno a atividades sociais e melhora na qualidade de vida. Em Velligan et al. (2014), os autores ressaltam que alguns dos seus objetivos foram alcançados, como: “Alguns indivíduos optaram por trabalhar em questões de sono, outros em sentir-se menos paranóicos ao pegar o ônibus e outros em lidar com a ansiedade”.

Não há mais dados funcionais nos acompanhamentos dos pacientes em outros estudos.

3.1.6. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Alguns estudos (RATHOD et al., 2013; LI et al., 2015; NAEEM et al., 2015; GRANT et al., 2017) informam que o uso medicamentoso é essencial no processo de tratamento psicoterapêutico, visto que ao reduzir os sintomas, a terapia funciona de forma mais equânime. Outros relatam (LI et al., 2015; GRANT et al., 2017) que a psicoterapia esteve mais eficaz que o tratamento medicamentoso. De modo geral a medicação continua sendo imprescindível para o tratamento de esquizofrenia, mas existe um enorme potencial nos tratamentos em TCC e CT-R, por focar na remissão dos sintomas, potencialidades e redução de custos. Informações sobre dosagem, classe e tratamento medicamentoso encontra-se nos resultados.

3.1.7. RESULTADOS ECONÔMICOS

Todos os estudos, com exceção de Grant et al. (2017b), apresentaram remissão no uso medicamentoso dos pacientes; o estudo citado foi realizado em apenas uma intervenção, e não trouxe dados de acompanhamento. Em Van der Gaag et al. (2011), os autores avaliaram os fatores econômicos da oferta da TCC, e responderam que o custo é relativamente alto, porém os resultados beneficiam os pacientes (relação de custo/benefício). Significa dizer que a ação psicoterapeuta da TCC, apesar de elencar custos maiores do que ação medicamentosa (antipsicóticos e TAU), terá maior efetividade para a redução de sintomas da esquizofrenia. Os custos médios para treinar e supervisionar os terapeutas em TCC foi de 426 euros, enquanto as sessões acarretavam cerca de 500 euros (VAN DER GAAG et al., 2011). Na condição de TCC, de 0 a 18 meses (entre

intervenção e acompanhamento), os custos totais médios foram de 33.130 euros, para 109 participantes, enquanto na condição TAU, de 0 a 18 meses, o custo foi de 29.578 euros, para 97 participantes; uma diferença média de 3.552 euros (IC 95%). Apesar de maior custo, os dias médios de funcionamento normal foi de 58 dias a favor da TCC; para os autores, o valor médio por dia gira em torno de 46 euros. Por fim, nas análises dos autores, mesmo se os custos médios por dia chegarem a 80 euros, a probabilidade de o custo-efetividade ser mais rentável para a TCC é de 70%.

O estudo foi realizado na Holanda, logo não houve informação a respeito do custo médio em outros países. Sabe-se que muitos países são distintos em termos de condições econômicas, culturas, tipos de intervenções em saúde e outras variáveis, portanto, cabe salientar a necessidade de uma pesquisa sobre custo-efetividade da TCC frente a TAU em demais países.

Outro estudo apresenta dados de financiamento para os participantes. Em Kukla et al. (2018), os participantes receberam US\$3,50 por hora para trabalhar no *VA Medical Center* durante 26 semanas. Esses trabalhos eram não competitivos e faziam parte dos métodos de intervenção, tal qual avaliados pela escala WBI, onde foi medido: hábitos de trabalho, qualidade do trabalho, apresentação pessoal, cooperação e habilidades sociais.

QUADRO 4 – SÍNTESE DOS ESTUDOS

REFERÊNCIA	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	DE	NÚMERO DE PARTICIPANTES	DEFECHOS	PROCEDIMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Bechdolf et al. (2010)	18 a 64 anos; CID-10: F20, F23, F25.		TCC: 40 Grupo de Psicoeducação (PE): 48 Total: 88	Qualidade de vida; Readmissão; Recaída; Sintomas psicóticos positivos e negativos; Adesão à medicação.	Pacientes foram randomizados para receber terapia por 8 semanas, incluindo 16 sessões de TCC em grupo ou oito sessões de PE. As intervenções ocorreram no hospital psiquiátrico. Todas as intervenções foram complementares aos cuidados hospitalares de rotina, bem como farmacoterapia antipsicótica.	O desfecho principal (qualidade de vida) melhorou significativamente em ambos os tratamentos. Os tamanhos de efeito para qualidade de vida geral no acompanhamento foram 0,25 para TCC e 0,29 para PE. Ademais, as melhorias pareciam ser mais pronunciadas no grupo PE do que no grupo TCC.
Grant et al. (2012)	18 a 65 anos; Esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo; Sintomas negativos proeminente; Proficiente em inglês; Capacidade de dar consentimento informado.		TC ⁶ : 31 TAU: 29 Total: 60	Escala de Avaliação Global; Sintomas psicóticos positivos e negativos.	Avaliadores em cegamento aplicaram a escalas GAS, SANS e SAPS, antes e depois do tratamento.	Os pacientes da intervenção (TC) mostraram uma melhora clinicamente significativa no funcionamento global desde a linha de base até 18 meses que foi maior do que a melhora observada com o tratamento padrão.
Grant et al. (2017a)	Esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo; Sintomas negativos.		CT-R: 24 TAU: 22 Total: 46	Escala de Avaliação Global; Sintomas psicóticos positivos e negativos;	Os pacientes foram submetidos aos grupos de intervenção e controle. As avaliações foram realizadas no início do tratamento, no meio do tratamento (seis e 12 meses), no final do tratamento (18 meses) e no acompanhamento (24 meses) por avaliadores cegos para a condição de tratamento. A condição de tratamento padrão consistiu minimamente em farmacoterapia antipsicótica.	Os resultados indicaram benefícios significativos para indivíduos designados para CT-R em comparação com o tratamento padrão: pontuações mais altas de funcionamento global e pontuações mais baixas para sintomas negativos.
Grant et al. (2017b)	Diagnóstico de esquizofrenia pelo DSM-IV-TR; 18 a 65 anos; Sintomas negativos proeminentes; Dificuldades de desempenho neuro cognitivo; Proficiência em inglês; Capacidade de fornecer consentimento informado.		Sucesso guiado baseado em CT-R: 19 Grupo controle: 16 Total: 35	Desempenho na classificação de cartões; Crenças derrotistas; Autoconceito; Humor.	Clínicos treinados (nível de mestrado ou doutorado) administraram uma bateria de testes neurocognitivos e uma entrevista clínica estruturada para determinar o diagnóstico e avaliar os sintomas negativos. Todos os participantes receberam compensação, independentemente de sua elegibilidade.	O grupo experimental teve um desempenho significativamente melhor, endossou crenças derrotistas em menor grau, relatou maior autoconceito positivo e relatou melhor humor do que a condição de controle imediatamente após a sessão experimental.
Kråkvik et al. (2013)	18 a 60 anos; Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno delirante persistente pelo CID-10;		TCC+TAU: 23 TAU: 22 Total: 45	Sintomas psiquiátricos gerais; Sintomas psicóticos positivos e negativos; Funcionamento Global.	Avaliadores utilizaram BPRS para o desfecho de sintomas psiquiátricos gerais. SANS para sintomas negativos e PSYRATS para sintomas psicóticos (com subescalas medindo alucinação, delírio, características físicas, emocionais e econômicas, interpretação cognitiva). Utilizaram GAF para o desfecho de funcionamento global.	O grupo de TCC apresentou melhores respostas na pontuação global no BPRS, à escala delirante no PSYRATS e ao escore de sintomas GAF no pós-tratamento, sendo superior ao TAU. As melhorias podem continuar com um ano de tratamento.

