UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Thiago Pacheco de Almeida Sampaio

Eficácia da terapia comportamental baseada em aceitação em grupo para o
transtorno de ansiedade generalizada:
um ensaio clínico aleatorizado.

São Paulo
2020

THIAGO PACHECO DE ALMEIDA SAMPAIO

Eficácia da terapia comportamental baseada em aceitação em grupo para
transtorno de ansiedade generalizada:
um ensaio clínico aleatorizado.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para obtenção do título de Doutor em
Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Sampaio, Thiago Pacheco de Almeida

Eficácia da terapia comportamental baseada em aceitação em grupo para o transtorno de ansiedade generalizada: um ensaio clínico aleatorizado Thiago Pacheco de Almeida Sampaio; orientador Francisco Lotufo Neto, São Paulo - 2020, 281 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

1. Flexibilidade psicológica. 2. Terapia em grupo. 3. Terapia cognitivo-comportamental. 4. Terapias de terceira onda. 5. Mindfulness. I. Lotufo-Neto, Francisco, orient. II. Título.

Nome: Thiago Pacheco de Almeida Sampaio

Título: Eficácia da terapia comportamental baseada em aceitação em grupo para transtorno de ansiedade generalizada: um ensaio clínico aleatorizado.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____.

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Doutor _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Marília, Gael e Clarissa pela alegria, os sorrisos, os abraços, as brincadeiras, a confiança, as palavras, a presença, o respeito, a compreensão e por me apoiarem incondicionalmente na realização de meus projetos. Não houve um só dia de trabalho em que a dor por não poder estar com vocês não me tenha visitado, e o amor de vocês me confortado.

Agradeço ao Rodrigo, muito mais que um irmão, que me apresentou a Psicologia, e a quem nunca serei capaz de retribuir tudo o que fez para que eu me tornasse quem sou. E à Tati, por ser parte essencial da minha história.

Aos meus pais, pela liberdade, autonomia, senso de responsabilidade e respeito.

À Ciça, Totônio, meus tios e primos, pelo carinho e disponibilidade. Aos avós e tios dos meus filhos, Hélio, Márcia, Júlia, Reco e Laís, pelo amor genuíno a eles e por me ensinarem um jeito novo de se relacionar com as pessoas e com a vida.

Às mestras Angela Piza e Chris Cupertino, pela amizade!

Ao meu orientador, Francisco Lotufo, pelo exemplo. À Celia Ignácio e Mariangela Savoia, por terem apostado em mim desde o início. E ao Márcio Bernik, pela confiança em meu trabalho. À Sílvia Sztamfater e Fernanda Tamburú pela participação na fase preliminar deste projeto. Ao Felipe Corchs e à Daisy Hernandez, pelas sempre boas conversas. Agradeço, também, a todos os colegas do AMBAN pelos anos de parceria, e a todos os profissionais que colaboraram com a pesquisa.

Sou grato à Liz Roemer pelo incentivo e suporte, e à Sarah Hayes-Skelton, pela assistência nas análises estatísticas.

Agradeço, ainda, às professoras Sônia Meyer e Cláudia Oshiro, bem como aos colegas de disciplina pelas proveitosas discussões.

Ao grande Thiago Lelis, com quem pretendo continuar aprendendo sempre, pela generosidade e inabalável paciência; e à Ana Cristina Pletsch, pela fiel parceria por tantos anos.

Ao Nico e à Greice, pelos momentos compartilhados em família, e ao Mig e à Thaís, pelas pizzas e risadas de sábado à noite.

À Andrea, Assaz, Camps, Capim, Lucas, Nana e Renê, acima de tudo, pela amizade que transcende qualquer papel social ou relação de trabalho.

Finalmente, este trabalho é resultado do esforço conjunto de um grupo grande de pessoas. Sem o compromisso de cada um desses profissionais, este projeto nunca teria saído do papel. Idealizado e escrito no início de 2015, e carinhosamente apelidado de “projeto Flexpsi”, a ideia audaciosa de realizar um ensaio clínico com quase 100 participantes alçou voo. E quando dei por mim, o projeto não era mais apenas meu. Deparava-me todo o trabalho funcionando, com tantas pessoas mobilizadas e comprometidas com a qualidade da pesquisa, se apropriando espontaneamente de tudo aquilo; via o empenho de cada uma para garantir que não houvesse nenhum erro de processo, nenhum furo técnico, nenhum escorregão ético, nenhum desentendimento pessoal. E tudo isso me enchia de entusiasmo e confiança. Essa equipe foi tão especial que, mesmo com tantos detalhes para pensar, materiais para elaborar, tarefas para realizar, processos para gerenciar, prazos para cumprir e burocracias a serem atendidas (e suportadas), em nenhum momento, a qualidade da assistência e o bem-estar dos pacientes deixaram de ser prioridade. A vocês, a minha mais profunda gratidão. Ficou a saudade e a certeza de que tudo valeu muito a pena.

Ana Paula Varella Ferreira, Andrea Vianna, Claudio Godoi, Daniel Santos Martins, Daniella Mouadeb, Débora Wertheimer Bonder, Evandro Peixoto, Fátima Chimenes, Fernanda de Cerqueira Tamburu, Gustavo Camps, Helena Silveira, Juliana Duarte, Katya Stubing, Lia Junqueira, Lucas Gandarela, Mariliz Vasconcellos, Patricia Velloso, Paula de Vitto Francez, Rene Cabral Jorge e Vivian Bosquese: este trabalho não é meu, é nosso!

"Make the best use of what is in your power, and take the rest as it happens."
- Epictetus, *The Enchiridion*, Sec. I d.C/2017

"The art of being wise is the art of knowing what to overlook."
- William James (n.d.)

RESUMO

Sampaio, T. P. A. (2020). Eficácia da terapia comportamental baseada em aceitação em grupo para transtorno de ansiedade generalizada: um ensaio clínico randomizado (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) apresenta a pior resposta à psicoterapia dentre os transtornos de ansiedade. As Terapias comportamentais baseadas em aceitação (TCBA) visam a promoção de Flexibilidade Psicológica/Aceitação, processo envolvido em diferentes transtornos, incluindo o TAG. Além das práticas de atenção plena, técnicas de exposição podem aumentar a FP. OBJETIVOS: Avaliar a eficácia de um protocolo de TCBA incluindo práticas de atenção plena e exposição, comparado com terapia de apoio não diretiva (TAND), ambas em grupo. Foi avaliado também relações entre as variáveis de processo (FP, e da atenção plena) e os sintomas do TAG. MÉTODO: Noventa e dois indivíduos com diagnóstico principal de TAG foram aleatorizados para receber 10 sessões de TCBA ou TAND. Além das medidas de desfecho clínico primário (i.e., Escala de ansiedade de Hamilton – HAM-A; as subescalas de estresse e ansiedade da Escala de depressão, ansiedade e estresse – DASS-21; e o Questionário de preocupação de *Penn-State* – PSWQ), foram utilizadas medidas secundárias de desfecho (i.e., subescala de depressão da DASS-21; e a Escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde - WHOQOL) e medidas de processo (i.e., o Questionário de aceitação e ação – AAQ-II; e o Questionário de cinco facetas de *mindfulness* - FFMQ). RESULTADOS: Os dois grupos apresentaram melhoras clínicas com tamanhos de efeitos grandes (TCBA) e entre médio e grande (TAND) nas medidas primárias de eficácia. Entretanto, o grupo TCBA apresentou uma melhora significativamente maior que o TAND em três das quatro medidas de desfecho clínico primário, baseado no efeito Tratamento X Tempo (DASS-estresse, $p = 0,04$; PSWQ, $p = 0,007$; HAM-A, $p = 0,02$). Nas análises utilizando resposta clínica como critério, a superioridade da TCBA atingiu significância estatística apenas no seguimento ($p = 0,04$). Na avaliação pós-tratamento 61,9% dos participantes no grupo TCBA e 39,1% no grupo de TAND apresentaram melhora clínica confiável. A TCBA não foi superior à TAND na escala DASS-ansiedade ou em qualquer medida clínica secundária, a não ser no domínio físico da WHOQOL. Identificou-se correlações significativas entre as variáveis de processo e de sintomas, e aumento significativamente maior no valor total da FFMQ para o grupo TCBA ($p = 0,04$), bem como tendências na mesma direção na faceta 'não-reatividade' ($p = 0,058$) e na AAQ-II ($p = 0,07$); e os respondedores dos dois grupos apresentaram melhoras superiores às dos não-respondedores nessas mesmas medidas, respectivamente ($p = 0,04$; $0,02$; $0,009$). DISCUSSÃO: A TCBA foi superior à TAND e pode ser considerada eficaz no tratamento do TAG. A FP, e algumas facetas da atenção plena, estão correlacionadas com os sintomas e com a melhora clínica promovida por ambas as terapias; e a TCBA produziu efeitos mais robustos nesses processos. Os resultados clínicos da TCBA foram similares aos reportados por outros protocolos psicoterapêuticos eficazes no tratamento do TAG. Novos estudos poderão verificar a influência da inclusão da técnica de exposição na resposta clínica e na aderência ao tratamento, bem como investigar moderadores e mediadores de eficácia.

Palavras-chave: Flexibilidade psicológica. Terapia em grupo. Terapia cognitivo-

comportamental. Terapias de terceira onda. *Mindfulness*.

ABSTRACT

Sampaio, T. P. A. (2019). Efficacy of an acceptance-based group behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial (Doctoral Dissertation). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Generalized anxiety disorder (GAD) shows the weakest treatment response among anxiety disorders. Acceptance-based behavioral therapies (ABBT) aim to promote psychological happiness/acceptance, a process involved in different disorders, including GAD. In addition to mindfulness practices, exposure techniques can improve Psychological Flexibility (PF). OBJECTIVES: To assess the effectiveness of an ABBT protocol including mindfulness and exposure practices in comparison with non-directive supportive therapy (NDST), both in groups. We also assessed the relationships between process variables (PF and mindfulness) and GAD symptoms. METHOD: Ninety-two individuals primarily diagnosed with GAD were randomized to receive 10 sessions of either ABBT or NDST. In addition to primary clinical outcome measures (i.e., the Hamilton Anxiety Scale - HAM-A; the stress and anxiety subscales of the Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS-21; and the Penn-State Worry Questionnaire - PSWQ), we used secondary outcome measures (i.e., the DASS-21 depression subscale; and the World Health Organization Quality of Life Scale - WHOQOL) and process measures (i.e., the Acceptance and Action Questionnaire - AAQ- II, and the Five Facet Mindfulness Questionnaire - FFMQ). RESULTS: Both groups showed clinical improvement with large effect sizes (ABBT) and medium to large effect sizes (NDST) on primary efficacy measures. However, the ABBT group showed significantly greater improvement than the NDST group in three of the four primary clinical outcome measures, based on the Treatment X Time effect (DASS-stress, $p = 0.04$; PSWQ, $p = 0.007$; HAM-A, $p = 0.02$). In the analyses we used clinical response as a criterion, the superiority of ABBT reached statistical significance only at follow-up ($p = 0.04$). At posttreatment assessment, 61.9% of participants in the ABBT group and 39.1% in the NDST group showed reliable clinical improvement. ABBT was not superior to NDST on the DASS-anxiety scale or any secondary clinical measure, except in the WHOQOL physical domain. We identified significant correlations between process and symptom variables, and a significantly greater increase in the total FFMQ score for the ABBT group ($p = 0.04$), along with trends in the same direction in the 'non-reactivity' facet ($p = 0.058$) and AAQ-II ($p = 0.07$); moreover, responders from both groups showed better improvements than non-responders in these same measures, respectively ($p = 0.04$; 0.02 ; 0.009). DISCUSSION: ABBT was superior to NDST and can be considered effective in the treatment of GAD. PF, and some facets of mindfulness, correlates with symptoms and clinical improvement promoted by both therapies; and ABBT produced more robust effects on these processes. The clinical results of ABBT were similar to those reported by other effective psychotherapeutic protocols in the treatment of GAD. Further studies may verify the influence of including the exposure technique on clinical response and treatment adherence, as well as investigate moderators and mediators of efficacy.

Keywords: Psychological flexibility. Group therapy. Cognitive-behavioral therapy. Third-wave therapies. Mindfulness

RESUMEN

Sampaio, T. P. A. (2020). Eficacia de la Terapia Conductual Basada en la Aceptación en grupo para Trastorno de Ansiedad Generalizada: un ensayo clínico aleatorizado (Tesis de Doctorado). Instituto de Psicología, Universidade de São Paulo, São Paulo.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) presenta la peor respuesta a la psicoterapia entre los trastornos de ansiedad. Las Terapias Conductuales Basadas en Aceptación (TCBA) tienen por objetivo promover la Flexibilidad Psicológica/Aceptación, proceso involucrado en distintos trastornos, que incluye el TAG. Además de las prácticas de atención plena, técnicas de exposición pueden aumentar a FP. OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de un protocolo de TCBA que incluye prácticas de atención plena y exposición, comparado a la terapia de apoyo no directiva (TAND), las dos en grupo. Han sido también evaluadas las relaciones entre las variables de proceso (FP, y de la atención plena) y los síntomas del TAG. MÉTODO: Noventa y dos individuos con diagnóstico principal de TAG fueron aleatorizados para recibir 10 sesiones de TCBA o TAND. Además de las medidas de resultados clínico primario (i.e., Escala de Ansiedad de Hamilton – HAM-A; las subescalas de estrés y ansiedad de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – DASS-21; y el Cuestionario de Preocupación de Penn-State – PSWQ), fueron utilizadas medidas secundarias de resultados (i.e., subescala de depresión de la DASS-21; y la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud – WHOQOL) y medidas de proceso (i.e., el Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ-II; y el Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness – FFMQ). RESULTADOS: Los dos grupos presentaron mejorías clínicas de efectos grandes (TCBA) y entre medio y grande (TAND) en las medidas primarias de eficacia. Sin embargo, el grupo TCBA presentó una mejoría significativamente mayor que el TAND en tres de las cuatro medidas de resultado clínico primario, basado en el efecto Tratamiento X Tiempo (DASS-estrés, $p = 0,04$; PSWQ, $p = 0,007$; HAM-A, $p = 0,02$). En los análisis que utilizaron respuesta clínica como criterio, la superioridad de la TCBA logró significancia estadística solamente en el seguimiento ($p = 0,04$). En la evaluación posterior al tratamiento 61,9% de los participantes en el grupo TCBA y 39,1% en el grupo de TAND presentaron mejoría clínica confiable. La TCBA no fue superior a la TAND en la escala DASS-ansiedad o en cualquier medida clínica secundaria, sino en el dominio físico de la WHOQOL. Fueron identificadas correlaciones significativas entre las variables de proceso y de síntomas, y aumento significativamente mayor en el valor total de la FFMQ para el grupo TCBA ($p = 0,04$), así como tendencias en la misma dirección en la faceta 'no-reactividad' ($p = 0,058$) y en la AAQ-II ($p = 0,07$); y los respondedores de dos grupos presentaron mejorías superiores a las de los no-respondedores en estas mismas medidas, respectivamente ($p = 0,04$; $0,02$; $0,009$). DISCUSIÓN: La TCBA fue superior a la TAND y puede ser considerada eficaz en el tratamiento del TAG. La FP, y algunas facetas de atención plena, están correlacionadas con los síntomas y con la mejoría clínica promovida por las dos terapias; y la TCBA produjo efectos más consistentes en estos procesos. Los resultados clínicos de la TCBA fueron similares a los reportados por otros protocolos psicoterapéuticos eficaces en el tratamiento del TAG. Nuevos estudios podrán verificar la influencia de la inclusión de la técnica de exposición en la respuesta clínica y en la adherencia al tratamiento, así como investigar moderadores y mediadores de eficacia.

Palabras-clave: Flexibilidad psicológica. Terapia en grupo. Terapia cognitivo-conductual. Terapias de tercera ola. *Mindfulness*.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de flexibilidade psicológica (Hexaflex).....	31
Figura 2 – Modelo Baseado em Aceitação (MBA).....	40

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese do conteúdo das sessões de TCBA.....	54
Tabela 2 - O que fazer e o que não fazer na TAND.....	56
Tabela 3 – Cálculo do n amostral.....	62
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra analisada.....	65
Tabela 5 - Médias e desvios-padrão das medidas de desfecho em cada um dos quatro momentos de avaliação.....	68
Tabela 6 - Resultados dos modelos de regressão de efeitos mistos (MRM) que analisam a mudança durante todo o tratamento e seguimento comparando os dois grupos (TCBA e TAND).....	70
Tabela 7 - Resultados dos modelos de regressão de efeitos mistos que analisam a manutenção de ganhos do pós-tratamento até o seguimento após 03 meses.....	72
Tabela 8 - Medida do tamanho de efeito intragrupo (d de Cohen) nos grupos para cada variável de desfecho do pré-tratamento ao pós-tratamento e do pré-tratamento ao seguimento.....	74
Tabela 9 - Porcentagem dos participantes que completaram o tratamento (n=44) e que cumpriram os critérios para status de respondedor e mudança confiável no pós-tratamento e seguimento.....	77
Tabela 10 - Correlação de Pearson (bicaudal) e significância (valor p) para os valores basais (pré-tratamento) das medidas de desfecho, e de processo (n = 92).....	78

Tabela 11 – Correlação de Pearson do ganho residual do pré ao pós-tratamento (semana zero a semana 14) das medidas de desfecho e de processo nos dois grupos.....	81
Tabela 12 - Correlação de Pearson do ganho residual do pré-tratamento ao seguimento das medidas de desfecho e de processo nos dois grupos (n = 92).....	84
Tabela 13 - Correlação de Pearson do ganho residual do pré-tratamento ao seguimento das medidas de desfecho e de processo nos dois grupos (n = 92).....	87
Tabela 14 - Correlação de Pearson do ganho residual entre o pré e o pós-tratamento (semana zero a semana 14) das medidas de desfecho e de processo dos respondedores do grupo TCBA (n = 14).....	90
Tabela 15 - Correlação de Pearson do ganho residual entre o pré e o pós-tratamento (semana zero a semana 14) das medidas de desfecho e de processo dos respondedores do grupo TAND (n = 11).....	93
Tabela 16 - Correlação de Pearson do ganho residual do pré-tratamento ao seguimento (semana zero à semana 26) das medidas de desfecho e de processo dos respondedores do grupo TAND (n = 8).....	95
Tabela 17 - Resultados dos modelos de regressão de efeitos mistos que comparam os grupos (TCBA e TAND) em relação à mudança nos escores das medidas de processo (AAQ-II e FFMQ) entre os tempos pré-tratamento e seguimento.....	96
Tabela 18 - Modelos de regressão de efeito misto avaliando mudança nas medidas de processo (AAQ-II e FFMQ) comparando respondedores e não-respondedores de ambos os grupos (TCBA e TAND).....	97

LISTA DE SIGLAS

AAQ-II - *Acceptance and Action Questionnaire*

ACT - *Acceptance and Commitment Therapy*

AMBAN-IPq-HC-FMUSP - Programa de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

APA - *American Psychiatric Association*

APORTA - Associação de Familiares e Portadores de Transtornos de Ansiedade

CGI - Impressões Clínicas Globais – *Clinical Global Impressions*

CGI-I - Impressões Clínicas Globais – Melhora

CGI-S - Impressões Clínicas Globais – Gravidade

DASS - *Depression Anxiety Stress Scales*

DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition*.