⁶ Baseado em CT-R.

	Alucinações auditivas residuais e delírios experimentados nos últimos 6 meses.				
Kukla et al. (2018)	Esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo.	TCC: 25 TCC + CR: 25 Grupo controle: 25 Total: 75	Inventário de comportamento de trabalho; Neurocognição; Sintomas psicóticos positivos e negativos;	Os avaliadores em cegamento utilizaram as escalas PANSS para medir sintomas psicóticos; <i>Work Behavior Inventory</i> , para medir o trabalho (hábitos de trabalho, qualidade do trabalho, apresentação pessoal, cooperação e habilidades sociais) e MCCB para neurocognição.	A intervenção de TCC + CR teve mais efetividade para os desfechos que o grupo de TCC sozinho. O grupo TCC sozinho não apresentou benefício em relação ao grupo controle em alguns desfechos ao longo do tempo. Em outros desfechos, a TCC sozinha foi superior. Para os autores, a CR potencializa a intervenção em TCC.
Li et al. (2015)	18 e 60 anos; Esquizofrenia; Pontuação total PANSS maior que 60; Feito uso de medicamento antipsicótico por pelo menos 4 semanas anteriores; Fornecer consentimento informado.	TCC: 96 Terapia de suporte (TS): 96 Total: 192	Gravidade da psicopatologia; Insight; Funcionamento social; Sintomas psicóticos positivos e negativos;	Avaliadores utilizaram PANSS para avaliar os sintomas psicóticos, SAI para avaliar o <i>insight</i> , PSP para avaliar o funcionamento social. Houve acompanhamento em 12, 24, 36, 60 e 84 semanas.	Pacientes em TCC apresentaram melhora significativa e mais duradoura na pontuação total da PANSS (entre-grupo d = 0,48); TCC é superior nos desfechos de sintomas gerais positivos e no funcionamento social do que a TS a longo prazo.
Naeem et al. (2015)	18 a 65 anos; Esquizofrenia ou transtorno relacionado pelo CID-10.; Pelo menos 5 anos de escolaridade ou viver com um cuidador com pelo menos 5 anos de escolaridade	CaTCCp: 59 Grupo controle: 57 Total: 116	Psicopatologia geral; Sintomas psicóticos positivos e negativos; Delírios e alucinações; Insight.	Avaliadores cegos utilizaram as escalas PANSS para medir os sintomas positivos e negativos, bem como psicopatologia geral. PSYRATS foi utilizado para delírios e alucinações e SAI para <i>insight</i> .	Os participantes do grupo de tratamento mostraram melhora estatisticamente significativa em todas as medidas de psicopatologia no final do estudo em comparação com o grupo de controle.
Rathod et al. (2018)	18 a 65 anos; Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtornos delirantes usando CID-10; Britânico Negro, Caribe Negro ou Caribe Africano; Muçulmano do Sul da Ásia;	CaTCCp ⁷ : 17 TAU: 18 Total: 35	Redução sintomática; Insight; Questionário de Experiência do Paciente.	Avaliadores em cegamento utilizaram a escala primária CPRS para medir a redução dos sintomas. Os mesmos utilizaram demais subescalas semelhantes, como: MADRAS, SCS, Escala Breve de Avaliação de Ansiedade e BRAINS. Como avaliação secundária utilizaram: Escala de insight na psicose e PEQ.	O grupo de intervenção (CaTCCp) apresentou reduções estatisticamente significativas na sintomatologia nos escores gerais do CPRS, em comparação com a TAU. Na Escala de Insight os números não apresentam significância estatística, apesar do grupo de CaTCCp ter sido superior ao grupo TAU.

⁷ Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicose Culturalmente Adaptada: os autores adaptaram a TCC para trabalhar com grupos étnicos e minorias.

	<p>Disposto a participar da entrevista e/ou ser gravado;</p> <p>Tinha capacidade mental para consentir e participar;</p> <p>Capaz de falar inglês ou estava disposto a participar com intérpretes.</p>			Houve acompanhamento de 6 meses.	
Van Der Gaag et al. (2011)	<p>18 a 64 anos;</p> <p>Esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo (DSM-IV-TR);</p> <p>Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS);</p> <p>Escala de Avaliação de Sintomas Psicóticos;</p> <p>Resistência ao tratamento.</p>	<p>TCC: 110</p> <p>TAU: 106</p> <p>Total: 216</p>	<p>Funcionamento Global;</p> <p>Sintomas psicóticos positivos e negativos;</p> <p>Qualidade de vida.</p>	<p>As sessões eram semanais.</p> <p>Avaliadores em cegamento utilizaram as escalas: SFS e PSYRATS, PANSS. OMS-QoL foi utilizada para qualidade de vida.</p> <p>Todos os participantes tiveram avaliações nos meses 0, 3, 6, 9, 12, 15 e 18.</p>	<p>Os dias de funcionamento normal melhoraram no grupo TCC em comparação com TAU, porém houve adições de intervenções sociais.</p> <p>O resultado do SFS mostra que há uma comparação estatística entre ambos os grupos.</p> <p>No PSYRATS o grupo de TCC apresentou menos sofrimento e impacto dos sintomas que o grupo TAU.</p> <p>Os resultados entre grupos no PANSS e no OMS-QoL não foram estatisticamente significativas.</p> <p>A TCC implica custos mais altos, mas resulta em melhores resultados de saúde.</p>
Velligan et al. (2014)	<p>18 a 60 anos;</p> <p>Esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo pelo DSM-4.</p>	<p>CAT: 33</p> <p>TCCp: 37</p> <p>MCog: 35</p> <p>TAU: 37</p> <p>Total: 142</p>	<p>Sintomas e Funcionamento Comunitário;</p> <p>Sintomas psicóticos;</p> <p>Resultado Funcional.</p>	<p>Os avaliadores em cegamento utilizaram as escalas BPRS para medir os sintomas psicóticos, bem como escalas secundárias para a sintomatologia, como AHRS e DRS. A escala MCAS foi utilizada para medir o resultado funcional.</p> <p>Houve avaliação e acompanhamento nos meses 6, 12 e 15.</p>	<p>O sofrimento e as alucinações auditivas melhoraram significativamente no grupo CAT. O grupo de TCCp não apresentou melhoras, bem como a combinação de CAT com TCCp (grupo MCog) não melhorou os resultados mais do que CAT sozinho.</p>
		TOTAL: 962			

Os estudos apresentaram uma melhora significativa nos resultados das quais os participantes foram submetidos. Dados demográficos da doença demonstram a possibilidade de intervenção com um número de indivíduos a mais dos que foram apresentados nos programas, entretanto, devido a questões relacionadas à motivação dos pacientes, dificuldade de mobilidade e deslocamento, bem como a complexidade da doença, os números presentes na maioria dos estudos não foram altos; há de se analisar os diferentes contextos, sendo aos quais, no geral, a quantidade foi suficiente para atestar a eficácia das terapias.