ECA - Ensaio Clínicos Aleatorizados

FFMQ - *Five Facets Mindfulness Questionnaire*

FP - Flexibilidade Psicológica

HAM-A - Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

IPq - Instituto de Psiquiatria

IPq-HC-FMUSP - Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

LE – Lista de espera

MBA - Modelo Baseado em Aceitação

MBCT - *Mindfulness-based Cognitive Therapy*

MEAQ - *Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire*

MINI - *International Neuropsychiatric Interview 5.0.0*

MRM - *Mixed effects Regression Models*

NIMH - *National Institute of Mental Health*

PSWQ - *Penn State Worry Questionnaire*

RA - Relaxamento Aplicado

RCI - *Reliable Change Index*

REDCap - *Research Electronic Data Capture*

TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada

TAU – *Treatment As Usual*

TAND - Terapia de Apoio Não-diretiva

TCBA - Terapia Comportamental Baseada em Aceitação

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

TCD - Terapia Comportamental Dialética

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TOC - Transtorno Obsessivo-Compulsivo

TP - Transtorno de Pânico

TPE - Teoria do Processamento Emocional

WHO - *World Health Organization*

WHOQOL- *World Health Organization Quality of Life*

WHOQOL-100 - *World Health Organization Quality of Life Inventory*

WHOQOL-BREF - *Abbreviated Inventory of Quality of Life of the World Health Organization.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 O tratamento psicoterapêutico do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	20
1.2 Modelos clínicos do TAG	21
1.2.1 <i>O Modelo Baseado em Aceitação (MBA)</i>	22
1.2.1.1 O viés atencional orientado para a ameaça	23
1.2.1.2 Preocupação como esquiva, reatividade e julgamento crítico	24
1.2.1.3 Esquiva experiencial e aceitação	28
1.2.2 <i>Dos processos elementares de aceitação e esquiva experiencial ao construto de Flexibilidade Psicológica (FP)</i>	30
1.2.2.1 Especificidade, utilidade e validade do construto de Flexibilidade Psicológica (FP)	32
1.2.2.2 A atenção plena (<i>mindfulness</i>) e a exposição como práticas promotoras de Flexibilidade Psicológica (FP)	33
1.2.2.3 A técnica de exposição	36
1.2.2.4 A exposição como prática experiencial promotora de Flexibilidade Psicológica (FP)	37
1.3 A prática da Terapia Comportamental Baseada em Aceitação (TCBA) individual e em grupo	39
1.4 Terapia de Apoio Não-diretiva (TAND)	42
1.5 Justificativa	44
2 OBJETIVOS	45
2.1 Objetivo primário	45
2.1.1 <i>Hipótese para o objetivo primário</i>	45
2.2 Objetivos secundários	45
2.2.1 <i>Hipóteses para os objetivos secundários</i>	46
3 MÉTODOS	48

3.1 Participantes	48
3.1.1 Critérios de exclusão	48
3.1.2 Procedimentos	48
3.2 Protocolos terapêuticos (TCBA e TAND)	51
3.2.1 A Terapia Comportamental Baseada em Aceitação (TCBA)	51
3.2.2 Terapia de Apoio Não-Diretiva (TAND)	55
3.3 Terapeutas	56
3.3.1 Aderência	57
3.4 Instrumentos e medidas	57
3.4.1 Medidas primárias de eficácia	58
3.4.2 Medidas secundárias de eficácia	60
3.4.3 Medidas de processo	61
3.5 Análise dos dados	62
3.5.1 Dados ausentes	64
4 RESULTADOS	65
4.1 Análises preliminares	65
4.2 Aderência dos terapeutas aos protocolos	68
4.3 Eficácia	68
4.4 Manutenção de ganhos	72
4.5 Significância clínica	76
4.6 Correlações e mecanismos putativos	78
5 DISCUSSÃO	99
5.1 Eficácia	100
5.1.1 TCBA vs. TAND	102
5.1.1.1 Medidas primárias e CGI-S	103
5.1.1.2 Medidas secundárias (Qualidade de vida e sintomas depressivos)	106
5.1.2 Comparação com outros estudos	106
5.2 Aderência	112
5.3 Medidas de processo	114

5.4 Limitações.....	118
6 CONCLUSÃO.....	123
REFERÊNCIAS.....	124
ANEXOS.....	144
APÊNDICES.....	265

1 INTRODUÇÃO¹

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é classificado pelos manuais diagnósticos vigentes como um transtorno de ansiedade, caracterizado fundamentalmente pela presença de ansiedade tônica elevada e preocupações excessivas que ocorrem na maior parte dos dias por pelo menos seis meses (*American Psychiatric Association [APA], 2014 & World Health Organization [WHO], 2018*). As preocupações devem ser difíceis de controlar, e seus conteúdos devem estar relacionados a diversos eventos ou atividades, como: desempenho acadêmico ou profissional, família, relacionamentos, doenças, e finanças, não se restringindo a temas característicos de outros transtornos psiquiátricos (e.g., a possibilidade de ter uma crise no transtorno de pânico, doenças em quadros fóbicos ou hipocondríacos, ou a avaliação negativa por parte dos outros no transtorno de ansiedade social). Na edição atual do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais da Associação Psiquiátrica Americana, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition* (DSM-5) (APA, 2014) o critério diagnóstico para o TAG só é preenchido se três ou mais dos seguintes sintomas também estiverem presentes: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadiga aumentada, dificuldades de concentração ou falhas de memória, irritabilidade, tensão muscular, e perturbações do sono. Os sintomas devem ser fontes persistentes de sofrimento e/ou prejuízo funcional em áreas importantes para o indivíduo (e.g., trabalho, relações socioafetivas). Portanto, vale destacar que, além da identificação dos sintomas apresentados, o sofrimento provocado e a disfunção sócio-ocupacional tornam-se determinantes na avaliação diagnóstica; e muitas pessoas, apesar de apresentarem prejuízos relacionados à ansiedade e

¹ Partes de versões anteriores da introdução deste trabalho foram publicadas em três capítulos de livro:

- a. Sampaio, T., & Savoia, M. (2019). Modelos clínicos comportamentais de psicoterapia dos transtornos de ansiedade. In M. Bernik; M. Savoia, F. Lotufo-Neto. (Orgs). *A clínica dos transtornos ansiosos e transtornos relacionados: A experiência do projeto AMBAN*. (pp. 133-40). SP, Edimédica. ISBN 978-85-64072-02-2.
- b. Sampaio, T., & Bernik, M. (2019). Transtorno de ansiedade generalizada (TAG): fenomenologia, patogênese e diagnóstico. In M. Bernik; M. Savoia, F. Lotufo-Neto. (Orgs). *A clínica dos transtornos ansiosos e transtornos relacionados: A experiência do projeto AMBAN*. (pp. 177-86). SP, Edimédica. ISBN 978-85-64072-02-2.
- c. Sampaio, T., Martins, D., Pimenta, G., & Jorge, R. C. (2019). Terapias cognitivo-comportamentais do transtorno de ansiedade generalizada. In M. Bernik; M. Savoia, F. Lotufo-Neto. (Orgs). *A clínica dos transtornos ansiosos e transtornos relacionados: A experiência do projeto AMBAN*. (pp.219-32). SP, Edimédica. ISBN 978-85-64072-02-2.

preocupação excessivas, não preenchem todos os critérios para que o transtorno seja diagnosticado (i.e., quadros subsindrômicos) (Grenier et al., 2011).

Em relação ao prognóstico, a probabilidade de remissão é pequena (cerca de 22% em um ano) (Wittchen, Lieb, Pfister, & Schuster, 2000). Estudos apontam o TAG como o transtorno de ansiedade de curso mais crônico (Keller, 2002), com maior incidência de comorbidades psiquiátricas (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001), e com pior resposta aos tratamentos psicoterapêutico e farmacológico (Craske & Waters, 2005). Estudos epidemiológicos recentes apontam para uma prevalência do TAG ao longo da vida de 3,7% da população geral; a taxa de comorbidade ao longo da vida é de 81,9%, sendo 63% com transtornos do humor e 51% com outro transtorno ansioso (Ruscio et al., 2017). A duração dos sintomas aumenta o risco para depressão (Wittchen et al., 2000); e esta, quando presente, costuma ser secundária ao quadro ansioso (Hettema, Prescott, & Kendler, 2003).

1.1 O tratamento psicoterapêutico do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

A primeira intervenção não farmacológica que se demonstrou eficaz no tratamento do TAG foi o Relaxamento Aplicado (RA) (Ost, 1987), até hoje considerado tratamento de primeira linha para o transtorno. A partir dos primeiros anos da década de 1990, protocolos baseados em estratégias da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), como a psicoeducação, a reestruturação cognitiva e as técnicas de exposição, passaram a ser sistematicamente testados, apresentando resultados similares aos obtidos com RA (Borkovec & Costello, 1993). Posteriormente, o RA acabou sendo incorporado por muitos protocolos de TCC, terapia que passou a ser considerada como o tratamento psicológico “padrão ouro” para o TAG (NICE, 2004, Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Entretanto, embora meta-análises continuem confirmando a eficácia da TCC (Otte, 2011; Cuijpers et al., 2014), cerca de metade dos pacientes com TAG não apresenta melhora funcional significativa após a terapia (Newman et al., 2011). Em função disso, e a partir de uma diversidade de achados experimentais, alguns pesquisadores têm proposto novos modelos teóricos para o TAG, buscando o desenvolvimento de propostas de intervenção clínica mais eficazes (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, & Staples, 2009).

1.2 Modelos clínicos do TAG

Apesar de não haver definição consensual, os modelos teórico-científicos podem ser entendidos como representações simplificadas e idealizadas que buscam compreender, em essência, fenômenos naturais complexos (Silva & Cateli, 2019). Na clínica, pode-se dizer que os modelos visam descrever o funcionamento elementar, comum a todos os casos particulares de apresentação do conjunto de sintomas que caracterizam um determinado transtorno, da maneira mais abrangente e específica possível. Vale salientar que qualquer modelo clínico é uma idealização da realidade, e estará sempre sustentado por teorias. Portanto, sua elaboração partirá de pressupostos que, em última análise, são arbitrariamente estabelecidos no nível filosófico. Mesmo no âmbito das ciências empíricas, sua edificação é um processo lógico eminentemente abduativo (Pierce, 1934-1935) não se limitando à síntese elaborada a partir de observações completas do fenômeno em sua totalidade (indução), nem a conclusões logicamente necessárias obtidas exclusivamente das premissas verdadeiras de um argumento válido (dedução). O processo de criação de um modelo inclui abstrações criativas que possibilitem a articulação dos achados de um número limitado de estudos experimentais disponíveis com observações clínicas, mais ou menos sistematizadas (i.e., abdução), na busca pelo que o filósofo Gilbert Harman chamou de 'inferência da melhor explicação' (Hermann, 1965). A complexidade inerente a qualquer quadro psicopatológico que se pretenda compreender exige o reconhecimento de que este será, sempre, observado a partir de um ponto de vista particular e necessariamente limitado, em detrimento de outros tantos possíveis. Portanto, todo modelo é concebido a partir do acesso a certas facetas do fenômeno a ser compreendido, e nunca abarcará sua totalidade (Bunge, 1974). Ainda segundo Bunge (1974), a elaboração de modelos teóricos seria uma tentativa de - a partir da observação, da razão e da intuição - propor uma compreensão da realidade que ofereça previsões passíveis de serem confrontadas com a experiência. É nesse sentido que todo modelo clínico deve estar aberto a revisões, ampliações e ajustes sistemáticos, conforme surjam novos achados, em diferentes níveis de investigação. Esse processo de elaboração e testagem de modelos favorece o avanço

contínuo da pesquisa em busca por uma melhor compreensão de diferentes quadros clínicos, favorecendo o desenvolvimento de tratamentos cada vez mais eficazes. Inseridos nesse contexto, os modelos cognitivo-comportamentais do TAG estão amparados por estudos que investigam os processos psicológicos relacionados à manifestação sintomática do transtorno, visando identificar e compreender os mecanismos específicos que estariam envolvidos em sua origem e manutenção.

Embora, em grande medida, todos esses modelos compartilhem suas bases teóricas, e muitas vezes se apoiem em um mesmo conjunto de estudos, cada um articula esses achados de modo a privilegiar processos específicos, cujo comprometimento representaria, em tese, o problema central do transtorno (e.g., preocupações como esquiva, metacognição, intolerância às incertezas, esquiva experiencial, desregulação emocional, esquiva do contraste emocional negativo) (Behar et al., 2009; Newman & Llera, 2011). Essa diversidade de modelos pode ocorrer, em parte, por não haver consenso em relação a que aspectos seriam os elementos distintivos entre as manifestações consideradas patológicas (i.e. sintomáticas) e normais dos processos psicológicos envolvidos no TAG. Alguns modelos parecem supor, explicitamente ou não, que a ansiedade e a preocupação patológicas constituem-se como fenômenos qualitativamente distintos de suas manifestações normais (Kotov, Schmidt, Lerew, JoinerTE, & Ialongo, 2005), outros que a diferença entre a condição funcional e clínica é apenas dimensional (intensidade, duração e frequência) (Ruscio, Borkovec, & Ruscio 2001; Olatunji, Bergman, Green, & Zlomke, 2010); ou ainda que a morbidade não está em suas manifestações primárias, sejam elas qualitativa ou quantitativamente consideradas, mas no tipo de relação que o indivíduo estabelece com essas (e outras) vivências internas (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Wells & Carter, 1999). É nessa perspectiva relacional que se sustentam muitas teorias psicológicas contemporâneas, incluindo o modelo de TAG baseado em aceitação (Roemer & Orsillo, 2002).

1.2.1 O Modelo Baseado em Aceitação (MBA)

Elaborado pelas pesquisadoras Lizabeth Roemoer e Susan Orsillo (2002), o MBA

propõe, em síntese, que o TAG seria mantido: (a) por um modo reativo e problemático do indivíduo se relacionar com as próprias experiências (i.e. emoções e pensamentos); e, (b) pelo padrão comportamental excessivamente voltado para a redução do desconforto emocional. O MBA tem sua sustentação em um vasto e diversificado conjunto de pesquisas sobre processos psicológicos envolvidos no TAG, especialmente os relativos (a) à atenção excessivamente focada na ameaça (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 2007); (b) ao papel da preocupação na ‘evitação cognitiva’ e no processamento emocional (Borkovec, 1994; Wells, 1995); (c) à maior reatividade de julgamento crítico em relação a suas próprias vivências e pensamentos (Wells & Carter, 1999; Mennin, Heinberg, Turk, & Fresco, 2005; Llera & Newman, 2010); e, (d) ao esforço excessivo para alterar a intensidade e/ou frequência de experiências internas indesejáveis (i.e. esquiva experiencial) (Hayes et al., 1996; Berman, Wheaton, McGrath, & Abramowitz, 2010).

Uma breve revisão desses processos, e de como têm sido identificados no TAG, facilitará a compreensão da síntese proposta pelo modelo.

1.2.1.1 O viés atencional orientado para a ameaça

A ideia de que um viés no processamento de informações relativas a ameaça estaria diretamente relacionado à etiologia e manutenção dos transtornos de ansiedade não é nova, estando há muito presente nas teorias de base cognitivista (Beck, 1976; Eysenck, 1992). De fato, uma variedade de estudos experimentais avaliando a atenção de pessoas ansiosas identificou um viés atencional excessivamente orientado para a ameaça. Em metanálise, incluindo 172 estudos comparativos entre populações ansiosas e não ansiosas, Bar-Haim et al. (2007) concluíram que, independente da especificidade diagnóstica, pessoas ansiosas apresentam um viés para a ameaça significativamente maior, em diversos paradigmas experimentais. Curiosamente, o padrão se mantém em estudos que utilizam estimulação subliminar com estímulos naturalísticos (e.g., fotos de aranhas, faces expressando raiva, etc.); mostrando que, embora processos conscientes e/ou simbólicos contribuam claramente para o viés, este também pode ocorrer de forma independente (i.e., não-consciente). Para além dessas conclusões, alguns estudos

sugerem que pessoas mais ansiosas tenham um limiar atencional mais baixo, percebendo ameaças tênues, enquanto pessoas menos ansiosas necessitariam de níveis mais altos/explicítos de ameaça (Mogg & Bradley, 1999; Wilson & MacLeod, 2003).

Ainda que o viés atencional não distinga as pessoas com TAG da população ansiosa em geral, os estudos apontam para a potencial participação desse processo nos mecanismos psicopatológicos do TAG. O MBA incorpora essa característica como um importante componente na manutenção dos sintomas ansiosos, sendo inclusive um foco importante, mas não o único, de estratégias centrais da Terapia Comportamental Baseada em Aceitação (TCBA) (i.e., atenção plena – *mindfulness*) (Roemer & Orsillo, 2009).

1.2.1.2 Preocupação como esquiva, reatividade e julgamento crítico

Entre todos os processos psicológicos envolvidos no TAG, as preocupações têm sido mais sistematicamente estudadas e identificadas como elemento essencial dos mecanismos psicopatogênicos do transtorno. O modelo explicativo básico do papel das preocupações no TAG foi proposto, inicialmente, em meados da década de 90 (Borkovec, 1994), e acabou se tornando paradigmático para os modelos de base cognitivo-comportamental que o sucederam, incluindo o MBA de Roemer e Orsillo (2002). Uma versão mais elaborada e sistematizada deste modelo foi apresentada dez anos depois, com a ‘teoria da preocupação como esquiva’ (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004).

Partindo inicialmente da concepção geral de que a preocupação seria um recurso cognitivo de defesa, característico da espécie humana, que permite antecipar e evitar desfechos indesejáveis através de um encadeamento de processos orientados para soluções de problemas potenciais, Borkovec em suas investigações, (Borkovec & INZ, 1990; Borkovec, & Costello, 1993; Borkovec, 1994; Borkovec, & Roemer, 1995; Borkovec, et al., 2004) comparou especialmente três populações: (a) pessoas pouco preocupadas; (b) pessoas muito preocupadas sem TAG (i.e. *high-worriers*: pessoas com escores de preocupação-traço na escala *Penn State Worry Questionnaire* - PSWQ - igual ou superior a 56, valor um desvio padrão abaixo da média obtida pela população com TAG) (Ruscio, 2002); e (c) pessoas com TAG. Com isso, acabou identificando que as preocupações se

apresentavam de formas diferentes, com funções específicas, nessas três populações.

Uma importante contribuição dos estudos realizados com essa população foi a demonstração de que, incluindo aqueles com TAG, a maioria dos *high-worries* não apresentam sofrimento ou prejuízo funcional associado às preocupações (Ruscio, 2002); indicando que, apesar das preocupações excessivas serem seu principal sintoma, a condição patológica do TAG (sofrimento e/ou prejuízo funcional) depende de outros fatores, como o modo que o indivíduo avalia e vivencia as próprias preocupações (Ruscio & Borkovec, 2004). Entretanto, antes que se possa compreender as diferentes formas possíveis de se relacionar com as preocupações e o impacto diferencial destas sobre o indivíduo, é importante delimitar conceitualmente esse processo psicológico, identificando, antes de tudo, qual é a sua natureza. Nesse sentido, um ponto de partida fundamental para a teoria da preocupação como esquiva (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004) foi o entendimento de que a preocupação se manifesta como um processo comportamental de natureza linguística (verbal/simbólica), e não imagético (Vrana, Cuthbert, & Lang, 1986; Borkovec & Inz, 1990; Behar, Zuellig & Borkovec, 2005). Essa distinção se torna particularmente relevante quando se constata que um mesmo conteúdo simbólico aversivo (e.g., reprovação social), quando presente de maneira discursiva (i.e., como preocupação), está associado a uma reatividade afetiva menos intensa do que quando apresentado em imagens; e que o ato de se preocupar tende a atenuar a reatividade autonômica frente a conteúdos fóbicos presentes ou imaginados (Borkovec & Hu, 1990). Em linha com os achados que demonstram que pessoas com TAG reportam intensidade emocional aumentada e maior reatividade negativa às próprias emoções comparado a outras populações clínicas (Mennin et al., 2005), Borkovec propõe que indivíduos com TAG utilizam a preocupação como forma de atenuar o impacto emocional de estímulos aversivos repentinos e/ou imagens mentais aversivas (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004).

Em síntese, a teoria parte de que, enquanto comportamento de defesa, a preocupação teria essencialmente a função de esquiva. Logo, as preocupações seriam mantidas pela eliminação, atenuação ou adiamento de uma estimulação aversiva (i.e. reforçamento negativo) (Skinner, 1953/1970). E isso aconteceria, universal e indistintamente, em pessoas com e sem TAG. Desta forma, Borkovec propõe três funções

principais para o ato de se preocupar: (a) evitar desfechos indesejáveis pela evocação de um encadeamento de processos orientados a soluções de problemas potenciais; (b) atenuar o impacto emocional de imagens eliciadoras de desconforto/medo através do efeito inibitório das preocupações (enquanto processo verbal / linguístico) nas reações autonômicas frente a imagens relacionadas à ameaça, conforme discutido anteriormente (Borkovec, 1994); e, (c) como uma estratégia de controle emocional, distraindo o indivíduo de conteúdos aversivos: ao se preocupar com coisas cotidianas triviais evita-se imaginar cenários catastróficos, de alta aversividade para o indivíduo (Freeston et al., 1994; Borkovec & Roemer, 1995). A partir disso, Borkovec observou que enquanto o primeiro tipo de preocupação é ubíquo, e não distingue pessoas com e sem TAG, os outros dois são bastante característicos de pessoas com o transtorno (Borkovec & Roemer, 1995), e estariam associados a um padrão patológico de funcionamento. Em suma, nesses dois casos, o potencial patogênico residiria no fato de a preocupação, ao exercer função de atenuar a resposta/experiência ansiosa no curto prazo, impediria o processamento emocional (i.e. extinção das respostas de ansiedade na presença do estímulo ansiogênico) (Foa & Kozak, 1986), levando à manutenção de níveis elevados de ansiedade tônica. Sendo a preocupação mantida pelo alívio de um desconforto subjetivo (ver Mowrer, 1947, Teoria dos Dois Fatores), a falha de processamento emocional levaria à cronificação da esquiva cognitiva (i.e., preocupação), característica essencial do TAG.