Todas as intervenções tiveram adição farmacológica no tratamento dos pacientes, devido à complexidade da doença e os métodos de tratamento padronizados das localidades que se situavam os indivíduos. Sabe-se que em testagens e intervenções psicológicas os medicamentos podem alterar a cognição e comportamento dos pacientes, e essa alteração pode ser vista como um potencial viés para os desfechos, ou como um forte aliado no tratamento.

3.2. RESULTADOS DA CT-R

O estudo de Grant et al. (2012) traz dois grupos, um envolvendo 31 pessoas no (CT) e 29 pessoas no (ST). Para avaliar os pacientes, foram utilizadas escalas no pré e pós-tratamento (com acompanhamento de 18 meses). Os resultados demonstram uma melhora clinicamente significativa no grupo de intervenção. O desfecho primário foi a escala de avaliação global GAS, onde avalia o funcionamento global do paciente e a gravidade da doença; para os autores a CT melhorou muito mais que a ST, tendo como tamanho do efeito de Cohen $D=1,36$ para $0,06$ respectivamente. Significa dizer que a intervenção foi efetiva frente a sintomatologia do paciente, havendo reduções dos sintomas negativos da avolia-apatia (condições que se referem a perda de motivação e falta de sentimentos e emoções), sendo vistos na subescala SANS. Não houve, no entanto, diferença estatística dos sintomas negativos de embotamento afetivo, alergia, anedonia-associalidade⁸.

Métodos similares de avaliação foram feitas no grupo de Grant et al. (2017a), onde 24 pacientes estavam no grupo de intervenção (CT-R) e 22 em tratamento padrão (consistindo minimamente em farmacoterapia antipsicótica). Da mesma forma, os resultados das escalas relatam melhora no grupo de intervenção em comparação ao padrão, como pontuações mais altas de funcionamento global e para sintomas negativos e positivos uma redução dos mesmos. O acompanhamento foi maior, de 24 meses, o que significa dizer que as melhoras foram contínuas.

⁸ Associalidade refere-se a falta de motivação para inserção nas atividades sociais e relacionais ou preferência por atividades solitárias.

Contudo, o estudo de Grant et al. (2017b) foi intrigante. Apesar de demonstrar resultados superiores no grupo de intervenção (CT-R: 19 pessoas) em relação ao tratamento padrão (controle: 16 pessoas), os autores não fizeram acompanhamento dos participantes. O grupo experimental apresentou crenças derrotistas em menor grau, relatou maior autoconceito positivo⁹ e melhor humor do que a condição de controle imediatamente após a sessão experimental. Estes participantes estavam com sintomas “no extremo grave do continuum funcionamento” (Grant et al. 2017b), entretanto sua rápida melhora é um indicador surpreendente. Isso demonstra que a intervenção é eficaz, e que há grandes chances de continuar eficaz no decorrer de demais intervenções, mas o fato de não haver acompanhamento não valida essa hipótese. Cabe salientar a necessidade de uma intervenção a níveis maiores, sob controles metodológicos e acompanhamentos mais longos.

3.3. RESULTADOS DA TCC

Bechdorf et al. (2019) trata-se de uma intervenção envolvendo um grupo de TCC (40 pessoas) e outro de Psicoeducação (PE, 48 pessoas). É importante destacar estes tipos de estudos com comparadores ativos, pois além dos tratamentos padrões, há a adição de outra intervenção, o que incide em maior robustez nos resultados. Referente aos resultados, os autores utilizaram um tipo de escala para Qualidade de Vida (das quais havia diversas outras subescalas). Nos escores de algumas subescalas a TCC foi superior a PE, para outras a PE foi superior. Na medida pré e pós-tratamento os autores citam que não encontraram melhoras significativas no grupo de TCC.

O estudo de Krakvik et al. (2013) trata-se de uma modificação da TCC padrão, envolvendo questões específicas ao tratamento de psicoses. A TCCp foi ofertada em conjunto com o tratamento padrão, e o grupo de comparação estiveram em lista de espera, para que pudesse receber TCCp mais a frente. Ambos os grupos estavam sendo submetidos ao tratamento padrão. O objetivo principal era reduzir o sofrimento de crenças delirantes e as alucinações auditivas. Escalas (como BPRS, PSYRATS, GAF e SANS) foram utilizadas para mensuração. Em todas elas, o grupo de TCCp teve melhora em relação a lista de espera no pós-tratamento e no acompanhamento de 12 meses. No BPRS, as alucinações auditivas e as subescalas de delírio apresentaram redução dos sintomas para o grupo de TCCp. Embora a TCCp apresentasse respostas positivas, os autores concluem que a adição ao TAU teriam efeitos de curta duração.

⁹ Significa: maior motivação intrínseca, mais autoconfiança e autoestima.

Para Kukla et al. (2018), foram realizadas intervenções onde utilizaram comparadores ativos para testar a TCC em comparação com a Remediação Cognitiva (CR). Três grupos foram testados, um apenas com TCC (25 pessoas), um de TCC+CR (25 pessoas) e outro grupo controle (25 pessoas). Houve acompanhamento de 6 e 12 meses, onde para compreender as respostas, os autores utilizaram algumas hipóteses. Eles criaram três hipóteses, onde: (1) TCC+CR terá melhores resultados de trabalho em comparação com outros grupos, (2) a TCC sozinha terá melhores resultados de trabalho em comparação com o grupo de apoio vocacional e (3) TCC+CR terá melhores resultados de neurocognição em comparação com outros grupos. Três escalas foram utilizadas. Na primeira hipótese, a escala WBI foi utilizada para mensurar o “trabalho” ou a forma como os mesmos se dedicavam a atividade; os resultados mostraram melhor qualidade no trabalho (ou mais tempo trabalhado) do grupo de intervenção (TCC+CR) em comparação aos demais grupos. Na segunda hipótese, também utilizando a escala WBI, os autores relatam que a TCC sozinha não diferiu do grupo controle. Por fim, a última hipótese foi testada com a WBI e MCCB¹⁰, a fim de medir o trabalho e a neurocognição respectivamente. O grupo de intervenção (TCC+CR) foi superior aos controles, e o grupo de TCC sozinho não diferiu dos demais grupos (diminuiu a cognição). O objetivo era identificar se a CR potencializava a efetividade da TCC.

Li et al. (2015) realizou um ensaio bastante robusto, sendo um de TCC (96 pessoas) e outro de Terapia de Suporte (TS, 96 pessoas). O acompanhamento também foi extenso; os autores relatam avaliação em 12, 24, 36, 60 e 84 semanas. Essas avaliações foram realizadas com as escalas PANSS, SAI e PSP; avaliavam tanto os sintomas psicóticos, *insight* e o funcionamento social. Para a escala PANSS, os níveis de psicose foram reduzidos ao longo do tempo; o tamanho do efeito entre grupos alto ($d=.48$). “Mais de três quartos (65, 76,5%) do grupo TCC tiveram uma melhora clínica significativa, mostrando uma redução de 25% ou mais na pontuação total da PANSS desde o início, em comparação com 53,70% no grupo TS (...)” (LI et al., 2015, p. 1899). Para as demais escalas, a TCC foi superior que TS na avaliação (sintomas gerais e positivos) e acompanhamento (efeitos positivos surgiram na semana 36).