Entretanto, outros estudos, abordando a função e os efeitos das preocupações no TAG, identificaram o inverso do encontrado por Borkovec e Hu (1990). Ou seja, as preocupações (traço e estado) aumentam (e não atenuam) as emoções negativas, tanto em medidas subjetivas quanto fisiológicas (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006; Newman, Llera, Erickson, Przeworski, & Castonguay, 2013). É importante notar que os estudos que sustentam a hipótese do uso da preocupação como um atenuador da ansiedade encontraram efeitos robustos apenas em medidas de reatividade autonômica, e não na experiência subjetiva (Borkovec & Hu, 1990), e que modelos neuropsicológicos recentes identificam a ativação autonômica e a experiência subjetiva eliciada por estímulos ameaçadores como processos distintos que, por vezes, apresentam-se dissociados (LeDoux & Pine, 2016), desafiando a premissa teórica do modelo de Borkovec (1994) e

Borkovec et al. (2004) (i.e., teoria dos dois fatores - Mowrer, 1947). Assim, ainda que o fato de as respostas autonômicas e as vivências subjetivas estarem geralmente associadas garanta um valor prático ao modelo, e muitos pesquisadores continuem considerando as medidas fisiológicas a via mais adequada para acessar as reações emocionais (Fanselow & Pennington, 2017), o possível efeito diferencial da preocupação sobre reações fisiológicas e subjetivas poderia explicar essa discrepância de achados.

Entretanto, partindo desses dados contraditórios, Newman e Llera (2011) ofereceram uma outra interpretação para o papel da preocupação no TAG, propondo que esta seria utilizada como uma forma de manter a ansiedade tônica elevada, evitando assim o 'contraste emocional negativo'. Ou seja, a preocupação não atenuaria a ansiedade, mas manteria a ansiedade tônica elevada, a fim de evitar a experiência de contraste. Tal proposta se alinha a outros achados que sugerem que o impacto subjetivo de cada experiência emocional está relacionado ao grau de contraste relativo ao estado anterior (Manstead, Wagner & MacDonald, 1983). Desta forma, indivíduos com TAG usariam a preocupação crônica para elevar a sensação de controle sobre as chances de experimentar um aumento acentuado e inesperado em suas emoções negativas.

Em síntese, esses estudos sugerem que as preocupações, no TAG, seriam negativamente reforçadas pela atenuação da excitabilidade autonômica: seja esta um estado ansioso supostamente mais aversivo (Borkovec et al., 2004) ou o contraste emocional negativo (Newman & Llera, 2011). A partir disso, o modelo baseado em aceitação compreende as preocupações com função de esquiva generalizada de experiências internas aversivas como um fator desencadeante e mantenedor do TAG (Roemer & Orsillo, 2002).

Outro aspecto bastante relevante para o modelo clínico de Roemer e Orsillo (2009), relacionado à função de esquiva das preocupações, advém de estudos sobre as crenças de indivíduos com TAG acerca de suas vivências e preocupações. Dados replicados em diferentes estudos mostram que indivíduos muito preocupados (i.e. *high-worriers*), com ou sem TAG, monitoram e pensam mais sobre os próprios pensamentos (i.e. metacognição) do que pessoas pouco preocupadas; e acreditam, genericamente, que preocupar-se é, em princípio, algo positivo. Entretanto, apenas aqueles com TAG acreditam que o ato de se preocupar é, ao mesmo tempo, potencialmente negativo ou

danoso (Wells, 1995; Wells & Carter, 1999; Ruscio, 2002). Nesta mesma linha, Hammel et al., (2006) encontraram que preocupações exageradas foram preditoras de TAG apenas quando associadas à crença de que estas prejudicam o desempenho. As crenças sobre as preocupações teriam, portanto, um potencial efeito moderador sobre o papel das preocupações na psicopatogênese do TAG. Esses achados são relevantes para a clínica, uma vez que a avaliação subjetiva das preocupações como algo ameaçador ou problemático poderia evocar tentativas de evitá-las, desencadeando mais preocupações, podendo deixar a pessoa em um ciclo vicioso de produção de preocupações sobre o ato de preocupar-se (i.e. meta-preocupação) (Wells, 1995), presa a um processamento autocrítico ruminativo (Barnard & Teasdale, 1991) que também elevaria a ansiedade tônica a níveis potencialmente produtores de sofrimento e prejuízos funcionais.

De acordo com Roemer e Orsillo (2002) todos esses processos compõe o que elas chamaram de um padrão problemático de indivíduos com TAG se relacionarem com as próprias experiências, resultando em esforços excessivos para alterá-las. De modo geral, esse padrão de luta (i.e., *struggle*) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999a) com as próprias experiências subjetivas constituiria-se, de uma forma ou de outra, como o principal fator psicopatogênico do TAG (Roemer et al., 2005) tanto na produção de sofrimento quanto dos prejuízos funcionais (i.e., restrição comportamental) (Roemer & Orsillo, 2002), conforme será esclarecido adiante.

1.2.1.3 Esquiva experiencial e aceitação

A esquiva experiencial pode ser definida como o processo em que prejuízos funcionais importantes resultam do esforço para alterar a frequência ou a forma de eventos privados (i.e., pensamentos e sentimentos) indesejáveis (Hayes et al., 1996). Isto ocorreria por uma baixa disposição (*willingness*) para permanecer em contato com algumas experiências internas particulares (e.g., sensações corporais de ansiedade, e preocupações). No TAG, uma das consequências da indisposição para sentir ansiedade seria o estabelecimento da experiência ansiosa, a princípio um recurso psicofisiológico primário de defesa frente a ameaças, como uma ameaça em si mesma (Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005; Lee, Orsillo, Roemer, & Allen, 2010), ensejando um processo de

retroalimentação e intensificação progressiva da ansiedade (ver metáfora do polígrafo)² (Hayes et al., 1999a), podendo inclusive culminar em uma experiência de perda de controle ou crise.

Entretanto, mesmo em situações nas quais as ações com função de esquiva experiencial produzem o alívio imediato do desconforto subjetivo, elas podem levar o indivíduo a se afastar de seus objetivos e metas de longo prazo e do exercício de seus valores pessoais (Hayes et al., 1999a). Com efeito, pessoas com TAG apresentam maior dificuldade de controle para se engajar em comportamentos orientados às metas de longo prazo na presença de vivências emocionais consideradas por elas como mais aversivas (Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker, & Mennin, 2006). Nesses casos, entende-se que o sofrimento psicológico possa estar mais relacionado aos prejuízos funcionais decorrentes da restrição comportamental produzida pela evitação/esquiva rígida e generalizada desses eventos privados do que propriamente à intensidade ou frequência da experiência ansiosa em si. Nesse contexto, a esquiva experiencial é considerada um fator etiológico central para o desenvolvimento e manutenção de diversos quadros psicopatológicos (Hayes et al., 1996; Spinhoven, Drost de Rooij, van Hemert, & Penninx, 2014). Alinhadas a essa hipótese, pesquisas demonstram que a esquiva experiencial está associada a uma ampla variedade de problemas de saúde mental, incluindo ansiedade, depressão, e disfunção social (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Dionne, Ngô & Blais, 2013).

É no sentido inverso ao da esquiva experiencial que a aceitação, há muito enfocada por diferentes abordagens psicoterapêuticas (Rogers, 1961; Greenberg & Safran, 1989), vem sendo apontada como processo elementar da saúde mental (Fledderus, Bohlmeijer, Smit, & Westerhof, 2010), adquirindo o *status* de constructo base para a elaboração de novas propostas interventivas de base cognitivo-comportamental (Linehan, 1993; Hayes & Wilson, 1994; Teasdale et al., 2000).

Conforme definida por Hayes et al., (1999a) o termo aceitação refere-se à disposição aberta e ativa para permanecer em contato com as próprias experiências

² Imagine que você está amarrado a uma cadeira elétrica, daquelas que dão choques letais, e está conectado a um polígrafo extremamente sensível e programado para disparar a cadeira ao menor sinal de aumento em sua ativação autonômica. Para sobreviver, basta evitar sentir qualquer ansiedade. O que você acha que aconteceria?

internas, mesmo que indesejáveis, permitindo que elas se desenrolem sem que se tente controlá-las. Em termos operacionais básicos, o processo de aceitação pode ser descrito como a redução da função evocativa de padrões comportamentais de esquiva/luta/fuga frente a experiências aversivas (Hayes et al., 1996). De acordo com esse entendimento, embora a aceitação não seja o único processo envolvido no sofrimento psicológico, ela facilitaria outros processos relevantes para a saúde mental e o bem-estar psicológico, como o engajamento em comportamentos orientados por valores pessoais autênticos. Os autores supracitados enfatizam que a ação alinhada e comprometida com princípios é favorecedora de uma vida mais satisfatória e rica de sentido, em contraponto aos prejuízos funcionais que caracterizam a psicopatologia (Hayes et al., 1999a).

Uma consequência importante dessa forma de conceber o sofrimento psicológico em geral, e o TAG em particular, é a mudança de foco da intervenção terapêutica. Nessa perspectiva, o objetivo deixa de ser a atenuação da ansiedade e das preocupações e passa a ser a mudança do padrão de esquiva frente à experiência ansiosa como um todo, através do aumento da aceitação (Roemer & Orsilo, 2002), ou da Flexibilidade Psicológica (FP) (Hayes et al., 2006).

1.2.2 Dos processos elementares de aceitação e esquiva experiencial ao construto de Flexibilidade Psicológica (FP)

A aceitação é um processo central no modelo de saúde mental proposto por Hayes et. al (1999a), mas não é o único. Segundo o autor, para que a aceitação ocorra de forma efetiva e clinicamente significativa, é necessário considerar outros cinco processos interdependentes: (a) a ‘desfusão cognitiva’ (capacidade de desliteralização do pensamento, diminuindo a influência dos pensamentos indesejáveis sobre o repertório comportamental); (b) o ‘Eu como contexto’ (habilidade de perceber-se em perspectiva, como observador das próprias experiências); (c) a ‘ação de compromisso’ (capacidade de agir alinhado a valores pessoais, mesmo na presença de disposição contrária – e.g., ansiedade); (d) os ‘valores’ (clareza na identificação do que realmente importa para si); e, (e) o ‘contato com momento o presente’ (habilidade de manter-se sensível à estimulação ambiental presente, sem deixar-se controlar excessivamente por ruminações

em relação ao passado ou preocupações com o futuro). Esses seis processos juntos foram sintetizados em um diagrama hexagonal, representativo das complexas relações de interdependência que compõe o constructo; e essa representação foi chamada de *Hexaflex*.

Figura 1 - Modelo de flexibilidade psicológica (Hexaflex)

Fonte: Hayes et al., (2006).

A FP foi definida por Hayes et al., (2006) como a “abertura para entrar em contato com a experiência presente em sua totalidade, enquanto um ser humano consciente, e, baseado nas demandas da situação, mudar ou manter seu comportamento de acordo com valores pessoais autênticos” (p.7). Em outras palavras, uma pessoa psicologicamente flexível seria capaz de entrar em contato e aceitar pensamentos e emoções indesejáveis como parte inevitável da experiência humana, comprometendo-se a agir de modo flexível em função de autorregras (valores) genuinamente formuladas, cujo seguimento possua valor reforçador intrínseco, em detrimento de ações com a função de eliminar tais emoções e pensamentos, quando incompatíveis. Desta forma, a FP favoreceria a autorregulação comportamental e a ampliação do repertório na presença de experiências emocionais indesejáveis, aumentando assim as possibilidades de escolha do indivíduo, para além da esquia experiencial, frente a estados emocionais

considerados negativos, como a ansiedade.

Estudos apontam que a esquiva experiencial/inflexibilidade psicológica está positivamente associada ao estresse, à ansiedade (Tavakoli, Broyles, Reid, Sandoval, & Correa-Fernández, 2019), à preocupação crônica e ao TAG (Roemer, et al., 2005), e que intervenções focadas no aumento da FP melhoram a saúde mental positiva (Tennant et al., 2007) e a qualidade de vida em populações clínicas variadas (Fledderus, Bohlmeijer, Smit, & Westerhof, 2010; Fledderus et al., 2012). Protocolos de terapia comportamental focados em FP (i.e., baseadas em aceitação) têm se mostrado eficazes no tratamento de diversos transtornos mentais (Swain, Hancock, Hainsworth, & Bowman, 2013), incluindo transtornos ansiosos mistos (Arch et al., 2012) e o TAG (Hayes-Skelton, Roemer, & Orsillo, 2013). Além disso, existem evidências de que a eficácia dessas terapias seja mediada, pelo menos parcialmente, pelo aumento da FP, em pacientes com transtornos de ansiedade (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007).

1.2.2.1 Especificidade, utilidade e validade do construto de Flexibilidade Psicológica (FP)

Apesar da FP ser um constructo de nível superior, composto por seis processos inter-relacionados sendo um deles a aceitação, em muitos estudos o constructo e o processo supracitados são considerados de maneira intercambiável, como sinônimos (Berman et al., 2010). Gloster, Klotzsch, Chaker, Hummel, & Hoyer (2011) argumentam que a amplitude conceitual do constructo de FP oferece vantagens no nível teórico, mas carece de precisão e especificidade empírica, o que atrapalha, por exemplo, a construção de instrumentos capazes de apreendê-lo e medi-lo adequadamente, especialmente pela natureza relacional/contextual dos processos que o constituem. De fato, se concebermos o termo aceitação conforme teoricamente definido, e, portanto, distanciado de suas acepções populares, é possível utilizá-lo como um constructo mais preciso, e ainda capaz de integrar um conjunto de processos que nele estariam necessariamente contidos (i.e., os demais processos da flexibilidade psicológica), uma vez que acabaria envolvendo, mesmo que implicitamente, além da abertura ao conteúdo subjetivo, o momento presente e a ação orientada por valores. Nessa perspectiva a aceitação poderia representar perfeitamente o modelo de FP como um todo. Por outro lado, a utilização do termo

flexibilidade psicológica poderia ser preferível, pelo fato da palavra aceitação, enquanto vernáculo, carregar uma série de significados que não representam exatamente o processo específico que se quer descrever no modelo.

No contexto da pesquisa clínica, entretanto, a esquivia experiencial e a inflexibilidade psicológica de um lado, e a aceitação e a flexibilidade psicológica de outro, são tratados pelos pesquisadores como constructos idênticos. Talvez a maior evidência disso seja o fato de um único instrumento ter sido concebido, e ser amplamente utilizado, para medir ambos; e ter como um de seus desenvolvedores o psicólogo Steven Hayes, criador do construto de FP (i.e. Questionário de Aceitação e Ação - *Acceptance and Action Questionnaire* - AAQ-II) (Bond et al., 2011).

Apesar dessa imprecisão conceitual, em estudo psicométrico com 1.167 participantes, Gloster et. al. (2011) examinaram a validade do construto de FP, conforme medida pela AAQ-II, em quatro amostras: duas clínicas (i.e., pânico com agorafobia e fobia social), e duas não-clínicas (i.e., estudantes e pessoas que visitavam um escritório de recolocação profissional). Os dados indicaram que a FP é um construto de fator único e tem validade clínica, diferenciando-se de outros similares (e.g. sensibilidade à ansiedade) (Berman et al., 2010).

Neste trabalho, foi adotado o termo flexibilidade psicológica para designar o construto como um todo, incluindo todos os seus seis processos, deixando o termo aceitação para esse componente específico do modelo. Uma revisão sobre as implicações da ausência de consenso quanto ao uso indiscriminado dos termos aceitação e FP, apesar de flagrantemente relevante, extrapolaria o escopo deste estudo.

1.2.2.2 A atenção plena (*mindfulness*) e a exposição como práticas promotoras de Flexibilidade Psicológica (FP)

A atenção plena pode ser genericamente entendida como a consciência que emerge da atenção deliberada, sem julgamento, ao momento presente (Kabat-Zin, 1990/2013). Entretanto, essa descrição não parece contemplar toda a complexidade do construto. Primeiramente porque o mesmo conceito ora se refere a um estado de consciência, ora a uma atitude ou modo de agir e, muitas vezes, é também empregado

para designar uma prática ou exercício. Além disso, cada um desses fenômenos nomeados como atenção plena poderá ser definido a partir de diferentes léxicos, dificultando uma apreensão segura de seu significado.

Nilsson & Kazemi (2016) encontraram 33 diferentes definições para o conceito, em revisão incluindo 308 artigos em língua inglesa publicados entre 1993 e 2016. Por ter sido incorporada por diferentes linhas teóricas, de diferentes disciplinas e com objetivos diversos, o conceito acaba sendo definido em termos que favoreçam sua apropriação por cada abordagem, impedindo o consenso. Assim como ocorre com qualquer constructo psicológico, sua adoção deve ser vantajosa em relação aos objetivos teóricos e práticos da perspectiva que o adota e sua definição suficientemente clara e distinta, bem como teoricamente sustentável. Desde antes da formulação do modelo de flexibilidade psicológica, os proponentes da Terapia de Aceitação e Compromisso – *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) utilizam a prática da atenção plena (Kabat-Zinn, 1990/2013), como ferramenta para aumentar a disposição (*willingness*) para entrar em contato com experiências emocionais aversivas, envolvendo os processos de ‘aceitação’, ‘desfusão’, ‘eu como contexto’ e ‘momento presente’ (Hayes et al., 1999), sem apresentar, no entanto, uma definição bem delimitada do conceito.

Na prática, partindo de uma concepção unifatorial do constructo, os estudos indicavam a promoção genérica de uma aceitação não-julgadora das experiências internas como elemento terapêutico central das intervenções baseadas em atenção plena para variadas condições clínicas. Posteriormente, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney (2006) desenvolveram o instrumento de medida que tem sido adotado em ensaios clínicos de psicoterapia até os dias de hoje, a partir da compreensão da atenção plena como um constructo multifatorial, composto por cinco diferentes facetas (i.e., *Five Facets Mindfulness Questionnaire* – FFMQ). Os autores argumentaram que a identificação das facetas que supostamente compõe o construto favoreceria seu entendimento e a identificação das relações estabelecidas com outras variáveis de interesse (e.g., sintomas ansiosos). Deste modo, sendo a capacidade de atenção plena uma habilidade multidimensional, cada dimensão poderia estar relacionada diferencialmente a subgrupos clínicos específicos (e.g., pessoas com TAG).

As facetas propostas como componentes do constructo são: observar (i.e., notar

experiências internas e externas), descrever (i.e., ser capaz de expressar suas experiências em palavras), agir com consciência (i.e., estar atento à atividade em curso, sem se distrair), não julgar a experiência interna (i.e. interagir com conteúdos internos sem avaliá-los ou criticá-los), e não reagir à experiência interna (i.e., permitir que os conteúdos internos fluam sem necessidade de reagir a eles). Utilizando o instrumento para uma análise de regressão em população não clínica, os autores identificaram três facetas preditoras de gravidade psicopatológica geral: ‘agir com consciência’, ‘não julgar’ e ‘não reagir’ (Baer et al., 2006). Mais recentemente, Curtiss e Klemanski, (2014), investigando padrões específicos de interação das cinco facetas com outras variáveis clínicas, encontraram o ‘não reagir’ como preditor de gravidade dos sintomas e mediador da flexibilidade psicológica em indivíduos com TAG, enquanto os mesmos efeitos estavam associados à faceta ‘agir com consciência’ em pessoas com depressão. Esses achados sugerem que facetas específicas possam estar prejudicadas em diferentes quadros clínicos, e que o prejuízo da ‘não reatividade’ possa ser característico do TAG.

Para além da identificação dos principais componentes envolvidos na capacidade de atenção plena está o questionamento a respeito da melhor maneira de cultivá-los ou modificá-los. Nesse sentido, incluindo a prática meditativa formal e informal, mas não se limitando a elas, diversos autores destacam o importante papel da exposição às experiências internas como um elemento mediador de eficácia dessas intervenções em casos de transtornos de ansiedade (Roemer, Williston, Eustis, & Orsillo, 2013).

Apesar de o protocolo original de Roemer e Orsillo (2007) ser amplamente baseado na prática da atenção plena, a TCBA não se limita a ela, sendo melhor compreendida como uma ampla categoria conceitual para designar toda abordagem clínica que enfoque explicitamente, como elemento central da mudança terapêutica, o modo reativo e o padrão evitativo da pessoa se relacionar com suas experiências internas (sensações, pensamentos, emoções e memórias) (Roemer & Orsillo, 2009; Roemer et al., 2013). Em relação à aplicação, além do uso de estratégias específicas, como a identificação de valores e a atenção plena, as TCBA podem incorporar técnicas cognitivo-comportamentais (ou outras) reconhecidamente eficazes, desde que aplicadas com a função de promover mudança clínica por meio de mecanismos constitutivos do modelo (Roemer & Orsillo, 2002; Roemer & Orsillo, 2009). Na palavra das autoras:

Entendemos que as abordagens baseadas em aceitação têm muito em comum com toda a extensão de terapias comportamentais e cognitivas, nas quais muitos de seus elementos, implícita ou explicitamente, encorajam a aceitação de experiências internas (e.g., intervenções baseadas em exposição favorecem a não evitação dos sintomas ansiosos). (Roemer & Orsillo, 2009, p.2).

Portanto, o que vai diferenciar as intervenções da TCBA das feitas por outras TCC não é a utilização de determinada técnica, mas a orientação central explícita e consistente para a modificação dos processos envolvidos na relação que o paciente estabelece com suas experiências internas. Uma das possibilidades apontadas pelas autoras nesse sentido, conforme citação acima, é a inclusão da técnica de exposição em protocolos de TCBA, desde que devidamente adaptadas ao contexto da abordagem (Orsillo, Roemer, Block-Lerner, LeJeune, & Herbert, 2004; Roemer & Orsillo, 2009).