Outro estudo também foi adaptado. Naeem et al. (2015) utilizou a TCCp e fez alterações culturais para aplicação do tratamento em um país de baixa renda. Dentre essas alterações culturais,

¹⁰ A MCCB é uma escala que avalia a neurocognição de pacientes esquizofrênicos e possui 7 subescalas, avaliando: velocidade de processamento, atenção/vigilância, memória de trabalho verbal e não-verbal, aprendizagem verbal, aprendizagem visual, raciocínio e resolução de problemas.

tiveram a adição de: uma dimensão espiritual incluída na formulação, compreensão e plano terapêutico; Equivalentes Urdu de Jargões¹¹; histórias e exemplos populares para crenças religiosas e planos de ação culturalmente adaptadas. Os autores também trouxeram escalas para a avaliação, dentre elas PANSS, PSYRATS e SAI. Para as escalas que mensuraram a psicopatologia e os sintomas psicóticos, houve reduções significativa no grupo TCC em comparação ao Controle. Bem como aumento nos valores de SAI (escala que avalia: Adesão ao Tratamento, Reconhecimento da Doença e Reetiquetagem de Sintomas). Significa dizer que a TCC foi superior ao Controle em todas as escalas. Houve acompanhamento em 36 e 52 semanas.

Rathod et al. (2013) realizou um ECR utilizando a TCCp adaptada para grupos étnicos minoritários, das quais os critérios de inclusão deveriam conter grupos das etnias: *Black British*, *Black Caribbean*, *African Caribbean* ou Muçulmanos do sul da Ásia. Este estudo é bastante interessante pois visa ofertar um tratamento dificilmente realizado nos serviços públicos, bem como com um valor financeiro onde os grupos minoritários tampouco conseguem custear. Os resultados foram positivos. O grupo de intervenção obteve melhores respostas nas escalas CPRS (da qual mensurava sintomas psicóticos), onde reduziu significativamente os sintomas; utilizou-se ainda outras subescalas da CPRS que propuseram mensurar a sintomatologia, depressão, ansiedade, delírios, alucinações, mudanças da esquizofrenia e *insight*. Para todas as subescalas, a TCC foi superior, apresentando melhoras nos quadros dos pacientes, em comparação com o grupo controle. Houve acompanhamento de 6 meses, e os grupos continham 14 pessoas em intervenção e 16 pessoas em controle. Na avaliação da *Brief Anxiety scale*, a ansiedade do grupo de TCCp reduziu de 7 pontos (linha de base) para abaixo de 4 (pós-tratamento), havendo ainda mais queda no acompanhamento.

Van der Gaag et al. (2011), além de avaliar a remissão dos sintomas, bem como desfechos relacionados a psicopatologia, o mesmo busca identificar o custo-efetividade correlação a intervenção em TCCp para os pacientes. Nesse estudo, 110 pessoas estavam no grupo TCC e 106 em TAU (acompanhamento em 6, 12 e 18 meses). Para o desfecho primário, a escala SFS foi utilizada; os grupos de TCC e TAU tiveram resultados equânimes, com uma diferença média de 77 dias (183 dias de funcionamento normal em TCC e 106 dias em TAU). A escala PSYRATS foi utilizada para a psicopatologia, e o grupo TCC apresentou menos sofrimentos e impactos dos

¹¹ No original: *Urdu equivalents of CBT jargons*.

sintomas em comparação com o grupo TAU. PANSS e WHO-QoL não houve diferenças estatisticamente significativas. Os autores destacam que a TCC, apesar de incidir em custos mais altos para o tratamento, obtém maior probabilidade de ser mais custo-efetividade em comparação com TAU.

Velligan et al. (2014) utiliza comparadores ativos para este estudo. Dentre os grupos, 37 pessoas em TCCp, 33 em CAT, 35 em MCoG e 37 em TAU. Para a escala BPRS, os resultados produzidos não foram significativos para os grupos. Em AHRs, os resultados de regressão dos efeitos indicam melhora significativa para CAT, enquanto TCCp não houve significância; ademais, a gravidade e angústia, frente as alucinações auditivas, foram menores nos grupos que continham CAT (CAT e MCoG). Na escala MCAS, os resultados também mostram melhor significância estatística nos grupos de CAT, enquanto TCCp não houve. “Uma inspeção de médias indicou que indivíduos em tratamentos que incluíam CAT se saíram melhor do que aqueles em tratamentos que não incluíam CAT”¹² (VELLIGAN, 2014, p. 601). Em DRS, não houve resultados significativos nos grupos.

3.4. RESULTADOS MEDICAMENTOSOS

Grant et al. (2012) não houve diferenças significativas nos medicamentos antipsicóticos basais (classe ou dosagem) ou nas mudanças de medicamentos durante o estudo (*Chlorpromazine equivalents*; CT: 415,6mg / ST: 521,1mg).

Grant et al. (2017a) informa que os pacientes em tratamento padrão fizeram uso de medicamentos, mas não informa tipo ou dosagem.

Grant et al. (2017b), apresenta apenas a quantidade de pacientes sob uso medicamentoso (CT-R: 9 / controle: 13). Não apresenta demais dados.

Bechdolf et al. (2019) não houve diferença significativa das dosagens de medicamentos antipsicóticos entre os grupos (antes do tratamento: TCC=201,0mg / PE=349,5mg; após o tratamento: TCC=73,3 mg / PE=413,3mg; acompanhamento: TCC=340,4mg / PE=340,9mg.) Autores afirmam que um terço dos participantes fizeram uso de antidepressivos.

Krakvik et al. (2013) não informa dados medicamentosos.

Kukla et al. (2018) não informa dados medicamentosos.

¹² No original: *An inspection of means indicated that individuals in treatments that included CAT did better than those in treatments that did not include CAT.*

Li et al. (2015) informa que os pacientes receberam dosagem igual ou superior ao equivalente a 300 mg de *chlorpromazine* diariamente, incluindo um período mínimo de pelo menos 2 semanas de tratamento com o equivalente a 600 mg de *chlorpromazine*. Não houve diferença de dosagem nos participantes entre os grupos (TCC=349-360mg/ ST=313-321mg).

Naeem et al. (2015) não informa dados medicamentosos.

Rathod et al. (2013) relata dosagens diferentes entre os grupos. TAU recebeu maior dosagem (502,54mg) em comparação a TCC (407,30mg) de *chlorpromazine equivalentes*. Nos 6 meses de acompanhamento o grupo de TCC reduziu as dosagens de medicação em relação a TAU.

Van der Gaag et al. (2011) não informa dados medicamentosos, apenas que as dosagens foram equilibradas.

Velligan et al. (2014) não informa dados medicamentosos, apenas que as dosagens foram equilibradas.