1.2.2.3 A técnica de exposição

A técnica de exposição, em suas diferentes formas de aplicação, é considerada estratégia terapêutica fundamental no tratamento de diversos transtornos relacionados à ansiedade, incluindo o Transtorno de Pânico (TP), o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e as fobias (Otte, 2011). Sua base explicativa é a Teoria do Processamento Emocional (TPE) (Foa & Kozak, 1986), fenômeno caracterizado pela modificação de estruturas de memória subjacentes às emoções, através de três processos básicos: a ativação emocional, a habituação/extinção intra-sessão, e a habituação inter-sessões.

A aplicação da técnica consiste basicamente na exposição ao estímulo promotor de desconforto emocional por tempo suficiente para que a magnitude desse desconforto reduza significativamente, apenas em função do tempo de exposição (i.e., habituação intra-sessão). Se feito de maneira regular e sistemática, esse procedimento levaria à atenuação gradativa da ativação emocional frente a novas apresentações do estímulo eliciador (habituação inter-sessões) produzindo assim o processamento (i.e., extinção) da resposta emocional (Foa & Kozak, 1986).

No caso do TAG, a técnica foi considerada pouco aplicável em função da

dificuldade em se identificar estímulos específicos que produziriam a ativação da resposta ansiosa (Deacon, 2004). Porém, articulando a TPE com o modelo de preocupação como esquiva (Borkovec, 1994, 2004), as preocupações podem ser entendidas como respostas de esquiva que impedem o processamento emocional (habituação/extinção) frente a conteúdos mentais ansiogênicos (especialmente imagens) mantendo o padrão de alta reatividade frente a esses conteúdos em indivíduos com TAG (Borkovec & Roemer, 1995). Esses conteúdos foram, então, identificados como os estímulos responsáveis pela ativação emocional e por evocar preocupações, e a técnica de exposição na imaginação passou a ser usada no TAG (Borkovec & Costello, 1993) a partir de uma adaptação da proposta desenvolvida por Pennebaker e Beall (1986) de exposição escrita para o tratamento do TEPT. Ao manter-se escrevendo a descrição detalhada do pior cenário futuro imaginado, em primeira pessoa e no tempo presente, o paciente não conseguiria engajar-se em esquivas cognitivas (i.e., preocupações, neutralizações), possibilitando o processamento da ansiedade, desde que exposto por período de tempo suficientemente longo. A técnica apresentou bons resultados em pesquisas clínicas e translacionais (Goldman Dugas, Sexton, & Gervais, 2007; Fracalanza, Koerner, & Antony, 2014), sendo inclusive incorporada como componente de protocolos de TCC para o TAG (e.g., Dugas & Robichaud, 2007).

1.2.2.4 A exposição como prática experiencial promotora de Flexibilidade Psicológica (FP)

A partir de uma ampla revisão de estudos investigando os fatores que levam à melhora de pacientes submetidos ao procedimento de exposição, Craske et al. (2008) identificaram não haver relação consistente entre a resposta clínica e o processo de extinção/habituação, seja intra-sessão ou inter-sessões; colocando a TPE (Foa & Kozak, 1986) em cheque. Baseada em evidências de que o processo de extinção não envolve eliminação ou ‘desaprendizado’ da resposta ansiosa (Milad, Rauch, Pitman, & Quirk, 2006), mas sim o aprendizado de uma resposta concorrente e incompatível (i.e., de segurança), a autora propõe a Teoria do Aprendizado Inibitório que, contrariamente à TPE, entende que o aprendizado corretivo (i.e., inibitório) proporcionado pelas sessões

de exposição está mais relacionado à violação de expectativas, e ao desenvolvimento de tolerância/disposição, do que à redução do medo (Craske et al., 2008; Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014).

Alinhados a essa ideia de promoção de tolerância à resposta emocional aversiva, alguns autores propõem que a exposição possa ser aplicada como um elemento favorecedor do processo de flexibilização psicológica, enfocando-se o aumento da disposição (*willingness*) e não a diminuição da ansiedade/medo (Hayes et al. 1999a; Orsillo et al., 2004; Gloster, Hummel, Lyudmirskaya, Hauke, & Sonntag, 2012).

Diversos estudos translacionais testaram a exposição como promotora dos processos comportamentais componentes da flexibilidade psicológica (em oposição à habituação/extinção), encontrando resultados positivos na população geral³ (Feldner, Zvolensky, Eifert, & Spira, 2003; Forman et al., 2007; Hayes et al., 1999b; Keogh Bond, Hanmer, & Tilston, 2005; Liverant, Brown, Barlow, & Roemer, 2008; Luciano et al., 2010; Masedo & Esteve, 2007; McMullen et al., 2008; Roche, Forsyth, & Maher, 2007; Vowles et al., 2007; Gutiérrez, Luciano-Soriano, Rodríguez-Valverde, & Fink, 2004; Masuda, Hayes, Sackett, & Twohig, 2004; Masuda et al., 2010; Arch & Craske, 2006; Broderick, 2005; Creswell, Welch, Taylor, Sherman, & Mann, 2005; Páez-Blarrina et al., 2008) e em pessoas com transtornos de ansiedade (Campbell-Sils, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006; Eifert & Heffner, 2003; Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004; Arch & Craske, 2010; Gloster et al., 2012).

Ensaio clínicos randomizados também incluíram exposição em protocolos focados no aumento da flexibilidade psicológica (Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin, & Olsson, 2008) e investigaram os efeitos da exposição baseada em aceitação (e não em habituação/extinção) na resposta clínica e na flexibilidade psicológica de pacientes com transtorno dismórfico corporal (Linde et al., 2015), fobia social generalizada (Ossman, Wilson, Storaasli, & McNeill, 2006; Dalrymple & Herbert 2007) e circunscrita (England et al., 2012). Todos os estudos encontraram melhora clínica significativa e aumento da flexibilidade psicológica.

³ A maioria dos estudos foi realizada com estudantes universitários, à exceção de Liverant et al., 2004 (depressão); Vowles et al., 2007 (dor crônica); e Feldner et al., 2003 (Pessoas com muita ou pouca esquivas experiencial).

Um desses estudos (England et al., 2012) comparou exposição tradicional baseado na TPE (habituação/extinção), com exposição como uma forma de aumentar a flexibilidade psicológica, encontrando efetividade em ambos os grupos e maior remissão de sintomas no segundo grupo de pacientes com fobia de falar em público.

Embora esses estudos tenham demonstrado o efeito positivo da exposição na promoção de flexibilidade psicológica, e ensaios clínicos tenham obtido bons resultados ao agregar a técnica de exposição a protocolos baseados em atenção plena e aceitação, até o momento não encontramos nenhum ensaio clínico com essa mesma proposta para o TAG.

1.3 A prática da Terapia Comportamental Baseada em Aceitação (TCBA) individual e em grupo

A partir dos achados relativos aos seus processos psicológicos constitutivos, conforme apresentados nos capítulos anteriores, o modelo baseado em aceitação pode ser sintetizado, em linguagem clínica, em três componentes funcionalmente interligados, cada um resultante do anterior. Partindo do viés atencional para ameaças, pessoas com TAG também apresentariam (a) um modo reativo e hiperidentificado de se relacionar com as experiências internas (i.e., relação problemática com as experiências internas); (b) a evitação/esquiva experiencial; e, (c) a restrição comportamental.

Figura 2 - Modelo Baseado em Aceitação (MBA)

Fonte: Behar et. al., 2009. Elaborado pelos autores da revisão o esquema representativo do modelo foi aprovado por Roemer e Orsillo.

A relação problemática com as experiências internas (emoções, sensações físicas, pensamentos e imagens), caracteriza-se basicamente por: (a) uma dificuldade em identificar, interpretar e aceitar essas experiências, incluindo aquelas relativas à ansiedade, mas não limitada a elas; e, (b) uma hiperidentificação com essas experiências – ou uma dificuldade em manter um distanciamento entre elas e a noção de “eu” – não as reconhecendo como fenômenos naturais e passageiros, que podem ocorrer em qualquer pessoa, em determinadas circunstâncias (fusão cognitiva) (Hayes et al., 1999). Esses dois processos produzem emoções secundárias, ou meta-emoções (também chamadas pelas autoras de ‘emoções turvas’) (Roemer & Orsillo, 2009), que são aquelas eliciadas pela relação simbólica estabelecida com as emoções primárias. Emoções secundárias são potencialmente problemáticas e produtoras de sofrimento quando oriundas de uma experiência primária não aceita. Isso pode acontecer quando a pessoa se percebe ‘mais ansiosa do que deveria’, ou ‘preocupada demais’, evocando ansiedade secundária e meta-preocupação, e perpetuando o sofrimento psicológico.

Entretanto, a esquiva experiencial não ocorre apenas frente à ansiedade, podendo se apresentar de maneira menos óbvia em casos de TAG. Podemos ilustrar isso com um caso hipotético de uma mulher solteira de 35 anos queixando-se de preocupações

excessivas e ruminações autocríticas. No decorrer das sessões a paciente relata ter experimentado raiva e inveja de sua melhor amiga (i.e., emoções primárias), quando esta lhe contou que fora pedida em casamento. A paciente não considera esses sentimentos aceitáveis, apresenta alta reatividade (i.e., pouca disposição/aceitação) e julgamentos negativos, em relação a essas emoções e a si mesma (i.e. fusão), gerando culpa (i.e. emoção secundária) e tentativas de alteração/controlar dessas experiências internas (i.e., esquiva experiencial). Vale notar que, a essa altura, estamos no segundo componente do modelo, quando o engajamento em preocupações excessivas com problemas cotidianos pode funcionar como uma estratégia de esquiva cognitiva dessas experiências mais aversivas, aparecendo na terapia como uma queixa mais aceitável e fácil de identificar do que a raiva, a inveja ou a culpa. Para fugir desses sentimentos negativos, ela também passa a evitar contatos com a amiga, estando sempre preocupada com prazos no trabalho e afazeres cotidianos, o que pode gerar, paradoxalmente, um maior sentimento de culpa. Nesse ponto, chega-se ao terceiro componente do modelo (i.e., restrição comportamental), quando a esquiva experiencial pode prejudicar as ações orientadas por princípios (i.e., autoregras que estabelecem um valor reforçador intrínseco às ações por elas evocadas), podendo levar ao afastamento e até ao rompimento de laços de amizade, e consequentemente à perda de reforçadores socioafetivos importantes. Além disso, a não emissão de comportamentos considerados importantes por ela pode evocar ruminações autocríticas. Esse ciclo pode se perpetuar nessa e em outras relações pessoais, produzindo outras experiências/emoções secundárias, como baixa autoestima e solidão. De acordo com o modelo, esse ciclo exaustivo de fusão cognitiva, esquiva experiencial e restrição comportamental pode, inclusive, explicar muitos quadros depressivos secundários ao TAG (Roemer & Orsillo, 2009).

O protocolo de TCBA para TAG de Roemer e Orsillo (2009) é composto de 16 sessões individuais, sendo as quatro primeiras com 90 minutos e as demais com uma hora de duração. Pautada em elementos psicopatológicos comuns, sem desconsiderar as particularidades de cada indivíduo, a TCBA baseia-se fortemente na psicoeducação sobre o TAG, a partir do modelo baseado em aceitação, podendo também abordar estratégias mais amplas de regulação emocional (Gross, 1998; Mennin, 2004). Por outro lado, o protocolo também enfatiza práticas vivenciais como o treinamento em atenção

plena formal e informal (Dunn, Callahan & Swift, 2013), a utilização de metáforas, a identificação de valores pessoais autênticos e o compromisso com ações por estes orientadas (Hayes et al., 1999a).

O protocolo original foi testado pela primeira vez em um estudo aberto (Roemer & Orsillo, 2007) seguido de um ensaio clínico controlado com trinta e um pacientes com TAG (Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault, 2008). O grupo que recebeu TCBA obteve resposta significativamente superior à lista de espera, que recebeu apenas o tratamento farmacológico padrão. Outro ensaio clínico utilizou Relaxamento Aplicado (RA), tratamento considerado eficaz para TAG (Chambless & Ollendick, 2001; NICE, 2011) como controle (Hayes-Skelton et al., 2013). Observou-se melhora significativa dos sintomas de TAG nos dois grupos, com uma pequena vantagem para a TCBA, embora não significativa. No único ensaio clínico que utilizou o formato em grupo, 38 participantes passaram por seis sessões de Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) ou TCC, e ambas foram igualmente eficazes (Avdagic, Morrissey, & Boschen, 2014).

Em conjunto, esses resultados sugerem que a TCBA oferece um modelo com grande potencial terapêutico no tratamento do TAG. Entretanto, mais ensaios clínicos utilizando controle ativo, com um maior número de participantes, em diferentes formatos (e.g., em grupo) e populações, são necessários para avaliar seu alcance e efetivo poder terapêutico.

1.4 Terapia de Apoio Não-diretiva (TAND)

A TAND consiste em uma modalidade de intervenção terapêutica ativa em que são retirados todos e quaisquer princípios interventivos de protocolos psicoterapêuticos específicos, mantendo-se apenas os fatores comuns às psicoterapias em geral (Weinberger & Rasco, 2007; Wampold, 2015). Em outras palavras, é “uma terapia não estruturada, que não utiliza técnicas psicológicas diferentes daquelas pertencentes ao repertório interpessoal básico do terapeuta, tais como acolhimento, escuta empática, encorajamento, e apoio para explorar e expressar suas experiências e emoções” (Cuijpers et al., 2012, p. 281). No contexto da pesquisa, a TAND pode ser usada como controle em ensaios clínicos que visam testar a eficácia de um tipo específico de

psicoterapia.

A partir da revisão de uma série de ensaios clínicos, Lambert (1992) estimou que apenas 15% da melhora dos pacientes submetidos à psicoterapia poderiam ser atribuídos à utilização de técnicas específicas, enquanto 40% ocorreria devido aos fatores terapêuticos comuns; outros 15% ocorreriam pelas expectativas do paciente e 30% devido a fatores externos à terapia. Ao isolar os fatores específicos do protocolo do grupo experimental, as terapias de apoio oferecem uma condição mais adequada de controle do que outras amplamente utilizadas em ensaios clínicos de psicoterapia (Markovitz, 2014). Nos estudos que usam o *treatment as usual* como controle, por exemplo, não há garantias de que elementos psicoterapêuticos inespecíficos, como o acréscimo de qualquer nova intervenção, não influencie os resultados. No caso da lista de espera, esse controle é ainda mais problemático, particularmente no caso de populações ansiosas, em que a espera pelo tratamento poderia ser um fator ansiogênico e agravar os sintomas.

A TAND é efetiva para uma variedade de condições clínicas psicológicas. Muitos ensaios clínicos que utilizaram TAND como controle não mostraram superioridade do grupo experimental (Markovitz, 2014). Entre as intervenções testadas nesses estudos estão tratamentos baseados em evidências, como a Terapia Comportamental Dialética - *Dialectical Behaviour therapy* (DBT) para transtornos de personalidade *borderline* (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007), o Sistema de Análise Cognitivo Comportamental de Psicoterapia para depressão crônica (Kocsis et al., 2009), a Psicoterapia Interpessoal para distímia e a TCC para pacientes HIV positivos (Markovitz et al., 1998).

Na última revisão Cochrane sobre tratamentos psicológicos para o TAG, a meta-análise dos dados de seis estudos comparando TCC com TAND não encontrou diferença significativa entre elas (Hunot, Churchill, Teixeira & de Lima, 2007). Além de reforçar as evidências de efetividade da TAND, esses achados sugerem haver pouca evidência de que os modelos de tratamento cognitivo-comportamentais para o TAG testados até 2007 sejam superiores aos de outras psicoterapias, podendo-se conjecturar que seus efeitos terapêuticos se devam mais a fatores comuns (Norcross, 2002) do que às estratégias de intervenções específicas, e que seu *status* de tratamento ‘padrão ouro’ se deva mais ao

fato de haver um número significativamente maior de estudos metodologicamente adequados (i.e., Ensaios Clínicos Aleatorizados - ECA) nessa abordagem do que em outras.

Portanto, ECA comparando diretamente TAND com terapias baseadas em novos modelos clínicos do TAG são necessários: (1) para testar se esses novos protocolos produzem resultados superiores ao da TAND; e, (2) para explorar a real contribuição terapêutica de técnicas específicas desses protocolos para os resultados do tratamento psicoterapêutico.

1.5 Justificativa

A pouca resposta aos tratamentos psicológicos considerados de primeira linha para o TAG (i.e., RA e TCC) justifica o investimento em pesquisas clínicas que investiguem novas propostas de intervenção. Considerando-se que, na prática clínica, muitos dos pacientes que não aderem às técnicas de atenção plena possam aderir à exposição (e vice-versa), um protocolo efetivo de TCBA em grupo, que agregue práticas de atenção plena com exposição, pode representar uma alternativa efetiva, breve, acessível e altamente viável no tratamento do TAG; adequando-se, inclusive, às necessidades do sistema público de saúde brasileiro.

2 OBJETIVOS

Este projeto é parte de um projeto “guarda-chuva”, do mesmo autor, que envolve outros subprojetos e está aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e registrado na plataforma Brasil (CAAE: 51363615.4.0000.0068) e no sítio www.clinicaltrials.gov (51363615.4.0000.0068/NCT03930095). Todas as fases de coleta de dados foram encerradas em setembro de 2016.

2.1 Objetivo primário

Verificar se um protocolo de 14 semanas de TCBA em grupo com atenção plena e exposição é eficaz no tratamento de pessoas com TAG.

2.1.1 Hipótese para o objetivo primário

Haverá diminuição significativa no escore das medidas primárias e secundárias de sintomas no grupo experimental (TCBA) em comparação ao grupo controle (TAND), após as 14 semanas de tratamento e os três meses de seguimento.

2.2 Objetivos secundários

Verificar se:

1 - há correlação entre a gravidade dos sintomas pré-tratamento e os níveis basais de flexibilidade psicológica e de atenção plena (*mindfulness*).

2 - as variações de flexibilidade psicológica e atenção plena no pós-tratamento e no seguimento correlacionam com as variações das medidas primárias e secundárias de desfecho no mesmo período.

3 – as variações entre os níveis basais e pós-tratamento de flexibilidade psicológica e atenção plena se correlacionam com a resposta clínica em ambos os grupos.

- 4- há diferença entre os grupos (TCBA e TAND) nas variações dos níveis basais e pós-tratamento de flexibilidade psicológica e atenção plena.

2.2.1 Hipóteses para os objetivos secundários

A partir dos dados da literatura é esperado que:

1 –

- a. haja correlação negativa entre os níveis basais de Flexibilidade Psicológica e a gravidade dos sintomas ansiosos e depressivos;
- b. haja correlação positiva entre os níveis basais de Flexibilidade Psicológica e da qualidade de vida nos domínios psicológico, físico e social;
- c. haja correlação negativa entre os níveis basais de atenção plena e a gravidade dos sintomas ansiosos e depressivos;
- d. haja correlação positiva entre os níveis basais de atenção plena e qualidade de vida nos domínios psicológico, físico e social.

2 –

- a. haja correlação inversa entre a variação da flexibilidade psicológica e as medidas de sintomas ansiosos;
- b. haja correlação positiva entre a variação da flexibilidade psicológica e da qualidade de vida nos domínios psicológico, físico e social;
- c. haja correlação inversa entre a variação da atenção plena e das medidas de sintomas ansiosos e depressivos;
- d. haja correlação positiva entre a variação da atenção plena e da qualidade de vida nos domínios psicológico, físico e social.

3 – o aumento da flexibilidade psicológica e da atenção plena seja mais acentuado nos respondedores do que nos não respondedores de ambos os grupos.

4 – ocorra um aumento mais expressivo da flexibilidade psicológica e da atenção

plena no grupo experimental (TCBA) em comparação ao controle (TAND).

3 MÉTODOS

Este é um ensaio clínico controlado aleatorizado comparando 10 sessões de TCBA com 10 sessões de TAND.

3.1 Participantes

Foram incluídos no estudo 92 participantes, entre 18 e 65 anos, alfabetizados e com diagnóstico de TAG.

3.1.1 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo pessoas:

- em psicoterapia;
- em tratamento farmacológico para o TAG que não estivessem com dose estável das medicações por pelo menos três meses na data de início do estudo (Semana 0);
- que apresentassem uma ou mais das seguintes condições diagnósticas, de acordo com a versão brasileira da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - *International Neuropsychiatric Interview* 5.0.0 (MINI) (Sheehan et al., 1998): transtorno bipolar (ou episódio maníaco passado), psicose, dependência química (exceto abstinência por três meses ou mais), e suicidalidade elevada.