3.5. COMPORTAMENTO DO GRUPO CONTROLE

Em Bechdolf et al. (2019) o grupo controle tratava-se da intervenção em Psicoeducação, e consistia em formulação, descoberta guiada e entrevista motivacional. O grupo apresentou melhora na adesão as medicações e psicoterapia; autores discorrem que no acompanhamento de 6 meses os resultados aparentavam serem superiores que o grupo TCC.

Kukla et al. (2018) apresenta o grupo controle sob tratamento de apoio vocacional, onde incluía cenários específicos de trabalho e discussão de situações reais surgidas no trabalho; o grupo participou de uma Terapia de Trabalho Compensado VA e incluíram sessões de grupo semanais de 26 horas de duração. Nos resultados envolvendo horas, desempenho e qualidade no trabalho, o grupo vocacional apresenta dados semelhantes a TCC sozinha.

Em todos os estudos os grupos controles receberam tratamento medicamentoso. Alguns participantes estiveram envolvidos em serviços prestados por centros de saúde mental comunitários como: aconselhamento de apoio, serviços de tratamento diurno, serviços de moradia, cuidados de enfermagem, apoio de pares/familiares, programas educacionais sobre gerenciamento de medicamentos e reabilitação vocacional. Alguns grupos receberam outras psicoterapias prestadas pelos serviços da qual já faziam parte. No estudo de Krakvik et al. (2013), o grupo controle alguns participantes receberam medicação neuroléptica.

4. DISCUSSÕES

Os tratamentos realizados sob o uso das duas intervenções foram, em sua grande maioria, pequenos em número de participantes, ao passo que poucos estudos tiveram números maiores. No entanto, dada a prevalência e as dificuldades frente ao diagnóstico, assiduidade e tratamento da esquizofrenia, os números cumprem um papel estatístico razoável para o tratamento; no cálculo do tamanho da amostra, cujo intervalo de confiança em 95%, obteve como resposta um número de 385 pessoas (para 24 milhões [WHO, 2022]); o artigo conta com um número de 962 pessoas, um valor acima do tamanho da amostra necessária.

Frente aos estudos observados, pode-se destacar Rathod et al. (2013). Os baixos números de participantes podem indicar uma possível dificuldade em contactar e intervir, visto que continham grupos minoritários, das quais muita das vezes não obtém tratamento por falta de investimento financeiro, social, governamental e familiar. Em países economicamente vulneráveis é ainda mais difícil de ofertar estes serviços, e quiçá para os grupos minoritários. Portanto, este é um ensaio promissor, que demonstra a eficácia da TCC e a importância de ofertá-la nos serviços públicos de forma gratuita, para que demais grupos possam ter acesso.

Naeem et al. (2015) também é interessante, visto que os mesmos adaptaram a TCC para intervir em grupos de país com baixa renda, e dentre essas adaptações, propuseram modificações de cunho cultural. É comum que haja uma discrepância cultural de país em país ou até mesmo de cidade em cidade (no mesmo país), pois a intervenção em TCC aplicada no Brasil pode ser diferente daquela aplicada em Portugal. A TCC é superior a algumas psicoterapias pela possibilidade de modificação, proposta pelos próprios idealizadores, ao incitar que a modificação é uma parte essencial no processo psicoterapêutico (é visto também nas abordagens de terceira onda da TCC). Portanto, o estudo mostra resultados positivos que também pode ser representado pelo fator da adaptação.

Em Kukla et al. (2018), os autores utilizaram comparadores ativos. Os mesmos testaram a TCC sozinha e a TCC com adição de CR, e para fins de testagem eles propuseram hipóteses. Em algumas dessas hipóteses, o grupo com CR foi superior a TCC sozinha, em uma delas a TCC não teve efeitos. Isso significa que a CR foi um complemento as práticas já fundadas na TCC, fazendo com que potencializasse as intervenções da área. No entanto a TCC mostrou resultados negativos em uma das escalas, a MCCB; nessa escala, avaliando o neurocognição a longo prazo, a TCC

apresenta queda no aprendizado, enquanto o grupo controle e o grupo com CR apresentam aumento.

No que diz respeito a CT-R, foram encontrados apenas três estudos que utilizaram essa intervenção (outros ECR foram registrados, porém não iniciaram as intervenções [muito menos a elaboração metodológica do projeto]). Ao mesmo passo que isso é um fator negativo, por haver poucos estudos, é também uma questão positiva, vista que muitas abordagens, que já estão no mercado há um bom tempo, sequer apresentam ECR. Mas os poucos estudos que a CT-R apresenta foram realizados com uma boa qualidade metodológica. Ademais, a CT-R apresenta em suas linhas metodológicas uma abrangência de ferramentas e técnicas, e alguns desses estudos tiveram modificações da CT-R nas características de intervenção dessa abordagem.

Dentre esses estudos, o de Grant et al. (2017b) apresenta algumas características irregulares. Apesar dos autores utilizarem técnicas já validadas, escalas de boa qualidade e uma intervenção bem controlada, os mesmos não efetuaram acompanhamentos, e os resultados foram obtidos por uma única intervenção. Isso é um erro metodológico que, apesar de demonstrar melhores resultados para a CT-R em comparação com o grupo controle, pode incidir em discrepâncias de resultados se mensurados a longo prazo.

Abre-se um parêntese para mencionar o livro de Beck sobre a CT-R. No primeiro capítulo, o mesmo expõe a intervenção realizada pelos autores a um indivíduo. Conta que ele era residente de um hospital psiquiátrico há várias décadas, da qual vivia sentado em frente a parede; ao perambular no local, falava consigo mesmo e insinuava ter bilhões de dólares e milhares de esposas. Beck e sua equipe interviram, sob a ótica da CT-R, e relata que o mesmo, depois de um tempo, pediu para entrar em uma equipe de cozinheiros (e levou outro esquizofrênico para a função!), participou de oficinas de artes e fez amizades. Décadas de inatividade e desconexão deram lugar a uma vida em expansão, relacionamentos significativos e propósitos de vida; “Os sonhos, ações e sucessos eram – e são – dele” (BECK et al., 2022).

5. CONCLUSÕES

A CT-R apresenta resultados efetivos para o tratamento da esquizofrenia, mas requer o desenvolvimento de mais ECR, bem como a necessidade de intervenção com um número maior de participantes, a fim de embasar os fatores metodológicos tanto para o tratamento, quanto para a eficácia da intervenção. Cabe salientar que os resultados positivos da CT-R assemelham-se com

os resultados da TCC; números maiores e mais antigos de ECR foram realizados na TCC, e o fato da CT-R ser uma abordagem recente e já apresentar dados semelhantes com o comparador torna-o uma terapia bastante efetiva. No entanto, alguns fatores metodológicos interferem na qualidade desses ECR; alguns estudos, principalmente em Psicologia, são difíceis de apresentar cegamento na sua intervenção, visto que não se trata de um medicamento objetivo, logo, requer explicação aos seus pacientes da intervenção que é submetido. Ademais, alguns estudos não cegaram os avaliadores, o que pode indicar uma alteração nos resultados. Outra limitação refere-se à quantidade dos participantes; o tamanho da amostra é razoável dada a prevalência da doença, no entanto, os estudos não apresentam números maiores de participantes, seja nos grupos de intervenção e controle.