3.1.2 Procedimentos

Todas as sessões e consultas de avaliação ocorreram nas dependências do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

Os participantes foram recrutados a partir das listas de pacientes com hipótese diagnóstica de TAG inscritos no Programa de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMBAN-

IPq-HC-FMUSP) e/ou na Associação de Familiares e Portadores de Transtornos de Ansiedade (APORTA)⁴. Por não se ter atingido o número de participantes necessário, a divulgação na mídia foi feita por meio da assessoria de imprensa do IPq. Nessa divulgação foram informados um endereço eletrônico e um telefone de contato. A pré-triagem consistiu em uma checagem preliminar do preenchimento dos critérios de inclusão/exclusão e da disponibilidade para comparecimento, via formulário enviado por email (Anexo A) e/ou entrevista por telefone (Anexo B). Aqueles que pareciam preencher os critérios de inclusão eram chamados para a triagem presencial.

A triagem dos participantes ocorreu entre setembro de 2015 e fevereiro de 2016, através de entrevistas presenciais, com psiquiatras e psicólogos colaboradores do AMBAN-IPq-HC-FMUSP, treinados na aplicação do instrumento utilizado (MINI). Realizou-se teste de confiabilidade e concordância entre os triadores, utilizando como modelo de comparação uma gravação em vídeo de entrevista de avaliação feita por um psiquiatra com dez anos de experiência na utilização do instrumento, obtendo-se 100% de concordância no diagnóstico final.

Os pacientes triados que apresentaram condição clínica, mas não preencheram os critérios deste estudo foram orientados em relação ao seu quadro e encaminhados a centros de referência do setor primário de saúde, clínicas-escola de psicologia e/ou outras pesquisas clínicas que estivessem ocorrendo no IPq e oferecendo tratamento gratuito para participantes com o quadro clínico apresentado (Anexo C). Todos os participantes deste estudo foram registrados como pacientes regulares do Programa de Ansiedade do IPq-HC-FMUSP antes de iniciarem as sessões em grupo; podendo, ao final deste protocolo, continuar o tratamento farmacológico e/ou psicoterapêutico no IPq-HC-FMUSP, quando clinicamente indicados.

Após os participantes assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo D), um gerador de números aleatórios foi utilizado para atribuir o número identificador de cada participante. Para tanto, utilizamos o sítio <http://www.randomization.com>, que distribui, ao acaso, cada participante a um

⁴ A APORTA é uma ONG parceira do AMBAN, cuja missão é promover melhoria na qualidade de vida dos portadores de transtornos de ansiedade e seus familiares, por meio de informação, orientação e apoio. Possuía à época mais de 500 associados. Para maiores informações acessar: <http://www.aporta.org.br/aporta.asp>.

determinado grupo de tratamento, usando o método de aleatorização de blocos permutados (Matts & Lachin, 1988). A aleatorização foi estratificada pelo uso de medicação psicotrópica, de modo que houvesse o mesmo número de pacientes em uso de psicofármacos para o TAG nos dois grupos ($n = 20$, em cada grupo). Sendo assim, o procedimento foi realizado em três etapas: (1) aleatorizados apenas os pacientes em uso de psicofármacos, (2) o mesmo foi feito para o grupo de pacientes que estava sem remédio e (3) três participantes foram incluídos no dia seguinte, por sorteio, após constatarmos que haviam sido excluídos equivocadamente na triagem; deixando o mesmo número total de participantes nos dois grupos. A aleatorização foi realizada no dia 18 de fevereiro de 2016 e pode ser identificada pelas sementes 4282 (para pacientes em uso de psicofármacos) e 23440 (sem psicofármacos) no endereço <http://www.randomization.com>.

Dois participantes acima de 65 anos foram incluídos equivocadamente no estudo, ambos no grupo experimental. Como seus dados não se mostraram discrepantes do restante da amostra (i.e., *outliers*) ambos foram incluídos nas análises.

Este protocolo não ofereceu nenhum outro tratamento clínico concomitante aos participantes. Todos que foram alocados no grupo controle puderam receber a TCBA logo após os três meses de seguimento, e continuaram em acompanhamento psiquiátrico no AMBAN-IPqHC-FMUSP, quando ainda sintomáticos, após as dez sessões de TCBA.

Aos participantes em tratamento farmacológico incluídos no estudo foi solicitado que procurassem não fazer nenhuma alteração no tratamento farmacológico durante as 14 semanas do estudo. Caso houvesse qualquer alteração, deveriam informar a mudança em formulário específico preenchido a cada avaliação (Anexo E), e seguir o protocolo terapêutico normalmente, sem nenhum ônus⁵.

⁵ Apesar de constarem do projeto e terem sido elaborados, por erro de procedimento, os formulários não foram respondidos e as informações sobre alteração no tratamento farmacológico durante o estudo não foram coletadas.

3.2 Protocolos terapêuticos (TCBA e TAND)

Neste subcapítulo apresenta-se uma breve descrição dos protocolos clínicos utilizados neste estudo e de seus processos de elaboração.

3.2.1 A Terapia Comportamental Baseada em Aceitação (TCBA)

A TCBA utilizada nesta pesquisa foi elaborada com base no protocolo desenvolvido por Roemer e Orsillo (2007) e em uma primeira adaptação deste para grupos, realizada por Heatherington (2014), que consistia basicamente em 16 sessões semanais de 1h30 cada. O protocolo elaborado para este estudo (Anexo F) contém dez sessões de até duas horas de duração, sendo as seis primeiras sessões semanais e as quatro últimas quinzenais, totalizando quatorze semanas (três meses e meio).

Alguns motivos nos levaram a optar pelo espaçamento das quatro últimas sessões, são eles: (a) a partir de um estudo piloto não publicado, utilizando TCBA em um grupo com 12 pacientes com transtornos ansiosos mistos, percebemos ser desejável que os participantes tivessem mais tempo para aplicar os conceitos apresentados e avançar na prática dos exercícios de atenção plena (formais e informais) após as primeiras sessões; (b) o espaçamento quinzenal após a sexta sessão aumenta o tempo de acompanhamento dos participantes sem aumentar o número de sessões, o que representa vantagens potenciais em relação à efetividade do protocolo; e, (3) as condições adversas de mobilidade urbana características da cidade de São Paulo, que dificultam o engajamento das pessoas em tratamentos presenciais semanais.

O modelo de espaçamento das sessões foi discutido e avalizado pela Dra. Lizabeth Roemer em reunião científica com a equipe de pesquisadores envolvidos neste projeto em março de 2015. Todos os terapeutas e coterapeutas dos grupos de TCBA eram especialistas em TCC e participaram de 12 horas de treinamento de TCBA com a Dra. Roemer. O autor deste trabalho também realizou um treinamento de 8 horas sobre a utilização da Matriz com um de seus desenvolvedores, Benjamin Shoendorf, em 2012.

Seguindo a estrutura básica do protocolo utilizado em Roemer e Orsillo (2008), as quatro primeiras sessões são dedicadas fundamentalmente à psicoeducação, utilizando

recursos audiovisuais simples, vivências, leituras e formulários de automonitoramento (organizados em folhetos elaborados especificamente para este protocolo). Nela é apresentado o modelo baseado em aceitação: a função das emoções, do papel do julgamento e da esquiva experiencial na produção de sofrimento e de prejuízos funcionais.

A partir da quarta sessão, os participantes foram instruídos e orientados na elaboração de uma avaliação individual de suas dificuldades concernentes ao transtorno, através de uma versão adaptada da ferramenta Matriz (*Matrix*) de Polk e Schoendorff (2014) (Anexo G). A Matriz é um instrumento de avaliação funcional padronizado para focar os processos envolvidos no sofrimento psicológico tal como compreendido pelo modelo de flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2006). O instrumento pode auxiliar na identificação de como os mecanismos psicológicos envolvidos no TAG se aplicam no caso particular de cada paciente. Sua utilização se adequa ao modelo baseado em aceitação, orientando a análise clínica para as relações comportamentais com função de esquiva experiencial e as ações motivadas por valores pessoais eleitos, processos considerados fundamentais pelo modelo para a manutenção do transtorno e para a melhora clínica no TAG. A ferramenta, conforme adaptada para este estudo, evidencia também a perda de recompensas de longo prazo, consequência da restrição comportamental produzida pela esquiva experiencial. Quando finalizada, a Matriz apresenta em uma folha, de forma simples, racional, clara e organizada em eixos cartesianos: (a) as experiências que motivam a esquiva; (b) os prejuízos de longo prazo das estratégias atuais usadas para atenuar, eliminar ou retardar experiências internas desconfortáveis (i.e. esquiva experiencial); (3) a distinção entre ações motivadas por valores pessoais (princípios) e por objetivos de vida (fins), e o impacto disso na ansiedade, no autoconceito e na autoestima; e, (4) a identificação de ações motivadas por valores, e de estratégias alternativas à esquiva experiencial para lidar com as barreiras emocionais que bloqueiam essas ações e consequentemente o contato do cliente com as recompensas (i.e., reforçadores positivos) por elas produzidas, especialmente as intrínsecas e as de longo prazo.

Na segunda metade do processo, o protocolo enfatiza as práticas pessoais e a aplicação diária dos conceitos apresentados nas primeiras sessões, com

automonitoramento e discussão sobre dificuldades e avanços. Uma série de práticas de atenção plena, formais e informais, é ensinada durante as sessões. Os participantes recebem gravações de práticas formais especialmente elaboradas e gravadas para este protocolo, e são instruídos a como utilizá-las em sua prática pessoal. Ao todo são 32 gravações dispostas de modo a favorecer o desenvolvimento gradual das habilidades de atenção plena enfocadas na TCBA. As gravações das guias para prática de atenção plena foram enviadas por correio eletrônico. Aparelhos de MP3 com gravação dos áudios de todas as práticas também foram disponibilizados aos participantes para garantir que todos tivessem fácil acesso ao material. Os participantes foram instruídos a preencher os formulários diários relatando aspectos relevantes de sua experiência durante as práticas.

Incentivados pelos achados citados na introdução deste trabalho e pelo potencial valor agregado à efetividade da TCBA para o TAG, adicionamos ao nosso protocolo de TCBA a técnica de exposição escrita ao pior cenário imaginado (Dugas & Robichaud, 2007). Vale destacar que, de acordo com recomendações das criadoras do protocolo original, a técnica, apesar de oriunda da tradição cognitivo-comportamental mais clássica, foi incorporada com a finalidade de aumentar a disposição (*willingness*) para entrar em contato com a ansiedade, sendo desvirtuada de sua função original (i.e. a promoção de habituação intra-sessão e inter-sessões/ extinção). Para esse fim, nosso protocolo segue basicamente o procedimento do original descrito por Dugas e Robichaud (2007), com algumas adaptações (ver sessão 5 no Anexo F), e a técnica é apresentada aos participantes como um treino que visa aumentar a disposição (*willingness*) e não como uma forma de reduzir ou eliminar a ansiedade.

Como elemento essencial da TCBA, o protocolo contempla também exercícios escritos com o objetivo de identificar direções valiosas, incentivando-os a tentar atividades antes evitadas. Nas duas últimas sessões, desenvolve-se um plano individualizado de manutenção das habilidades adquiridas (Tabela 1).

Tabela 1 - Síntese do conteúdo das sessões de TCBA.

SES-SÃO	CONTEÚDOS
1	Contrato e funcionamento do grupo. Psicoeducação introdutória: “O que são ansiedade e TAG?” Apresentação do modelo baseado em aceitação do TAG: papel das preocupações, evitação experiencial e restrição de comportamental. Explicações em formato de sala de aula interativa, utilizando vivências e leituras organizadas em folhetos (e.g., “A mente ansiosa”).
2	Discussão sobre como o MBA se aplica a cada participante. Apresentação do modelo de tratamento TCBA. Leitura de folhetos com explicações e esclarecimentos de dúvidas (O que é atenção plena? Habilidades da atenção plena; e prática da atenção plena). Estabelecimento de objetivos terapêuticos.
3	Verificação de perguntas sobre os temas discutidos e os folhetos. Prática formal de atenção plena e psicoeducação (emoções primárias e secundárias; dor e sofrimento; objetivos x valores; foco no processo e comportamento baseado em valores). Lição de casa: atividades de identificação de valores.
4	Avaliação funcional, utilizando uma matriz coletiva (Polk e Schoendorff, 2014). Os participantes identificam suas experiências e pensamentos indesejáveis mais importantes e as estratégias comumente utilizadas para eliminá-los ou atenuá-los. Em seguida, explora-se os objetivos e valores de vida, identificando ações consistentemente alinhadas a eles.
5	Metáforas sobre disposição. A exposição escrita ao pior cenário imaginado de Dugas e Robichaud (2007) é apresentada e aplicada em sessão em formato adaptado para um contexto de promoção de disposição, e não visando a extinção. Lição de casa: escrever a descrição do pior cenário possível imaginado no tempo presente e sem neutralização por 15 minutos por dia (todos os dias). Conclusão do diário de autorrelato.
6-9	Estrutura básica da sessão: revisão das tarefas de casa, dificuldade e avanços durante as práticas pessoais, e aplicação diária dos conceitos introduzidos nas primeiras sessões. Avaliação do progresso.
10	Carta de encerramento do terapeuta e dos participantes. Prevenção de recaídas: a diferença entre lapso e recaída. Orientação para lidar com os sintomas e durante os 3 meses de acompanhamento.
Seguimento	Avaliação de lapsos e recaída durante o acompanhamento. Encaminhamento clínico.
P.S.	Da segunda sessão ao acompanhamento, cada sessão começa e termina com uma prática diferente de atenção plena. Os participantes são instruídos e solicitados a praticar a atenção plena todos os dias e a relatar suas práticas em formulários especialmente elaborados para este protocolo. A duração das práticas de atenção plena prescrita é aumentada semanalmente, começando em cinco minutos e chegando a 20 nas últimas sessões.

Fonte: Protocolo elaborado pelo autor da pesquisa com base nos protocolos utilizados em Roemer et al., (2008), e Heatherington, et al., (2014), cedidos pelas respectivas autoras.

3.2.2 *Terapia de Apoio Não-Diretiva (TAND)*

Para o grupo controle (TAND), a partir de modelo semelhante ao utilizado por Savoia & Bernik (2010), elaboramos um protocolo seguindo os padrões propostos por Markowitz (2014) para psicoterapia de apoio breve. Segundo o autor, a maioria dos estudos envolvendo terapias de apoio como controle não utilizam protocolos, devido à natureza não-diretiva dessa terapia. Entretanto, o protocolo de TAND usado neste estudo (Anexo H) foi elaborado com a finalidade de oferecer o controle mais rigoroso possível para fatores comuns e inespecíficos presentes na TCBA que pudessem influenciar nos resultados terapêuticos, observando-se a manutenção de suas características essenciais. Além de dinâmicas e vivências enfocando os processos básicos característicos das terapias de apoio, a TAND aplicada neste estudo utiliza psicoeducação, e apresenta a racional da terapia, enfatizando a eficácia dos processos relativos aos fatores comuns da psicoterapia de grupo. Vale lembrar que a psicoeducação no TAND não adota uma perspectiva teórica particular e não é diretiva: partindo das questões trazidas pelos participantes, são passadas apenas informações gerais sobre o diagnóstico, os sintomas, o tratamento e a epidemiologia do TAG. O terapeuta não apresenta nenhum modelo teórico, mecanismo psicológico, técnica ou estratégia de regulação emocional específica. A oferta de psicoeducação e de uma lógica de tratamento similarmente atraente em ambas as condições visou controlar as diferenças na expectativa de sucesso para o tratamento, um importante fator promotor de mudança em psicoterapia (Weinberger & Rasco, 2007). Assim como na TCBA, os terapeutas iniciam a psicoeducação na primeira sessão.

As sessões seguintes começam com os participantes sendo convidados a relatar eventos da semana, e os temas a serem discutidos emergem espontaneamente de cada sessão. Os terapeutas usam perguntas abertas para que todos participem ativamente e possam se expressar com liberdade, recebendo e oferecendo apoio mútuo. Não é permitido utilizar nenhum recurso estratégico ou técnica específicos com efeito clínico estabelecido para o TAG e/ou que se relacione ao modelo de flexibilidade psicológica (e.g., relaxamento, desafio de crenças, estratégias de enfrentamento ou resolução de problemas, valores, aceitação).

Tabela 2 - O que fazer e o que não fazer na TAND

Fazer	Não fazer
Apresentar a racional e informar sobre a eficácia da TAND. Estabelecer conexão emocional	Agir como um resolvidor de problemas
Psicoeducação inespecífica sobre os sintomas, diagnóstico, tratamento e epidemiologia do TAG.	Psicoeducação sobre modelo teórico, mecanismos ou estratégias de regulação emocional
Dinâmicas de grupo favorecedoras dos processos psicoterapêuticos básicos	Dinâmica de grupo enfocando processos de quaisquer abordagens teóricas específicas.
Ser responsivo aos afetos presentes e reportados	Estruturar rigidamente a sessão
Acompanhar o ritmo do grupo	Ser muito ativo
Encorajar a expressão emocional	Interromper ou tentar modificar os sentimentos do participante
Construir uma aliança terapêutica com responsividade (parafrasear, escutar buscando entender e não modificar)	Interpretar (transferência, resistência) ou propor análises
Validar sentimentos	Ensinar estratégias de regulação emocional

Fonte: Ampliado e adaptado de Markovitz (2014).

Na última sessão, de maneira semelhante ao que ocorre no TCBA, os participantes são convidados a redigir uma carta de despedida e a responder um questionário de avaliação do processo terapêutico (ver sessão 10 de ambos os manuais, nos Anexos F e H), podendo compartilhar seu conteúdo se assim o desejarem.

3.3 Terapeutas

Os terapeutas e coterapeutas da TCBA e da TAND são psicólogos clínicos, com especialização em TCC, além de serem colaboradores do Programa de Ansiedade do IPq-HC-FMUSP. O tempo médio de experiência clínica dos terapeutas foi de 9,0 (DP = 5,0) no TCBA e 12,75 (DP = 9,76) no TAND.

Os terapeutas e coterapeutas de ambos os grupos foram supervisionados em grupo, semanalmente, pelo autor deste projeto.

3.3.1 Aderência

Todas as sessões de TCBA e TAND foram gravadas em áudio e duas delas (ou seja, 20%) foram selecionadas aleatoriamente de cada grupo de terapia (TCBA = 8; TAND = 8) para serem avaliadas por dois avaliadores independentes previamente treinados. Utilizou-se uma lista de verificação de aderência baseada na mesma usada por Roemer et al., (2008), listando 106 estratégias necessárias (aproximadamente 13,25 por sessão; por exemplo, exercícios de atenção plena) e sete estratégias proibidas (por exemplo, foco na mudança de cognições) para a TCBA, e 39 intervenções necessárias (aproximadamente 4,88 por sessão) e 12 estratégias proibidas para TAND (por exemplo, qualquer intervenção TCBA proposta pelo terapeuta) (Anexos I e J). A confiabilidade entre avaliadores foi aferida pela comparação de duas avaliações preenchidas por cada um, uma de cada grupo, com 100% de concordância. Não houve estratégias proibidas nas sessões da TCBA e 92 (86,8%) intervenções necessárias foram classificadas como satisfatoriamente presentes. Na condição TAND, 35 (89,7%) estratégias necessárias foram classificadas como satisfatoriamente presentes. No entanto, houve cinco ocasiões de intervenções proibidas (intervenções diretivas) em três sessões do TAND. No geral, pode-se considerar que os terapeutas mostraram boa aderência aos protocolos.

3.4 Instrumentos e medidas

As medidas da primeira avaliação (pré-tratamento – semana 0) ocorreram uma semana antes da primeira sessão em grupo (semana 1); a avaliação intermediária foi realizada imediatamente antes da sexta sessão (semana 6); a avaliação pós-tratamento ocorreu no dia da décima sessão (semana 14); e a avaliação de seguimento foi realizada três meses após a décima sessão (semana 26). Todas as avaliações incluíram as mesmas medidas clínicas de ansiedade, preocupação, depressão, estresse, qualidade de vida, flexibilidade psicológica, atenção plena e impressões clínicas globais; com

exceção da semana seis, quando foram aplicadas apenas as escalas de desfecho primário (ansiedade, preocupação, impressões clínicas globais) e de processo (atenção plena e flexibilidade psicológica).

As únicas medidas aplicadas por avaliadores, por não serem autoaplicáveis, foram o MINI (Sheehan et al., 1998), a Escala de Impressões Clínicas Globais - *Clinical Global Impressions* (CGI) (NIMH, 1985) e a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A; Hamilton, 1959). As avaliações foram feitas por profissionais com o mesmo perfil dos que realizaram as triagens e todos eram ‘cegos’ em relação ao grupo de alocação dos participantes. Os participantes foram designados aleatoriamente para os avaliadores e todas as medidas de cada participante foram feitas pelo mesmo avaliador, em todos os tempos. Todas as escalas de avaliação clínica foram aplicadas através da utilização do *software Research Electronic Data Capture* (REDCap) (Harris et al., 2009), uma ferramenta eletrônica de captura de dados hospedada na Universidade de São Paulo.

3.4.1 Medidas primárias de eficácia

Os sintomas ansiosos e o grau de preocupação foram medidos pelos seguintes instrumentos:

- Subescalas de ansiedade e estresse da versão brasileira (Vignola & Tucci, 2014) da Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão - *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) versão com 21 itens (DASS-21; Lovibond e Lovibond, 1995), uma medida que gera escores separados de depressão, ansiedade e estresse (07 itens cada). Neste estudo, seguimos Roemer et al., (2008) utilizando as subescalas de ansiedade e estresse como indicadores de ansiedade ictal e tônica, respectivamente. Escores mais altos indicam maior gravidade dos sintomas. As pontuações estão entre 0 e 42 para cada uma das três subescalas. Os escores de corte para os rótulos de gravidade convencional (normal, leve, moderado, grave, extremamente grave) são os seguintes: Ansiedade (0-7; 8-9; 10-14; 14-19; 20+), Estresse (0 -14; 15-18; 19-25; 26-33; 34+). Nessa amostra, utilizando o coeficiente alpha de

Cronbach, as consistências internas para a DASS-stress foram de 80 nos três primeiros tempos de avaliação e 88 na avaliação de seguimento. Para a DASS-ansiedade as consistências internas nas avaliações pré-tratamento, intermediária, pós-tratamento e de seguimento foram respectivamente de ,79; ,77; ,80 e ,86. Os valores para DASS-depressão foram ,89; ,87; ,90; ,89.

- A versão brasileira (Krummer, Cardoso & Teixeira, 2010) da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) (Hamilton, 1959). A HAM-A é um instrumento de 14 itens, aplicado por avaliador, muito utilizada em ensaios clínicos: costuma ser exigida como critério de inclusão em meta-análises sobre o tratamento dos transtornos de ansiedade (75% dos estudos utilizam a escala) (Bandelow et al., 2015). O escore varia entre zero e 54. Quanto maior o escore pior os sintomas ansiosos. As consistências internas da HAM-A foram de ,84; ,81; ,80 e ,86 nos quatro tempos de avaliação.
- O grau de preocupação foi aferido pela versão brasileira (Castilho, Macrini, Cheniaux & Landeira-Fernandes, 2010) do questionário *likert* de preocupação de 16 itens - *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). Os itens vão de 1 (não me adequa) até 5 (extremamente adequado) e o escore varia entre 16 e 80. Escores mais elevados indicam pior quadro clínico. A escala também é amplamente utilizada em estudos com TAG. As consistências internas foram de ,91; 0,89; ,90 e ,92 nos quatro tempos de avaliação.

3.4.2 Medidas secundárias de eficácia

Como medidas secundárias foram utilizadas:

- A versão brasileira (Vignola & Tucci, 2014) da subescala de depressão da DASS (Lovibond & Lovibond, 1995). Os escores variam entre 0 e 42 e quanto mais elevados maior a gravidade dos sintomas. Os valores de corte para os rótulos de gravidade convencionais (normal, leve, moderado, grave, extremamente grave) para a subescala de depressão são (0-9, 10-13, 14-20, 21-27, 28+).
- A versão brasileira (Rocha & Fleck, 2009) do inventário abreviado de qualidade de vida, *Abbreviated Inventory of Quality of Life of the World Health Organization* (WHOQOL-BREF) (Berlim, Pavanello, Caldieraro & Fleck, 2005). O questionário tem 26 itens sendo um para cada uma das 24 facetas contidas no *World Health Organization Quality of Life Inventory* (WHOQOL-100) e dois itens adicionais sobre qualidade de vida geral e saúde geral. Os 24 itens estão organizados em quatro domínios, a saber: saúde física, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Neste estudo, analisamos apenas os três primeiros domínios, pelo meio ambiente ser um fator pouco sensível a mudanças promovidas por intervenções psicológicas. Os escores nos domínios físico, psicológico e social variam de 7 a 35; 6 a 30 e 3 a 15. Escores mais altos indicam melhor qualidade de vida. As consistências internas pré-tratamento, pós-tratamento e no seguimento foram 0,77, 0,77 e 0,81 para a subescala psicológica, 0,78, 0,76 e 0,82, para a subescala física, e 0,72, 0,64 e 0,73 para a subescala social.
- A versão brasileira (Lima, 2007) da Escala de Impressões Clínicas Globais – *Clinical Global Impressions* (CGI; NIMH, 1985). A escala fornece uma medida clínica geral aferida pelo avaliador, que leva em consideração todas as informações disponíveis, incluindo o conhecimento do histórico do paciente, circunstâncias psicossociais, sintomas, comportamento e o impacto dos sintomas na funcionalidade. É composto por duas medidas de apenas um item cada, avaliando: (a) gravidade da psicopatologia, *Clinical*

Global Impressions - Gravidade (CGI-S) e (b) a mudança desde o início do tratamento, *Clinical Global Impressions* – Melhora (CGI-I), em uma escala *likert* de sete pontos. Escores mais altos indicam maior gravidade (CGI-S) dos sintomas ou pior evolução (CGI-I).

3.4.3 Medidas de processo

As medidas do impacto do tratamento nos supostos mecanismos de ação da TCBA foram obtidas através da versão brasileira (Barbosa & Murta, 2015) da segunda versão - com sete itens - do Questionário de Ação e Aceitação - *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) (Bond et al., 2011) e da escala de atenção plena – *Five Facets of Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et. al., 2006, adaptada para o Brasil por Barros, Kazasa, Souza, & Ronzani, 2014). O estudo de validação da versão brasileira da FFMQ propõe sete fatores para os mesmos 39 ítems. No entanto, optamos por manter as cinco facetas originais nas análises deste estudo, por possibilitar comparações com dados da literatura internacional.

A AAQ-II-7 é uma medida unidimensional de sete itens que avalia a esquia experiencial/ flexibilidade psicológica. Os itens são pontuados em uma escala *likert* de sete pontos, variando de 1 (nunca verdadeiro) a 7 (sempre verdadeiro). Escores mais altos indicam níveis mais altos de esquia experiencial e níveis mais baixos de flexibilidade psicológica. As consistências internas do instrumento nos quatro tempos avaliados nessa amostra foram de 0,88; 0,86; 0,88 e 0,91.

A FFMQ é um questionário de 39 itens usado para medir a atenção plena de forma multidimensional para uma análise fatorial de diferentes elementos do construto, divididos em cinco domínios (observar, descrever, agir com consciência, não julgamento da experiência interior e não reatividade à experiência interior). Os itens são pontuados em uma escala *likert* de cinco pontos, variando de 1 (nunca ou muito raramente verdadeiro) a 5 (frequentemente ou sempre verdadeiro). Escores mais altos indicam níveis mais altos de atenção plena (*mindfulness*). É a escala de avaliação de atenção plena com maior número de citações na literatura (revisão em Sauer, 2013). As consistências internas de cada subescala nos quatro tempos de avaliação foram: escore total = 0,43; 0,48, 0,64,

0,56; observar = 0,46, 0,46, 0,66, 0,48; descrever = 0,34, 0,49, 0,71, 0,66; agir com consciência = 0,27, 0,42, 0,52, 0,39; não julgamento = 0,42; 0,41, 0,50, 0,50; e não reatividade = 0,35, 0,35; 0,47, 0,42.

3.5 Análise dos dados

No projeto inicial, o poder do teste para rejeitar a hipótese H_0 foi fixado em 80% e o valor alpha em 5%. Os cálculos das amostras seguiram a metodologia de comparação de duas médias conforme descrito em Chow, Wang e Shao (2007). Os cálculos foram feitos utilizando a linguagem R. Considerando a variável primária de desfecho clínico (eficácia e efetividade) os escores da escala DASS, adotamos $n = 92$, visando garantir o poder de 80%, considerando a expectativa aproximada de abandono (*dropout*) em 25%.

Tabela 3 – Cálculo do n amostral

	n por grupo	Margem	Delta
PSWQ	22	11,5	3,1
DASS-Ansiedade	34	7,0	1,8
DASS-Estresse	14	10,1	-2,9
AAQ-II	11	17,8	0,9

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Os dados foram examinados para assimetria, curtose e *outliers*. Os escores assimétricos [DASS-Ansiedade] foram corrigidos com a técnica de transformação da raiz quadrada.

A análise preliminar comparou a diferença entre os tratamentos ao longo do tempo usando modelos de regressão de efeito misto - *Mixed effects Regression Models* (MRM) no SPSS Versão 23.0 (Hedeker & Gibbons, 2006). Análises separadas foram realizadas para cada variável de desfecho nos quatro tempos (pré-tratamento, intermediária, pós-tratamento e seguimento de três meses). Em função da distribuição desigual no intervalo de tempo entre as avaliações, o tempo foi codificado pelo número da semana a partir da

semana 0 (pré-tratamento) dividido por 10 (0 = avaliação pré-tratamento; 0.6 = avaliação intermediária na semana seis; 1.4 = avaliação pós-tratamento na semana 14; 2.6 = seguimento na semana 26, três meses após a avaliação final). Os modelos foram rodados assumindo-se interceptos e declives em uma matriz de covariância não-estruturada. Nesses modelos lineares hierárquicos aleatórios, o nível 1 modela a mudança individual ao longo do tempo e o nível 2 os fatores inter-participantes. Cada análise de MRM examinou o efeito de mudança total ao longo do tempo (Tempo), a diferença entre TCBA e TAND (Tratamento) atribuindo-se TAND = 0 e as diferenças nas mudanças ao longo do tempo por tratamento (Tempo X Tratamento). Para avaliar a manutenção de ganhos, as análises MRM foram repetidas apenas entre o pós-tratamento e o seguimento.

Três índices de mudança clínica foram examinados: a resposta clínica, o tamanho de efeito e o índice de mudança confiável. A resposta clínica, seguindo Borkovec e Costello (1993) e Roemer et al., (2008), foi definida como redução de 20% ou mais no escore de pelo menos três das quatro medidas primárias de desfecho clínico. Neste estudo, as medidas primárias foram HAMA, PSWQ, DASS-Ansiedade, e DASS-Estresse. Para o tamanho de efeito intragrupo foi utilizado o teste *d* de Cohen, considerando $d = (M1-M2)/(DP1)$ (McGough & Faraone, 2009). O Índice de Mudança Confiável - *Reliable Change Index* (RCI)⁶ (Jacobson & Truax, 1991) é um método de cálculo da mudança estatisticamente confiável de uma medida ao longo do tempo. Quando o RCI é maior que 1,96 as mudanças nos escores são consideradas confiáveis (Jacobson & Truax, 1991). O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar se houve diferença entre os grupos.

Para o teste de correlação entre o aumento da FP e da atenção plena e a redução dos escores de gravidade dos sintomas ansiosos (DASS-ansiedade, DASS- estresse, PSWQ e HAMA), depressivos (DASS-depressão), bem como o aumento na qualidade de vida nos dois grupos, foi usado o teste de correlação de Pearson dos ganhos residuais. A análise do ganho residual é uma forma de olhar para o escore final (pós-tratamento) controlando os efeitos do escore basal (pré-tratamento).

⁶As análises de RCI foram feitas pelo critério B de Jacobson e Truax (1991) utilizando o *softwer* estatístico online Psicoinfo, encontrado no endereço <http://www.psicoinfo.ufscar.br/conteudo/indice-de-mudanca-confiavel>.

3.5.1 Dados ausentes

Os modelos de regressão de efeito misto analisam dados usando a estimativa de probabilidade máxima para representar dados ausentes, a qual presume que a ausência de dados é aleatória. Assim, seguindo as recomendações de Hedeker e Gibbons (1997), o efeito do padrão de ausência (completadores *versus* não-completadores) sobre a taxa de variação por condição de tratamento foi verificado para cada uma das variáveis primárias de desfecho clínico. Para cada variável primária de desfecho clínico houve efeitos não significativos relacionados à condição do Completador X Tempo X Grupo de Tratamento (p's de 0,36 a 0,98). Esses resultados indicam que a estimativa de probabilidade máxima foi um método apropriado para a análise dos dados.

4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os dados relativos às análises de: caracterização sociodemográfica da amostra, variância das medidas clínicas basais, taxa de abandono, aderência dos terapeutas aos protocolos, desfechos clínicos primários e secundários, resposta e significância clínicas, e de variáveis de processo (mecanismos putativos).

4.1 Análises preliminares

Praticamente 74% da amostra era composta por mulheres, 69,5% tinham curso superior e as comorbidades psiquiátricas mais comuns foram depressão (60,9%) e transtorno de pânico (41,3%)⁷.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra analisada

	Total n=92	Intervenção		P*
		TAND n=46	TCBA n=46	
Gênero				
Feminino	68 (73,9%)	34 (73,9%)	34 (73,9%)	1,000
Masculino	24 (26,1%)	12 (26,1%)	12 (26,1%)	
Idade (meses)				
Média ±DP	36,5 ±12,4	34,8 ±10,6	38,3 ±13,9	,176
Escolaridade				
Fundamental	2 (2,2%)	0 (0,0%)	2 (4,3%)	,157
Médio	26 (28,3%)	14 (30,4%)	12 (26,1%)	,649
Superior	64 (69,5%)	32 (69,6%)	32 (69,6%)	1,000
Estado Civil				
Casado/ Amasiado	23 (25,0%)	13 (28,3%)	10 (21,7%)	,467
Solteiro / Desquitado	69 (75,0%)	33 (71,7%)	36 (78,3%)	,470
Tratamento psiquiátrico prévio				
Sim	38 (41,3%)	19 (41,3%)	19 (41,3%)	1,000

⁷ Dependência química não aparece por ter sido critério de exclusão.

Não	54 (58,7%)	27 (58,7%)	27 (58,7%)	1,000
Tratamento psiquiátrico atual	33 (35,9%)	16 (34,8%)	17 (36,9%)	,835
Comorbidades				
Depressão maior atual	56 (60,9%)	28 (60,9%)	28 (60,9%)	1,000
Pânico atual	38 (41,3%)	17 (37,0%)	21 (45,7%)	,397
Agorafobia	26 (28,3%)	16 (34,8%)	10 (21,7%)	,165
Fobia social	19 (20,7%)	11 (23,9%)	8 (17,4%)	,440
Risco de suicídio	12 (13,0%)	6 (13,0%)	6 (13,0%)	1,000

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Usando o test F de Lavene para a análise de variância unidirecional (ANOVA), a única medida que apresentou diferença basal entre os grupos foi o domínio psicológico da WHOQOL, maior no TCBA [$F(1, 90) = 4,27, p = ,04$]. Os valores para as demais medidas foram DASS-Ansiedade [$F(1,90) = 1,16, p = 0,28$], DASS-Estresse [$F(1, 90) = 2,47, p = 0,12$], HAM-A [$F(1,89) = 0,23, p = 0,63$], PSWQ [$F(1,90) = 0,006, p = 0,94$] WHOQOL-físico [$F(1, 90) = 0,69, p = ,41$], WHOQOL-social [$F(1, 90) = 0,16, p = ,69$], DASS-Depressão [$F(1, 90) = 0,29, p = ,59$], AAQ-II [$F(1, 90) = 1,14, p = ,29$], FFMQ-total [$F(1, 90) = 0,62, p = ,43$], FFMQ-descrever [$F(1, 90) = 0,05, p = ,83$], FFMQ-consciência [$F(1, 90) = 0,47, p = ,49$], FFMQ-não julgamento [$F(1, 90) = 0,37, p = ,85$], FFMQ-não reatividade [$F(1, 90) = 0,95, p = ,33$].

Em relação à aderência ao tratamento, a taxa de abandono foi maior do que a esperada nos dois grupos (TCBA $n = 25$ ou 54%; TAND $n = 23$ ou 50%). Apesar de não haver diferença entre os grupos, observou-se padrões temporais bastante distintos em relação ao momento do abandono. A maioria dos participantes do TAND abandonou o tratamento antes da avaliação intermediária (i.e., semana seis; $n = 19$ ou 41,6%), e a taxa de abandono após a semana seis foi relativamente baixa ($n = 4$ ou 8,7%). No TCBA observamos uma taxa de abandono estável, ao compararmos o número de desistentes até a semana seis ($n = 12$ ou 26%) com os que desistiram após a semana 12 ($n = 13$ ou 28,2%). O cálculo do qui-quadrado mostrou que os participantes do TAND abandonaram mais precocemente o tratamento $X^2(1, N = 48) = 6,3; p = ,01$.

Os principais motivos para desistência foram: a impossibilidade de comparecer no horário (antes mesmo de iniciar a terapia $n = 7$; TCBA $n = 5$; TAND $n = 3$) e a necessidade

de faltar a mais sessões do que o permitido pelo protocolo (TCBA n = 10; TAND n = 4), seguido por não ter se adaptado ao formato em grupo (TCBA n = 1; TAND n = 5) e não ter acreditado no tratamento (TCBA n = 0; TAND = 3).

4.2 Aderência dos terapeutas aos protocolos

Todas as sessões de TCBA e TAND foram gravadas em áudio e duas sessões de cada grupo de terapia (20% do total) foram selecionadas aleatoriamente e avaliadas por dois avaliadores independentes previamente treinados (TCBA = 8; TAND = 8). A confiabilidade entre avaliadores foi avaliada utilizando uma gravação de cada grupo, com 100% de concordância. Usamos uma lista de verificação de aderência à TCBA, baseada na lista utilizada por Roemer et al., (2008), listando 106 (aproximadamente 13,25 por sessão) estratégias exigidas (por exemplo, exercícios de atenção plena no início da sessão) e sete estratégias proibidas (por exemplo, foco em mudanças cognitivas) (Apêndice I). Para as sessões de TAND (Apêndice J) foram listadas 39 intervenções especificamente necessárias (média de 4,88 por sessão) e doze estratégias proibidas (por exemplo, qualquer intervenção diretiva ou presente no protocolo de TCBA). Nenhuma estratégia proibida foi identificada nas sessões de TCBA, e 92 (86,8%) intervenções necessárias foram classificadas como satisfatoriamente presentes. Da mesma forma, no TAND, 35 (89,7%) estratégias exigidas foram classificadas como satisfatoriamente presentes, e apenas cinco intervenções proibidas foram identificadas, todas relativas à postura mais diretiva do terapeuta. No geral, podemos considerar que os terapeutas mostraram uma boa adesão aos protocolos.

4.3 Eficácia

As médias e os desvios-padrão de todas as medidas clínicas em cada um dos quatro momentos de avaliação são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Médias e desvios-padrão das medidas clínicas

	<i>Pré-tratamento</i> <i>m (DP)</i> TCBA N = 46 TAND N = 46	<i>Intermediária</i> <i>m (DP)</i> TCBA N = 34 TAND N = 27	<i>Pós-tratamento</i> <i>m (DP)</i> TCBA = 21 TAND N = 23	<i>Seguimento</i> <i>m (DP)</i> TCBA = 21 TAND N = 23
Desfechos Primários				
DASS-ansiedade				
TCBA	13,48 (8,75)	10,41 (6,75)	6,48 (6,84)	7,05 (8,21)
TAND	15,39 (8,27)	12,67 (7,67)	9,39 (7,64)	11,30 (9,00)
DASS-estresse				
TCBA	22,65 (8,23)	17,76 (6,71)	12,67 (7,14)	13,81 (7,07)
TAND	25,35 (8,22)	19,93 (8,24)	17,57 (7,56)	21,91 (9,90)
HAM-A				
TCBA	28,16 (10,98)	18,24 (8,41)	11,81 (6,54)	12,84 (8,26)
TAND	27,13 (9,20)	20,57 (8,37)	16,17 (7,33)	19,00 (9,61)
PSWQ				
TCBA	66,33 (11,29)	60,47 (8,48)	53,10 (10,61)	55,55 (9,68)
TAND	66,15 (9,91)	64,93 (10,14)	62,04 (10,20)	63,65 (11,68)
Desfechos secundários				
CGI-S				
TCBA	5,65 (1,04)	5,15 (0,78)	4,62 (0,97)	4,4 (1,15)
TAND	5,52 (0,89)	5,19 (0,88)	4,74 (1,10)	4,91 (1,12)
CGI-I				
TCBA	-	4,24 (1,32)	2,81 (0,98)	3,10 (1,81)
TAND	-	3,96 (1,06)	3,96 (1,06)	4,65 (1,67)
WHOQOLfísico				
TCBA	51,48 (16,71)	-	72,28 (10,53)	70,58 (11,00)
TAND	48,53 (17,36)	-	64,44 (15,17)	56,22 (20,46)
WHOQOLpsico				
TCBA	46,56 (14,36)	-	61,31 (14,01)	62,50 (13,0)
TAND	39,68 (17,45)	-	52,54 (15,17)	46,92 (16,72)
WHOQOLsocial				
TCBA	48,73 (23,76)	-	60,32 (20,05)	58,73 (18,53)
TAND	46,92 (19,83)	-	52,54 (18,37)	49,28 (19,93)
DASS-depressão				
TCBA	15,74 (10,24)	13,35 (9,16)	9,52 (11,12)	9,52 (9,92)
TAND	16,91 (10,72)	11,41 (9,72)	11,57 (8,82)	16,00 (10,58)
Medidas de processo				
AAQ				
TCBA	32,30 (9,48)	30,76 (6,42)	24,00 (7,47)	23,75 (10,19)

TAND	34,28 (8,27)	34,4 (8,33)	31,04 (8,15)	30,83 (9,05)
FFMQobser				
TCBA	24,70 (6,52)	24,38 (5,49)	26,76 (6,25)	27,20 (5,61)
TAND	23,61 (6,70)	22,81 (6,20)	24,52 (7,68)	23,83 (7,63)
FFMQ-descr				
TCBA	26,83 (6,49)	26,65 (6,67)	27,86 (6,33)	28,05 (6,09)
TAND	27,15 (8,03)	23,93 (8,39)	26,48 (8,02)	26,52 (8,06)
FFMQagir				
TCBA	24,67 (9,03)	23,91 (7,51)	26,81 (8,23)	26,00 (9,54)
TAND	23,48 (7,63)	22,37 (7,69)	24,91 (7,22)	22,65 (8,08)
FFMQnjul				
TCBA	22,80 (9,61)	24,62 (7,22)	29,24 (5,96)	28,20 (8,23)
TAND	23,15 (7,68)	24,00 (7,43)	26,52 (7,70)	25,39 (7,54)
FFMQnreat				
TCBA	15,48 (4,34)	14,85 (3,71)	19,43 (6,12)	18,55 (4,89)
TAND	14,59 (4,47)	14,26 (4,35)	15,26 (5,00)	15,22 (5,71)
FFMQtotal				
TCBA	114,48 (20,93)	114,41 (14,37)	130,1 (21)	128 (20,17)
TAND	111,98 (18,7)	107,37 (22,4)	117,7 (21,87)	113,61 (22,06)

TCBA = Terapia comportamental baseada em aceitação; TAND = Terapia de apoio não diretiva; DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM-A = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State; CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – Gravidade; CGI-I = Escala de impressões clínicas globais – Melhora; WHOQOLfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQOLpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQOLsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Na tabela 6 estão os dados da análise comparativa entre os grupos usando modelos de regressão de efeitos mistos (MRM). Os MRM para DASS-estresse e HAM-A demonstraram efeito significativo quanto ao Tempo e Tempo X Tratamento, mas não quanto ao tratamento, indicando que houve redução de sintomas em ambos os grupos durante o atendimento e o seguimento, assim como a taxa de mudança foi mais rápida (maior) para os participantes submetidos à TCBA. De modo semelhante, houve efeito significativo quanto ao Tempo x Tratamento para o PSWQ, mas não efeitos importantes quanto ao Tempo ou Tratamento, indicando que os participantes submetidos à TCBA experimentaram uma redução mais rápida (maior) no grau de preocupações, se comparados com os participantes da TAND. Para a DASS ansiedade, houve um efeito importante quanto ao Tempo, porém, efeitos não-significativos para Tratamento ou Tempo

X Tratamento, o que indica que os clientes em ambos os tratamentos experimentaram redução significativa em seus sintomas, independentemente da condição de tratamento. Em termos clínicos, os dados mostram que, com exceção da escala DASS ansiedade, todas as medidas de desfecho clínico primário mostraram melhora significativamente maior no grupo TCBA em comparação ao TAND.