Para o terapeuta, a intervenção em CT-R, se aplicada de forma coerente com a teoria, poderá apresentar resultados bons para seus pacientes. O acompanhamento, sessões adicionais e o desligamento gradual da terapia são extremamente importantes para a intervenção. Novos estudos devem ser realizados, com maior número de participantes e expandidos para outros países; no Brasil pouco se pesquisa a respeito da CT-R, assim como não há maiores investimentos para a pesquisa científica de qualidade. Portanto, a crítica perpetua não apenas no campo da saúde em defasagem, mas no âmbito científico e na falta de investimento para tal.

6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

6.1. RECONHECIMENTOS

O autor agradece imensamente aos orientadores Eliclebysson Rodrigo, Diana Moreira e Rafael Antón, pelo suporte, ensino, dedicação e companheirismo durante a execução desta revisão, bem como a Débora de Matos, pelo papel de coautora na seleção dos ECR por meio do Rayyan. Agradeço a todos os personagens que percorreram e auxiliaram de alguma forma essa caminhada. Todos os autores contribuíram e aprovaram o artigo final.

6.2. CONFLITOS DE INTERESSES E FINANCIAMENTO

Os autores declaram não haver conflitos de interesse. A equipe informa que não houve qualquer valor de financiamento para a execução dessa revisão.

7. DOCUMENTAÇÃO

7.1. REFERÊNCIAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

BECHDOLF, A.; KNOST, B.; NELSON, B.; SCHNEIDER, N.; VEITH, V.; YUNG, A.R.; PUKROP, R. **Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life.** *Aust N Z J Psychiatry.* 2010 Feb;44(2):144-50. doi: 10.3109/00048670903393571. PMID: 20113303.

GRANT, P.M.; BREDEMEIER, K.; BECK, A.T. **Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals With Schizophrenia.** *Psychiatr Serv.* 2017 Oct 1;68(10):997-1002. doi: 10.1176/appi.ps.201600413. Epub 2017 Jun 1. PMID: 28566022.

GRANT, P.M.; HUH, G.A.; PERIVOLIOTIS, D.; STOLAR, N.M.; BECK, A.T. **Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia.** *Arch Gen Psychiatry.* 2012 Feb;69(2):121-7. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.129. Epub 2011 Oct 3. PMID: 21969420.

GRANT, P.M.; PERIVOLIOTIS, D.; LUTHER, L.; BREDEMEIER, K.; BECK, A.T. **Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy.** *Psychol Med.* 2018 Jan;48(2):261-268. doi: 10.1017/S003329171700160X. Epub 2017 Jun 22. PMID: 28637521.

KRÅKVIK, B.; GRÅWE, R.W.; HAGEN, R.; STILES, T. C. (2013). **Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic Symptoms: A Randomized Controlled Effectiveness Trial.** *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(5), 511–524. <https://doi.org/10.1017/s1352465813000258>

KUKLA, M.; BELL, M.D.; LYSAKER, P.H. **A randomized controlled trial examining a cognitive behavioral therapy intervention enhanced with cognitive remediation to improve work and neurocognition outcomes among persons with schizophrenia spectrum disorders.** *Schizophr Res.* 2018 Jul;197:400-406. doi: 10.1016/j.schres.2018.01.012. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29422299.

LI, Z.J.; GUO, Z.H.; WANG, N.; XU, Z.Y.; QU, Y.; WANG, X.Q.; SUN, J.; YAN, L.Q.; NG, R.M.; TURKINGTON, D.; KINGDON, D. **Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China.** *Psychol Med.* 2015 Jul;45(9):1893-905. doi: 10.1017/S0033291714002992. Epub 2014 Dec 23. PMID: 25532460.

NAEEM, F.; SAEED, S.; IRFAN, M.; KIRAN, T.; MEHMOOD, N.; GUL, M.; MUNSHI, T.; AHMAD, S.; KAZMI, A.; HUSAIN, N.; FAROOQ, S.; AYUB, M.; KINGDON, D. (2015). **Brief culturally adapted CBT for psychosis (CaCBTp): A randomized controlled trial from a low income country.** *Schizophrenia Research*, 164(1-3), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.02.015>

RATHOD, S.; PHIRI, P.; HARRIS, S.; UNDERWOOD, C.; THAGADUR, M.; PADMANABI, U.; KINGDON, D. **Cognitive behaviour therapy for psychosis can be adapted for minority ethnic groups: a randomised controlled trial.** *Schizophr Res.* 2013 Feb;143(2-3):319-26. doi: 10.1016/j.schres.2012.11.007. Epub 2012 Dec 8. PMID: 23231878.

VAN DER GAAG, M.; STANT, A.D.; WOLTERS, K.J.; BUSKENS, E.; WIERSMA, D. **Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum**

disorder: cost-effectiveness analysis. Br J Psychiatry. 2011 Jan;198(1):59-65, sup 1. doi: 10.1192/bjp.bp.109.071522. PMID: 21200078.

VELLIGAN, D. I.; TAI, S.; ROBERTS, D. L.; MAPLES-AGUILAR, N.; BROWN, M.; MINTZ, J.; TURKINGTON, D. (2014). **A Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive Behavior Therapy, Cognitive Adaptation Training, Their Combination and Treatment as Usual in Chronic Schizophrenia.** *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 597–603. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu127>

WONG, A.W.S.; TING, K.T.; CHEN, E.Y.H. **Group cognitive behavioural therapy for Chinese patients with psychotic disorder: A feasibility controlled study.** Asian J Psychiatr. 2019 Jan;39:157-164. doi: 10.1016/j.ajp.2018.12.015. Epub 2018 Dec 26. PMID: 30639991.

7.2. REFERÊNCIAS DOS ESTUDOS EXCLUÍDOS

FREEMAN, D.; DUNN, G.; STARTUP, H.; PUGH, K.; CORDWELL, J.; MANDER, H.; ČERNIS, E.; WINGHAM, G.; SHIRVELL, K.; KINGDON, D. **Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis.** Lancet Psychiatry. 2015 Apr;2(4):305-13. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00039-5. Epub 2015 Mar 31. PMID: 26360083; PMCID: PMC4698664.

FREEMAN, D.; PUGH, K.; DUNN, G.; EVANS, N.; SHEAVES, B.; WAITE, F.; ČERNIS, E.; LISTER, R.; FOWLER, D. **An early Phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: the potential benefits of enhancing self confidence.** Schizophr Res. 2014 Dec;160(1-3):186-92. doi: 10.1016/j.schres.2014.10.038. Epub 2014 Nov 11. PMID: 25468186; PMCID: PMC4266450.

FREEMAN, D.; WAITE, F.; STARTUP, H.; MYERS, E.; LISTER, R.; MCINERNEY, J.; HARVEY, A.G.; GEDDES, J.; ZAIWALLA, Z.; LUENGO-FERNANDEZ, R.; FOSTER, R.; CLIFTON, L.; YU, L.M. **Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): a prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial.** Lancet Psychiatry. 2015 Nov;2(11):975-83. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00314-4. Epub 2015 Sep 9. PMID: 26363701; PMCID: PMC4641164.