A única variável secundária de resposta clínica que apresentou alguma diferença entre os grupos foi o domínio físico da WHOQOL, com efeito significativo quanto a Tempo x Tratamento, mas não quanto ao Tempo ou Tratamento, indicando que os participantes submetidos à TCBA experimentaram um aumento mais rápido (maior) de qualidade de vida nesse domínio do que aqueles que participaram da TAND⁸.

Tabela 6 - Resultados dos modelos de regressão de efeitos mistos (MRM) que analisam a mudança durante todo o tratamento e seguimento comparando os dois grupos (TCBA e TAND).

	<i>Estimativa</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>	<i>95% IC</i>
Desfechos Primários						
DASS-ansiedade ^a						
Tempo	-1,70	0,51	-3,35	48,65	,002	-2,72, -0,68
Tratamento	-1,68	1,61	-1,04	90,12	,30	-4,89, 1,52
Tratamento X Tempo	-0,70	0,73	-0,96	50,02	,34	-2,16, 0,76
DASS-estresse						
Tempo	-0,16	0,08	-2,04	48,86	,046	-0,33, -0,003
Tratamento	-0,22	0,17	-1,28	88,39	,020	-0,56, 0,12
Tratamento X Tempo	-0,24	0,12	-2,06	49,54	,044	-0,48, -0,006
HAM-A						
Tempo	-3,37	0,71	-4,73	41,87	<,001	-4,81, -1,93
Tratamento	0,39	1,87	0,21	86,22	,84	-3,34, 4,12
Tratamento X Tempo	-2,62	1,03	-2,54	42,34	,02	-4,70, -0,54
PSWQ						
Tempo	-1,34	0,81	-1,65	45,69	,11	-2,97, 0,30
Tratamento	-0,78	1,94	-0,40	90,78	,67	-4,63, 3,06
Tratamento X Tempo	-3,30	1,18	-2,80	47,11	,007	-5,67, -0,93

⁸ Os dados da análise de MRM comparando as variáveis de processo AAQ-II e FFMQ dos grupos TCBA e TAND estão na tabela 11 do capítulo 4.6 - Desfechos Secundários e Mecanismos Putativos.

Desfechos secundários**CGI-S**

Tempo	-0,28	0,10	-2,94	48,95	,005	-0,47, -0,09
Tratamento	0,19	0,18	1,06	87,60	,29	-0,16, 0,53
Tratamento X Tempo	-0,33	0,14	-2,38	50,00	,02	-0,60, -0,05

WHOQOL-físico

Tempo	-0,70	2,94	-0,24	46,56	,81	-6,61, 5,21
Tratamento	2,53	3,44	0,73	89,87	,46	-4,32, 9,37
Tratamento X Tempo	3,84	1,88	2,04	46,77	,047	0,05, 7,62

WHOQOL-psico

Tempo	1,92	2,65	0,73	48,54	,47	-3,40, 7,25
Tratamento	6,15	3,20	1,92	90,64	,058	-0,20, 12,51
Tratamento X Tempo	2,01	1,70	1,19	48,64	,24	-1,40, 5,42

WHOQOL-social

Tempo	-2,44	3,48	-0,70	58,03	,49	-9,40, 4,52
Tratamento	2,11	4,42	0,48	92,26	,64	-6,67, 10,89
Tratamento X Tempo	3,39	2,22	1,53	58,10	,13	-1,06, 7,84

DASS-Depressão

Tempo	-0,26	0,75	-0,35	45,71	,73	-1,78, 1,25
Tratamento	0,25	1,88	0,13	90,04	,90	-3,50, 3,99
Tratamento X Tempo	-2,02	1,08	-1,86	46,33	,07	-4,21, 0,16

TCBA = Terapia comportamental baseada em aceitação; TAND = Terapia de apoio não diretiva; DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM-A = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State. CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – gravidade; WHOQOLfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQOLpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQOLsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais.

^aEsses números têm como base a conversão em raiz quadrada dos escores de DASS-ansiedade.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

4.4 Manutenção de ganhos

Para analisar especificamente a manutenção de ganhos do pós-tratamento até o seguimento após três meses, os modelos de MRM acima foram repetidos apenas com esses dois momentos.

Tabela 7 - Resultados dos modelos de regressão de efeitos mistos que analisam a manutenção de ganhos do pós-tratamento até o seguimento (semana 26).

		<i>Estimativa</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>	<i>95% IC</i>
Desfecho primário							
DASS-Ansiedade ^a							
	Tempo	1,91	1,69	1,14	44,00	,26	-1,48, 5,31
	Tratamento	-2,92	2,14	-1,36	44,00	,18	-7,23, 1,40
	Tratamento X Tempo	-1,34	2,44	-0,55	44,00	,58	-6,26, 3,58
DASS-Estresse							
	Tempo	0,45	0,18	2,44	44,00	,02	0,08, 0,82
	Tratamento	-0,66	0,27	-2,45	44,00	,02	-1,21, -0,12
	Tratamento X Tempo	-0,27	0,27	-1,03	44,00	,31	-0,81, 0,26
HAM-A							
	Tempo	2,36	1,20	1,97	40,00	,056	-0,06, 4,78
	Tratamento	-4,36	2,05	-2,12	44,00	,04	-8,50, -0,22
	Tratamento X Tempo	-1,09	1,74	-0,62	40,00	,54	-4,60, 2,43
PSWQ							
	Tempo	1,61	1,33	1,21	43,08	,23	-1,08, 4,30
	Tratamento	-8,95	3,07	-2,92	44,00	,006	-15,13, -2,77
	Tratamento X Tempo	0,59	1,95	0,30	43,22	,76	-3,34, 4,53
Desfecho secundário							
CGI-S							
	Tempo	0,14	0,17	0,85	44,00	,40	-0,20, 0,49
	Tratamento	0,64	0,54	1,18	44,00	,25	-0,46, 1,73
	Tratamento X Tempo	-0,54	0,25	-2,19	44,00	,03	-1,04, -0,04
WHOQOLfísico							
	Tempo	-12,30	4,33	-2,84	44,00	,007	-21,02, -3,57
	Tratamento	0,22	5,71	0,04	44,00	,97	-11,28, 11,73
	Tratamento X Tempo	5,44	2,78	1,96	44,00	,056	-0,15, 11,03
WHOQOLpsico							
	Tempo	-10,35	4,26	-2,43	44,00	,02	-18,94, -1,76
	Tratamento	0,83	6,62	0,13	44,00	,90	-12,51, 14,18
	Tratamento X Tempo	5,67	2,73	2,07	44,00	,044	0,16, 11,18
WHOQOLsocial							
	Tempo	-4,11	7,02	-0,59	44,00	,56	-18,25, 10,02
	Tratamento	5,83	10,26	0,59	44,00	,57	-14,86, 26,51
	Tratamento X Tempo	1,40	4,50	0,31	44,00	,76	-7,67, 10,46
DASS-Depressão							
	Tempo	3,70	1,31	2,81	44,00	,007	1,04, 6,34

Tratamento	3,13	4,61	0,68	44,00	,50	-6,16, 12,42
Tratamento X Tempo	-3,70	1,90	-1,94	44,00	,059	-7,53, 0,14

Tratamento (TAND=0, TCBA=1), Tempo (Pós-tratamento = 0, seguimento = 1). TCBA = Terapia comportamental baseada em aceitação; TAND = Terapia de apoio não diretiva; DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM-A = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State. CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – gravidade; WHOQOLfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQOLpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQOLsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais.

^aEsses números têm como base a conversão em raiz quadrada dos escores de DASS-ansiedade.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

De acordo com os dados da tabela 7 houve um efeito significativo do tempo sobre o DASS-estresse, indicando que os escores, em média, aumentaram do pós-tratamento ao seguimento. A escala também apresentou diferença nos efeitos do Tratamento, mas a significância se perdeu nos efeitos Tempo X Tratamento; o mesmo ocorrendo com a PSWQ. Nenhum dos efeitos relacionados ao Tempo X Tratamento foram significativos, indicando não haver diferença entre os grupos na manutenção dos ganhos clínicos. Em relação às medidas secundárias houve efeito significativo do tempo sobre a redução dos scores nos domínios físico e psíquico da WHOQOL e aumento dos escores da DASS-depressão. O efeito Tempo X Tratamento foi significativo sobre a CGI-S e a WHOQOL-psico e observou-se uma tendência ao mesmo efeito sobre ao domínio físico da WHOQOL e a DASS-depressão, sempre na direção da superioridade clínica da TCBA sobre a TAND.

Na análise do tamanho de efeito das medidas primárias e secundárias de desfecho, do pré-tratamento ao seguimento, os valores *d* variaram entre 0,74 e 1,49 para a TCBA e de 0,50 a 0,95 para a TAND, conforme tabela 8. Seguindo o critério estabelecido por Cohen (1988) de que os valores de '*d*' maiores e igual a 0,8 são considerados tamanho de efeito grande, entre 0,5 e 0,79 médio, e entre 0,2 e 0,49 pequeno, a TCBA mostrou tamanhos de efeito grandes para todas as medidas primárias de desfecho nos dois tempos, com exceção da DASS-ansiedade (*d*=0,74) que apresentou tamanho de efeito médio no seguimento. No TAND as medidas primárias de desfecho apresentaram: (a) tamanho grande de efeito, na DASS-stress no pós-tratamento e na CGI-S e na HAM-A no pós-tratamento e no seguimento; (b) tamanho de efeito médio na DASS-ansiedade no pós-tratamento e pequeno (limítrofe com médio) no seguimento; e, (c) tamanho de efeito pequeno no PSWQ pós-tratamento e seguimento, e na DASS-stress no seguimento.

Em relação às medidas secundárias, no póstratamento, a TCBA produziu tamanho de efeito grande nos domínios físico e psicológico da WHOQOL e pequeno no domínio social, enquanto observou-se tamanho de efeito médio para a DASS-depressão. A única diferença qualitativa (categórica) entre os tamanhos de efeito encontrados nos dois grupos foi no domínio psicológico da WHOQOL, em que a TAND produziu tamanho de efeito médio. No seguimento os tamanhos de efeito do TCBA se mantiveram categoricamente iguais enquanto no TAND observou-se tamanho de efeito pequeno para todas as medidas secundárias. O TAND também apresentou tamanho de efeito pequeno em todas as facetas da FFMQ e na AAQ-II nos dois tempos. Já o TCBA atingiu tamanho de efeito grande na AAQ-II, nos dois tempos, e na faceta não reatividade no pós-tratamento. No seguimento, as facetas não-julgamento, não-reatividade e o escore total da FFMQ atingiram tamanho de efeito médio, e as demais facetas apresentarem tamanho de efeito pequeno.

Tabela 8 - Medida do tamanho de efeito intragrupo (d de Cohen) nos grupos para cada variável de desfecho e de processo, do pré-tratamento ao pós-tratamento e do pré-tratamento ao seguimento.

Do pré-tratamento ao pós-tratamento		
	TCBA	TAND
Desfecho primário		
DASS-ansiedade	0,80	0,73
DASS-estresse	1,21	0,95
HAMA	1,49	1,19
PSWQ	1,17	0,41
Desfecho secundário		
CGI-S	0,99	0,88
WHOQOLfísico	1,24	0,92
WHOQOLpsico	1,03	0,74
WHOQOLsocial	0,49	0,28
DASSdepressão	0,61	0,50
Medidas de processo		
AAQ-II	0,88	0,39
FFMQobser	0,32	0,03
FFMQdescr	0,16	0,08

FFMQagir	0,24	0,19
FFMQnjul	0,67	0,44
FFMQnreat	0,91	0,15
FFMQtotal	0,75	0,31
Do pré-tratamento ao seguimento		
Desfecho primário		
DASS-ansiedade	0,74	0,49
DASS-estresse	1,07	0,42
HAMA	1,40	0,88
PSWQ	0,96	0,25
Desfecho secundário		
CGI-S	1,45	0,68
WHOQOLfísico	1,14	0,44
WHOQOLpsico	1,11	0,42
WHOQOLsocial	0,42	0,12
DASS-depression	0,60	0,09
Medidas de processo		
AAQ-II	0,90	0,42
FFMQobser	0,38	0,14
FFMQdescr	0,19	0,08
FFMQagir	0,15	0,11
FFMQnjul	0,56	0,29
FFMQnreat	0,71	0,14
FFMQtotal	0,65	0,09

TCBA = Terapia comportamental baseada em aceitação; TAND = Terapia de apoio não diretiva; DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM-A = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State. CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – gravidade; WHOQOLfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQOLpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQOLsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais. ; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

4.5 Significância clínica

No pós-tratamento, 66,7% dos clientes no grupo de TCBA e 47,8% no grupo de TAND responderam ao tratamento, mas a diferença não atingiu significância estatística. O grupo TCBA manteve a mesma taxa de resposta no seguimento, enquanto no TAND a taxa de resposta diminuiu para 34,8%. Essa diferença foi significativa.

A análise da resposta clínica considerando a amostra por Intenção de Tratar - *Intent To Treat* (ITT) através do método da última observação repetida adiante (LOCF, *Last Observation Carried Forward*) incluiu os participantes que abandonaram o estudo após a avaliação intermediária (semana 06) e apresentou dados bastante similares aos observados nos que completaram o tratamento, respectivamente, para o grupo TCBA e para o TAND, no pós-tratamento (64,7% [23/34] e 44,4% [12/27]) e no seguimento (64,7% [23/34] e 33,3% [9/27]). Como na literatura nem todos os estudos apresentaram os dados da análise ITT (e.g. Hayes-Skelton et al., 2013), os dados comparativos sobre significância clínica foram analisados na amostra de completadores.

Ao analisar o Índice de Mudança Confiável - *Reliable Change Index* (RCI) (Jacobson & Truax, 1991) em três de quatro medidas primárias de eficácia, foram verificados padrões similares ao obtido com a análise pela condição de respondedor - embora não tenha sido observada a diferença entre os grupos em nenhum dos tempos, pelo teste do qui-quadrado.

É comum ensaios clínicos testando intervenções psicológicas no TAG calcularem a Mudança Confiável e a Recuperação (i. e. retorno a escores considerados normais na população geral) utilizando apenas os escores da PSWQ (Craigie, Rees, Marsh, & Nathan, 2008; McEvoy et al., 2014).

Nesse cálculo, o teste qui-quadrado encontrou diferença significativa entre o RCI dos dois grupos, com o TCBA produzindo taxa significativamente maior de mudança confiável no pós-tratamento e no seguimento. Enquanto 42,9% dos participantes do TCBA apresentaram recuperação, nenhum participante da TAND atingiu esse *status* no pós-tratamento. No seguimento, a taxa de recuperação do TCBA caiu e dois pacientes atingiram status para recuperação no TAND; entretanto, ainda se observa uma tendência de superioridade da TCBA sobre a TAND ($p = ,07$).

Tabela 9 - Porcentagem dos participantes que completaram o tratamento (n=44) e que cumpriram os critérios para status de respondedor e mudança confiável no pós-tratamento e seguimento.

Respondedores (20% em 3 de 4 medidas)				
	TCBA	TAND	X ²	p
Pós-tratamento	66,7% (14/21)	47,8% (11/23)	1,59	,21
Seguimento	66,7% (14/21)	34,8% (8/23)	4,46	,04
Mudança Confiável (em 3 de 4 medidas)				
Pós-tratamento	61,9% (13/21)	39,1% (9/23)	2,28	,13
Seguimento	42,8% (9/21)	21,7% (5/23)	2,26	,13
Mudança Confiável (PSWQ)				
Pós-tratamento	71,4% (15/21)	21,7% (5/23)	10,91	,003
Seguimento	66,7% (14/21)	17,39% (4/23)	11,02	< ,001
Recuperação (retorno a valores normais)				
Pós-tratamento	42,9% (9/21)	0% (0/23)	_a	-
Seguimento	28,57% (6/21)	8,7% (2/23)	3.36	,07

Nota: Foram considerados recuperados os participantes que apresentaram melhora confiável e escore inferior ou igual a 47 na PSWQ. ^aO teste utilizado não aceita valor zero.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

4.6 Correlações e mecanismos putativos

Conforme esperado, o escore do AAQ-II basal (pré-tratamento), bem como os escores de três subescalas do FFMQ (i.e. agir com consciência, não julgamento e não reatividade), apresentou correlação com os valores basais de todas as medidas primárias de eficácia. Quanto menos atenção plena ou flexibilidade psicológica maior a gravidade sintomática nessas escalas. As medidas secundárias de sintomas depressivos e qualidade de vida também estão correlacionadas com todas as medidas primárias, a AAQ-II, e com as mesmas referidas facetas da FFMQ (tabela 10).

Tabela 10 - Correlação de Pearson (bicaudal) e significância (valor p) para os valores basais (pré-tratamento) das medidas de desfecho, e de processo (n=92)⁹.

	HAM	CGI-S	WHO Q físico	WHO Q psico	WHO Q social	DASS dep	DASS ans	DASS est	PSWQ	AAQ-II	FFMQ Q obser	FFMQ descr	FFMQ agir	FFMQ njul	FFMQ nreat	FFMQ Q total
HAM	1															
CGI-S	0,72** *	1														
WHO Q físico	- 0,56** *	- 0,46** *	1													
WHO Q psico	- 0,59** *	- 0,39**	0,61***	1												
WHO Q social	- 0,31**	-0,20	0,48***	0,47***	1											
DASS dep	0,56** *	0,36**	-0,6***	- 0,77***	- 0,47***	1										
DASS ans	0,65** *	0,58** *	- 0,49***	- 0,48***	-0,31**	0,49** *	1									
DASS est	0,52** *	0,41** *	- 0,51***	- 0,67***	-0,21*	0,63** *	0,63** *	1								
PSWQ	0,38**	0,31**	-0,38**	- 0,47***	-0,20	0,47** *	0,25*	0,42** *	1							
AAQ-II	0,45** *	0,31**	- 0,49***	- 0,56***	- 0,40***	0,62** *	0,33**	0,39**	0,57** *	1						
FFMQ obser	-0,05	0,11	0,10	0,22*	0,04	-0,12	0,00	-0,03	-0,15	0,02	1					

⁹ Os dados da HAM-A (semana 0) de um participante do grupo controle foram perdidos. Portanto as análises envolvendo essa medida foram calculadas com n = 91.