GERAETS, C.N.W.; SNIPPE, E.; VAN BEILEN, M.; POT-KOLDER, R.M.C.A.; WICHERS, M.; VAN DER GAAG, M.; VELING, W. **Virtual reality based cognitive behavioral therapy for paranoia: Effects on mental states and the dynamics among them.** Schizophr Res. 2020 Aug;222:227-234. doi: 10.1016/j.schres.2020.05.047. Epub 2020 Jun 8. PMID: 32527676.

GUO, X.; ZHAI, J.; LIU, Z.; FANG, M.; WANG, B.; WANG, C.; HU, B.; SUN, X.; LV, L.; LU, Z.; MA, C.; HE, X.; GUO, T.; XIE, S.; WU, R.; XUE, Z.; CHEN, J.; TWAMLEY, E.W.; JIN, H.; ZHAO, J. **Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study.** Arch Gen Psychiatry. 2010 Sep;67(9):895-904. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.105. PMID: 20819983; PMCID: PMC3632506.

KLINGBERG, S.; WÖLWER, W.; ENGEL, C.; WITTORF, A.; HERRLICH, J.; MEISNER, C.; BUCHKREMER, G.; WIEDEMANN, G. **Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study.** Schizophr Bull. 2011 Sep;37 Suppl 2(Suppl 2):S98-110. doi: 10.1093/schbul/sbr073. PMID: 21860053; PMCID: PMC3160126.

KRÅKVIK, B.; GRÅWE, R.W.; HAGEN, R.; STILES, T.C. **Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms: a randomized controlled effectiveness trial.** Behav Cogn Psychother. 2013 Oct;41(5):511-24. doi: 10.1017/S1352465813000258. Epub 2013 May 1. PMID: 23635846; PMCID: PMC3775151.

KUMARI, V.; PREMKUMAR, P.; FANNON, D.; AASEN, I.; RAGHUVANSHI, S.; ANILKUMAR, A.P.; ANTONOVA, E.; PETERS, E.R.; KUIPERS, E. **Sensorimotor gating and clinical outcome following cognitive behaviour therapy for psychosis.** Schizophr Res. 2012 Feb;134(2-3):232-8. doi: 10.1016/j.schres.2011.11.020. Epub 2011 Dec 3. PMID: 22138048; PMCID: PMC3278596.

LINCOLN, T.M.; ZIEGLER, M.; MEHL, S.; KESTING, M.L.; LÜLLMANN, E.; WESTERMANN, S.; RIEF, W. **Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: a randomized clinical practice trial.** J Consult Clin Psychol. 2012 Aug;80(4):674-86. doi: 10.1037/a0028665. Epub 2012 Jun 4. PMID: 22663901.

LIU, Y.; YANG, X.; GILLESPIE, A.; GUO, Z.; MA, Y.; CHEN, R.; LI, Z. **Targeting relapse prevention and positive symptom in first-episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study.** Psychiatry Res. 2019 Feb;272:275-283. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.130. Epub 2018 Dec 25. PMID: 30594760.

MORRISON, A.P.; LAW, H.; CARTER, L.; SELLERS, R.; EMSLEY, R.; PYLE, M.; FRENCH, P.; SHIERS, D.; YUNG, A.R.; MURPHY, E.K.; HOLDEN, N.; STEELE, A.; BOWE, S.E.; PALMIER-CLAUS, J.; BROOKS, V.; BYRNE, R.; DAVIES, L.; HADDAD, P.M. **Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study.** Lancet Psychiatry. 2018 May;5(5):411-423. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30096-8. Epub 2018 Apr 5. Erratum in: Lancet Psychiatry. 2019 Jul;6(7):e16. PMID: 29605187; PMCID: PMC6048761.

MÜLLER, H.; KOMMESCHER, M.; GÜTTGEMANNS, J.; WESSELS, H.; WALGER, P.; LEHMKUHL, G.; KUHR, K.; HAMACHER, S.; LEHMACHER, W.; MÜLLER, K.; HERRLICH, J.; WIEDEMANN, G.; STÖSSER, D.; KLINGBERG, S.; BECHDOLF, A. **Cognitive behavioral therapy in adolescents with early-onset psychosis: a randomized controlled pilot study.** Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020 Jul;29(7):1011-1022. doi: 10.1007/s00787-019-01415-4. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31599351.

SHEAVES, B.; HOLMES, E.A.; REK, S.; TAYLOR, K.M.; NICKLESS, A.; WAITE, F.; GERMAIN, A.; ESPIE, C.A.; HARRISON, P.J.; FOSTER, R.; FREEMAN, D. Cognitive

Behavioural Therapy for Nightmares for Patients with Persecutory Delusions (Nites): **An Assessor-Blind, Pilot Randomized Controlled Trial**. *Can J Psychiatry*. 2019 Oct;64(10):686-696. doi: 10.1177/0706743719847422. Epub 2019 May 26. PMID: 31129983; PMCID: PMC6783669.

SÖNMEZ, N.; ROMM, K.L.; ØSTEFJELLS, T.; GRANDE, M.; JENSEN, L.H.; HUMMELEN, B.; TESLI, M.; MELLE, I.; RØSSBERG, J.I. **Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial**. *Compr Psychiatry*. 2020 Feb;97:152157. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.152157. Epub 2019 Dec 26. PMID: 31935529.

WITTORF, A.; JAKOBI, U.E.; BANNERT, K.K.; BECHDOLF, A.; MÜLLER, B.W.; SARTORY, G.; WAGNER, M.; WIEDEMANN, G.; WÖLWER, W.; HERRLICH, J.; BUCHKREMER, G.; KLINGBERG, S. **Does the cognitive dispute of psychotic symptoms do harm to the therapeutic alliance?** *J Nerv Ment Dis*. 2010 Jul;198(7):478-85. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e4f526. PMID: 20611050.

7.3. REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

APA, American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APA, American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 2**. ed. Washington D/C, 1968.

ATALLAH, A.N. & CASTRO, A.A. **A melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica**. In: ATALLAH, AN. **Revisões sistemáticas da literatura e metanálise**. Diagnóstico & Tratamento, 1997.

BARBOSA, F.T. **Introdução a Revisão Sistemática: A Pesquisa do Futuro**. Maceió, 2013.

BARBOSA, F.T.; LIRA, A.B.; NETO, O.B.O.; SANTOS, L.L.; SANTOS, I.O.; BARBOSA, L.T.; RIBEIRO, M.V.M.R.; SOUSA- RODRIGUES, C.F. **Tutorial for performing systematic review and meta-analysis with interventional anesthesia studies**. *Revista Brasileira de Anestesiologia* [online]: Universidade Federal de Alagoas, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2019.03.003>.

BARRETO, E.M.P; ELKIS, H. **Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia**. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 2; 204-207, 2007.

BERWANGER, O., SUZUMURA E.A.; BUEHLER, A.M.; OLIVEIRA J.B. **Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises?**. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online]. 2007, v. 19, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400012>>.

BRASIL, M.S. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados [recurso eletrônico]**. Ministério da Saúde: Brasília, 2021.

CARVALHO, A.P.V. DE; SILVA, V.; GRANDE, A.J. **Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane**. Diagn Tratamento. 2013;18(1):38-44

CASTRO, A.A. & GUIDUGLI, F. **Projeto de Pesquisa de uma Revisão Sistemática**. AAC: São Paulo, 2001.

CASTRO, A.A. **Revisão sistemática: análise e apresentação dos resultados**. in: Castro AA. **Revisão sistemática com ou sem metanálise**. São Paulo: AAC; 2001. Disponível em URL: <http://www.metodologia.org>

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico]**. 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.

DAVID, D; CRISTEA, I; HOFMANN, S.G. **Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy**. Front. Psychiatry 9:4, 2018. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00004.

DONATO, H. & DONATO, M. **Stages for Undertaking a Systematic Review**. Acta Med Port [Internet]. 2019, Mar. 29. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923>

ELKIS, H. **A evolução do conceito de esquizofrenia neste século**. Rev Bras Psiquiatr 2000.

FALAVIGNA, M. **Qualidade da evidência em Ensaios Clínicos I: Cochrane Risk of Bias Tool**. Htanalyze, 2017.

FERREIRA, J.C. & PATINO, C.M. **What does the p value really mean?**. Jornal Brasileiro de Pneumologia [online]. 2015, v. 41, n. 5, pp. 485. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000000215>>. ISSN 1806-3756.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GALVÃO, M.C.B. & RICARTE, I.L.M. **Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação**. Logeion: Filosofia da Informação, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73>.

GALVÃO, T.F.; PEREIRA, M.G. **Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília: 2014, doi: 10.5123/S1679-49742014000100018.

HIGGINS, J.P.T.; GREEN, S. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0**. The Cochrane Collaboration, 2011.

HIGGINS, J.P.T.; THOMAS, J.; CHANDLER, J.; CUMPSTON, M.; Li, T.; PAGE, M.J.; WELCH, V.A. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions versão 6.3 (atualizado em fevereiro de 2022)**. Cochrane, 2022. Disponível em www.training.cochrane.org/handbook.2022.

HOLLIS, C. **Schizophrenia in children and adolescents**. BJPsych Advances, 21(5), 333-341, 2015. doi:10.1192/apt.bp.114.014076.

KNAPP, P & BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Rev Bras Psiquiatr, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>.

KOLLER, S.H.; COUTO, M.C.P. de P.; HOHENDORFF J.V. **Manual de produção científica [recurso eletrônico]**. – ISBN 978-85-65848-90-9 – Porto Alegre: Penso, 2014.

LEAHY, R. L. **Livre de ansiedade**. tradução: Vinícius Duarte Figueira; revisão técnica: Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras, Rodrigo Fernando Pereira. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

LU, C.; JIN, D.; PALMER, N.; FOX, K.; KOHANE, I. S.; SMOLLER, J. W.; YU, K.H. **Large-scale real-world data analysis identifies comorbidity patterns in schizophrenia**. Transl Psychiatry, 2022. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01916-y>.

OKOLI, C. **Guia para realizar uma revisão sistemática da literatura**. Tradução de David Wesley Amado Duarte; Revisão técnica e introdução de João Mattar. EaD em Foco, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18264/eadf.v9i1.748>

OURWORDINDATA. **Number of people with schizophrenia, World, 2000 to 2019**. Our Word In Data, 2022. Disponível em <https://ourworldindata.org/grapher/number-with-schizophrenia?time=2000..latest>, acesso em 19/11/2022.

PAGE, M.J.; MCKENZIE, J.E.; BOSSUYT, P.M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T.C.; MULROW, C.D.; et al. **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews**. BMJ, 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Epidemiol. Serv. Saúde: Brasília, 2015.

ROEVER, L. **Compreendendo os estudos de revisão sistemática**. Rev. Soc. Bras. Clin. Med., 2017.

SAMPAIO, R.F. & MANCINI, M.C. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica.** Brazilian Journal of Physical Therapy [online]: Minas Gerais, 2007, <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>.

STALLARD, P. **Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy.** Arch Dis Child. 2022 Feb;107(2):109-113. doi: 10.1136/archdischild-2020-321249. Epub 2021 Jul 15. PMID: 34266878.

STERNE, J.A.C.; SAVOVIĆ, J.; PAGE, M.J.; ELBERS, R.G.; BLENCOWE, N.S.; BOUTRON, I.; CATES, C.J.; CHENG, H.-Y.; CORBETT, M.S.; ELDRIDGE, S.M.; HERNÁN, M.A.; HOPEWELL, S.; HRÓBJARTSSON, A.; JUNQUEIRA, D.R.; JÜNI, P.; KIRKHAM, J.J.; LASSERSON, T.; LI, T.; MCALEENAN, A.; REEVES, B.C.; SHEPPERD, S.; SHRIER, I.; STEWART, L.A.; TILLING, K.; WHITE, I.R.; WHITING, P.F.; HIGGINS, J.P.T. **RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials.** BMJ, 2019.

WHO. Schizophrenia. **World Health Organization**, 2022. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=Schizophrenia%20affects%20approximately%2024%20million,as%20many%20other%20mental%20disorders>, acesso em 19/11/2022.

8. APÊNDICES

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Avaliação global	Trata-se das mudanças significativas da sintomatologia e condição clínica geral, recuperação e bem-estar.
Estado mental	Referem-se à presença ou ausência de sintomas e características como: preocupação; convicção; frequência; duração; intensidade; interferências percebidas na vida diária) e <i>insight</i> . Medidas de afeto geral ou sintomas de comorbidade também são consideradas, como: ansiedade, depressão, vergonha, desesperança, raiva; autoestima. Medidas de afeto relacionadas a sintomas, como: angústia relacionada à voz; angústia delirante, tentativas de suicídio; automutilação deliberada; violência contra outros, etc. e comportamentos funcionais e adaptativos, por exemplo: aumento das estratégias de enfrentamento.
Eventos adversos	Todas as intervenções de saúde podem propiciar efeitos colaterais não intencionais e indesejados. Compreende-se que contém uma escassez de estudos que tentaram identificar os efeitos adversos das psicoterapias. Tais resultados podem incluir dependência, aumento da angústia, aumento da disfunção familiar e desligamento dos serviços de saúde mental. Estes eventos também serão relatados neste estudo.
Utilização do serviço	Este parâmetro pretende identificar algumas características referentes ao uso do serviço, como: número de dias de internação (como tempo de uso do serviço ou quantas vezes o usuário visitou o serviço), tipo de internação (por exemplo, tratamento domiciliar ou intervenção da equipe de crise), mudanças no nível de atendimento (incluindo tipo de acomodação e intensidade do serviço; mudança da equipe de atendimento).
Resultados funcionais	Esses resultados podem incluir mudanças no emprego, status ocupacional e educacional, nível de benefícios de seguridade social, qualidade de vida percebida e nível de funcionamento social.
Tratamento farmacológico	Esses desfechos incluiriam alterações no grau de adesão ao regime medicamentoso prescrito, bem como alterações na medicação prescrita, incluindo mudanças no tipo de medicamento e na dosagem prescrita.
Resultados econômicos	Esses resultados incluiriam tanto os custos diretos da TCC (por exemplo, custos relacionados ao fornecimento de terapia) quanto os custos indiretos da TCC (por exemplo, redução na medicação, redução na recaída etc.).

Quadro 5: Categoria e descrição de cada desfecho avaliado nesta revisão sistemática.