FFMQ descr	-0,12	-0,07	0,10	0,27*	0,25*	-0,12	-0,15	-0,05	-0,02	-0,18	0,16	1				
FFMQ agir	-0,22*	-0,22*	0,20	0,35**	0,08	-0,26*	-0,14	-0,26*	-0,23*	-0,38**	0,04	0,26*	1			
FFMQ njul	- 0,37**	- 0,29**	0,23*	0,29**	0,30**	-0,31**	-0,24*	-0,3**	-0,36**	- 0,56** *	-0,18	0,07	0,38**	1		
FFMQ nreat	-0,22*	-0,06	0,13	0,25*	0,15	-0,31**	-0,13	-0,33**	-0,24*	-0,26*	0,24*	0,11	0,11	0,11	1	
FFMQ total	- 0,36**	-0,22*	0,28**	0,50***	0,30**	- 0,40** *	-0,25*	-0,35**	-0,36**	- 0,52** *	0,38**	0,59** *	0,72** *	0,58** *	0,44** *	1

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State; CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – Gravidade; WHOQfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Para a matriz de correlação entre as variações de todas as escalas entre o pré e o pós-tratamento em ambos os grupos (tabela 11) foi utilizado o coeficiente de correlação dos ganhos residuais de Pearson, controlando para a pontuação obtida na linha de base. Nela pode-se observar os dados relativos à correlação entre o aumento de flexibilidade psicológica e atenção plena e a diminuição nos escores das escalas de desfecho clínico primário e secundário.

Tabela 11 - Correlação de Pearson do ganho residual do pré ao pós-tratamento (semana zero a semana 14) das medidas de desfecho e de processo nos dois grupos.

	HAM	CGI-S	WHOQ físico	WHOQ psico	WHOQ social	DASS dep	DASS ans	DASS est	PSWQ	AAQ-II	FFMQ obser	FFMQ descr	FFMQ agir	FFMQ njul	FFMQ nreat	FFMQ total
HAM	1															
CGI-S	0,43**	1														
WHOQ físico	-0,54***	-0,29	1													
WHOQ psico	-0,31*	-0,23	0,63***	1												
WHOQ social	-0,22	-0,28	0,38*	0,50***	1											
DASS dep	0,53***	0,21	-	-	-0,16	1										
			0,61***	0,66***												
DASS ans	0,58***	0,46*	-0,41**	-0,51***	-0,28	0,45**	1									
	*	*														
DASS est	0,49***	0,42*	-0,40**	-0,51***	-0,15	0,58***	0,60***	1								
		*				*	*									
PSWQ	0,49***	0,09	-0,38*	-0,28	-0,38**	0,30*	0,32*	0,35*	1							
AAQ-II	0,55***	0,42*	-0,55***	-0,54***	-	0,48**	0,47**	0,48**	0,57***	1						
		*			0,49***			*	*							
FFMQ obser	-0,38*	-0,26	0,37*	0,25	0,3	-0,34*	-0,38*	-0,29	-0,31*	-0,27	1					
FFMQ descr	-0,35*	-0,19	0,29	0,26	0,46**	0,03	-0,38*	-0,25	-0,52***	-0,36*	0,52***	1				
FFMQ agir	-0,25	-0,32*	0,46**	0,48**	0,37*	-0,31*	-0,3	-0,32*	-0,31*	-0,39**	0,19	0,35*	1			
FFMQ njul	-0,48**	-0,27	0,30*	0,32*	0,29	-0,35*	-0,23	-0,40**	-0,55***	-	0,1	0,26	0,54***	1		
										0,56***						
										*						
FFMQ nreat	-0,32*	-0,25	0,29	0,29	0,31*	-0,31*	-0,29	-	-0,45**	-0,51***	0,51***	0,50***	0,35*	0,49***	1	
								0,50**								
								*								
FFMQ total	-0,52***	-0,37*	0,48***	0,46**	0,48**	-0,38*	-0,43**	-	-	-	0,60***	0,69***	0,71***	0,75***	0,78***	1
								0,50**	0,61***	0,61***	*	*	*	*	*	
								*	*	*						

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 ****p < ,0001. DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State; CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – Gravidade; WHOQfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”;

FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Observou-se correlação positiva entre a melhora dos sintomas nas quatro escalas de avaliação da ansiedade/preocupação (HAM-A, DASS ansiedade, DASS estresse e PSWQ) e o aumento de flexibilidade psicológica (AAQ-II) e do escore total de atenção plena (FFMQtotal). A correlação inversa dos ganhos residuais da PSWQ com cada uma das facetas da FFMQ indica que a redução das preocupações está associada ao aumento da atenção plena. Também houve correlação entre a redução dos sintomas na DASS-estresse e o aumento das facetas agir com consciência, não-julgamento e não-reatividade da FFMQ. A faceta observar foi a única que não se correlacionou com a melhora clínica na HAM-A. As mudanças no escore total e na faceta agir com consciência da FFMQ também se correlacionaram com a melhora dos três domínios da qualidade de vida; o não julgamento correlacionou-se com os domínios físico e psíquico, enquanto observar correlacionou-se com o domínio físico, e descrever e não-reatividade com o domínio social.

Conforme mostra a tabela 12, considerando os ganhos residuais dos dois grupos entre a avaliação basal e o seguimento, o grau de significância das correlações tende a aumentar. Nenhuma das quatro medidas primárias (HAM-A, PSWQ, DASS ansiedade e DASS estresse), nem a CGI-S, se correlacionam com as facetas observar e descrever da FFMQ, embora estas tenham se correlacionado com os ganhos nos três domínios da qualidade de vida. Os ganhos residuais nas demais facetas (agir com consciência, não-julgamento e não-reatividade) estão correlacionados com os ganhos em todas as demais medidas, com exceção da não-reatividade que não se correlacionou com o domínio físico da qualidade de vida (WHOQOL).

Tabela 12 - Correlação de Pearson do ganho residual do pré-tratamento ao seguimento das medidas de desfecho e de processo nos dois grupos (n = 92)¹⁰.

	HAM	CGI-S	WHOQ físico	WHOQ psico	WHOQ social	DASS dep	DASS ans	DASS est	PSW Q	AAQ-II	FFMQ obser	FFMQ descr	FFMQ agir	FFMQ njul	FFMQ nreat	FFMQ total
HAM	1															
CGI-S	0,73*** *	1														
WHOQ físico	- 0,65*** *	- 0,53***	1													
WHOQ psico	- 0,59*** *	-0,45**	0,59*** *	1												
WHOQ social	- 0,53***	-0,42**	0,42**	0,61*** *	1											
DASS dep	0,66*** *	0,48**	- 0,61*** *	- 0,73*** *	- 0,52***	1										
DASS ans	0,67*** *	0,58*** *	- 0,66*** *	- 0,60*** *	-0,38*	0,67*** *	1									
DASS est	0,66*** *	0,53***	- 0,51***	- 0,60*** *	-0,35*	0,64*** *	0,78*** *	1								
PSWQ	0,60*** *	0,24	- 0,52***	-0,44**	-0,47**	0,40**	0,45**	0,44**	1							
AAQ-II	0,69*** *	0,56*** *	- 0,60*** *	- 0,57*** *	- 0,51***	0,53***	0,64*** *	0,66*** *	0,55** *	1						
FFMQ obser	-0,25	-0,15	0,13	0,48**	0,38*	-0,36*	-0,05	-0,09	-0,13	-0,13	1					
FFMQ descr	-0,19	-0,15	0,38*	0,46**	0,48**	-0,35*	-0,14	-0,11	-0,16	-0,19	0,73*** *	1				
FFMQ agir	-0,34*	-0,33*	0,44**	0,48**	0,48**	-0,46**	0,61*** *	-0,42**	-0,36*	- 0,62*** *	0,21	0,28	1			

¹⁰ Os dados da HAM-A (semana 0) de um participante do grupo controle não foram coletados apropriadamente. Portanto as análises envolvendo essa medida foram calculadas com n = 91.

FFMQ njul	- 0,53***	-0,35*	0,34*	0,53***	0,46**	- 0,51***	0,63*** *	- 0,65*** *	- 0,50** *	- 0,64*** *	-0,02	-0,12	0,64*** *	1		
FFMQ nreat	- 0,52***	-0,38*	0,24	0,37*	0,44**	-0,42**	-0,38*	- 0,58*** *	-0,32*	-0,41**	0,41**	0,31*	0,35*	0,34*	1	
FFMQ total	- 0,58***	-0,42**	0,47**	0,71*** *	0,67*** *	- 0,65*** *	- 0,59*** *	- 0,60*** *	- 0,47**	- 0,64*** *	0,63*** *	0,57*** *	0,78*** *	0,66*** *	0,69*** *	1

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 ****p < ,0001.

DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State; CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – Gravidade; WHOQfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Considerando apenas os ganhos residuais dos respondedores do grupo TCBA (tabela 13), entre pré e pós-tratamento, as únicas medidas de processo que não se correlacionaram com a HAMA-A foram as facetas ‘descrever’ e ‘agir com consciência’. A AAQ ainda se correlacionou com a DASS-ansiedade e a PSWQ, bem como com os domínios físico e psíquico da WHOQOL. As facetas ‘não-julgamento’ e ‘não reatividade’, e também o escore total da FFMQ, estão correlacionadas com todas as medidas primárias de desfecho; e a DASS-estresse não se correlacionou com a AAQ-II.

Tabela 13 - Correlação de Pearson do ganho residual entre o pré e o pós-tratamento (semana zero a semana 14) das medidas de desfecho e de processo dos respondedores do grupo TCBA (n = 14).

	HAM	CGI-S	WHOQ físico	WHOQ psico	WHOQ social	DASS dep	DASS ans	DASS est	PSWQ	AAQ-II	FFMQ obser	FFMQ descr	FFMQ agir	FFMQ njul	FFMQ nreat	FFMQ total
HAM	1															
CGI-S	0,44*	1														
WHOQ físico	-0,55**	-0,34	1													
WHOQ psico	-0,26	-0,19	0,54**	1												
WHOQ social	-0,07	-0,13	0,31	0,61**	1											
DASS dep	0,53**	0,26	-0,65***	-0,48*	-0,21	1										
DASS ans	0,69***	0,51**	-0,61**	-0,59**	-0,24	0,58**	1									
DASS est	0,47*	0,28	-0,27	-0,43*	-0,23	0,45*	0,58**	1								
PSWQ	0,52**	0,03	-0,31	-0,34	-0,41*	0,31	0,49*	0,35	1							
AAQ-II	0,47*	0,27	-0,42*	-0,44*	-0,38	0,35	0,64***	0,36	0,56**	1						
FFMQobser	-0,42*	-0,3	0,38	0,2	0,27	-0,41*	-0,39	-0,32	-0,35	-0,28	1					
FFMQdescr	-0,3	0,04	0,32	0,41*	0,50*	0,01	-0,28	-0,27	-0,58**	-0,44*	0,50*	1				
FFMQ agir	-0,37	-0,28	0,39	0,49*	0,49*	-0,12	-0,38	-0,16	-0,25	-0,33	0,25	0,51**	1			
FFMQ njul	-0,60**	-0,23	0,21	0,27	0,27	-0,19	-0,53**	-0,49*	-0,54**	-0,52**	0,09	0,36	0,57**	1		

FFMQ nreat	-0,43*	-0,35	0,23	0,22	0,38	-0,24	-0,41*	-0,45*	-0,44*	- 0,57**	0,64***	0,58**	0,26	0,46*	1	
FFMQ total	-0,60**	-0,31	0,41*	0,43*	0,51**	-0,27	-0,56**	-0,48*	-0,60**	- 0,59**	0,64***	0,77****	0,72****	0,74****	0,79****	1

*p<0,05; **p<0,001; ***p<0,0001; ****p<0,0001

DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State; CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – Gravidade; WHOQfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Na análise dos respondedores do grupo TAND (tabela 14) a única correlação entre os ganhos residuais entre o pré e póstratamento nas escalas de desfecho primário e de processo ocorreram na PSWQ: com a AAQ-II, e com a faceta não-julgamento e o escore total da FFMQ. A DASS-depressão apresentou as mesmas correlações que a PSWQ com exceção da FFMQ-total. O ganho na AAQ-II correlacionou-se com os três domínios da qualidade de vida (WHOQOL), e o ganho no domínio físico também correlacionou com o escore total e a faceta agir com consciência da FFMQ.

Tabela 14 - Correlação de Pearson do ganho residual entre o pré e o pós-tratamento (semana zero a semana 14) das medidas de desfecho e de processo dos respondedores do grupo TAND (n = 11).

	HAM	CGI-S	WHOQ físico	WHOQ psico	WHOQ social	DASS dep	DASS ans	DASS est	PSWQ	AAQ-II	FFMQ obser	FFMQ descr	FFMQ agir	FFMQ njul	FFMQ nreat	FFMQ total
HAM	1															
CGI-S	-0,11	1														
WHOQ físico	-0,3	0,12	1													
WHOQ psico	0	0,13	0,59**	1												
WHOQ social	-0,05	-0,12	0,26	0,19	1											
DASS dep	0,28	-0,23	-0,43	-0,74***	0,17	1										
DASS ans	0,01	-0,03	0,08	-0,21	0,03	0,07	1									
DASS est	-0,2	-0,04	-0,2	-0,33	0,58**	0,54*	0,17	1								
PSWQ	0,31	-0,11	-0,49*	-0,01	-0,21	0,18	-0,14	0,14	1							
AAQ-II	0,28	0,18	-0,57*	-0,50*	-0,48*	0,46*	-0,26	0,13	0,55*	1						
FFMQ obser	-0,11	-0,01	0,24	0,21	0,2	-0,07	-0,3	0,04	0,02	0,04	1					
FFMQ descr	-0,2	-0,25	0,02	-0,23	0,22	0,4	-0,36	0,21	-0,12	0,23	0,46*	1				
FFMQ agir	0,11	-0,24	0,47*	0,38	0,12	-0,44	-0,07	-0,43	-0,42	-0,41	-0,01	-0,06	1			

FFMQ njul	- 0,06	-0,15	0,33	0,29	0,19	-0,51*	0,41	-0,03	-0,52*	- 0,60**	-0,02	-0,19	0,45	1		
FFMQ nreat	0,28	0,22	0,17	0,17	-0,05	-0,2	0,18	-0,33	-0,37	-0,09	0,06	0,1	0,41	0,43	1	
FFMQ total	0,03	-0,17	0,46*	0,34	0,22	-0,4	0,04	-0,23	-0,54*	-0,4	0,38	0,28	0,73***	0,71***	0,71***	1

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 ****p < ,0001.

DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State; CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – Gravidade; WHOQfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Considerando os respondedores do grupo TCBA, no intervalo entre o pré-tratamento e o seguimento, os ganhos nas facetas observar e descrever da FFMQ não correlacionaram com os ganhos nas medidas primárias de eficácia (HAM-A, PSWQ, DASS-ansiedade e DASS-estresse), e a faceta agir com consciência também não correlacionou com a HAM-A e a PSWQ. As demais medidas de processos apresentaram correlação com todas as medidas primárias de eficácia. Das medidas secundárias, a CGI-S está correlacionada com a AAQ-II, com a faceta não-reatividade, e com o escore total da FFMQ; a DASS-depressão com as facetas observar e não-reatividade, além do escore total da FFMQ; o domínio físico da WHOQOL apresentou correlação com a AAQ-II e com a faceta observar da FFMQ; os ganhos nos domínios psicológico e social da WHOQOL correlacionaram-se com os ganhos em todas as medidas de processo.

Tabela 15 - Correlação de Pearson do ganho residual do pré-tratamento ao seguimento (semana zero à semana 26) das medidas de desfecho e de processo dos respondedores do grupo TCBA (n = 14).

	HAM	CGI-S	WHOQ físico	WHOQ psico	WHOQ social	DASS dep	DASS ans	DASS est	PSWQ	AAQ-II	FFMQ obser	FFMQ descr	FFMQ agir	FFMQ njul	FFMQ nreat	FFMQ total
HAM	1															
CGI-S	0,71***	1														
WHOQ físico	-0,54**	-	1													
		0,51**														
WHOQ psico	-0,54*	-0,42*	0,64***	1												
WHOQ social	-0,43*	-0,29	0,43*	0,59**	1											
DASS dep	0,52*	0,35	-0,53**	-0,62***	-0,46*	1										
DASS ans	0,76****	0,52**	-0,60**	-0,56**	-0,37	0,59**	1									
DASS est	0,66***	0,53**	-0,44*	-0,65***	-0,45*	0,59**	0,76****	1								
PSWQ	0,60**	0,12	-0,54**	-0,54**	-0,59**	0,47*	0,46*	0,42*	1							
AAQ-II	0,63**	0,49*	-0,44*	-0,51*	-0,50*	0,36	0,57**	0,64***	0,49*	1						
FFMQ obser	-0,31	-0,33	0,24	0,64***	0,44*	-0,48*	-0,14	-0,22	-0,21	-0,2	1					
FFMQ descr	-0,17	-0,23	0,43*	0,49*	0,58**	-0,4	-0,1	-0,11	-0,21	-0,16	0,77****	1				
FFMQ agir	-0,41	-0,28	0,31	0,55**	0,68***	-0,37	-0,56**	-0,44*	-0,32	-0,42*	0,39	0,39	1			
FFMQ njul	-0,50*	-0,27	0,18	0,47*	0,44*	-0,36	-0,61**	-	-0,47*	-	0,02	-0,15	0,62**	1		
								0,70***		0,60**						
FFMQ nreat	-0,55**	-0,42*	0,26	0,50*	0,61**	-0,43*	-0,44*	-0,58**	-0,29	-0,47*	0,53**	0,49*	0,52**	0,34	1	
FFMQ total	-0,57**	-0,44*	0,38	0,75****	0,76****	-	-0,56**	-	-0,45*	-	0,71***	0,62**	0,82****	0,61**	0,79****	1
						0,58**		0,63***		0,56**						

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 ****p < ,0001

DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State; CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – Gravidade; WHOQfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

No grupo TAND as correlações encontradas entre os ganhos residuais nas escalas de processo e desfecho primário no seguimento foram a AAQ-II correlacionando-se com a HAM-A e a PSWQ, a faceta 'não-julgamento' da FFMQ com a DASS-ansiedade, a DASS-estresse e a PSWQ. Em relação aos ganhos nas escalas de desfecho secundário houve correlação entre a DASS-depressão, a faceta 'não-julgamento' e o escore total da FFMQ; o domínio físico da WHOQOL e a AAQ-II; e o domínio psicológico da WHOQOL, a faceta 'não-julgamento' e o escore total da FFMQ.

Tabela 16. Correlação de Pearson do ganho residual do pré-tratamento ao seguimento (semana zero à semana 26) das medidas de desfecho e de processo dos respondedores do grupo TAND (n = 8).

	HAM	CGI-S	WHOQ físico	WHOQ psico	WHOQ social	DASS dep	DASS ans	DASS est	PSWQ	AAQ-II	FFMQ obser	FFMQ descr	FFMQ agir	FFMQ njul	FFMQ nreat	FFMQ total
HAM	1															
CGI-S	0,46	1														
WHOQ físico	-0,52*	-0,17	1													
WHOQ psico	-0,4	-0,11	0,25	1												
WHOQ social	-0,48*	-0,33	0,19	0,50*	1											
DASS dep	0,63**	0,24	-0,45	-	-0,43	1										
				0,75***												
DASS ans	0,16	0,29	-0,48*	-0,41	-0,12	0,56*	1									
DASS est	0,37	0,19	-0,31	-0,26	0,03	0,51*	0,65**	1								
PSWQ	0,39	0,21	-0,38	-0,07	-0,19	0,05	0,23	0,31	1							
AAQ-II	0,47*	0,19	-0,50*	-0,32	-0,32	0,43	0,37	0,39	0,62**	1						
FFMQobser	-0,14	0,23	-0,16	0,21	0,26	-0,12	0,3	0,28	0,15	0,17	1					
FFMQdescr	0,03	0,29	0,12	0,25	0,22	-0,06	0,11	0,19	0,12	0,14	0,65**	1				
FFMQagir	0,11	0,01	0,29	0,14	0,13	-0,3	-0,47*	-0,1	-0,3	-0,66**	-0,08	-0,02	1			
FFMQnjul	-0,46	-0,29	0,44	0,53*	0,4	-0,66**	-0,60**	-0,47*	-0,50*	-	-0,16	-0,26	0,62**	1		
										0,72***						
FFMQnreat	-0,27	-0,13	-0,05	-0,04	0,07	-0,24	-0,03	-0,49*	-0,25	-0,08	0,13	-0,21	-0,04	0,2	1	
FFMQtotal	-0,33	-0,01	0,3	0,47*	0,44	-0,59**	-0,36	-0,26	-0,35	-0,55*	0,48*	0,33	0,67**	0,68**	0,36	1

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 ****p < ,0001

DASS = Escala de depressão, ansiedade e estresse; HAM = Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; PSWQ = Questionário de preocupação de Penn State; CGI-S = Escala de impressões clínicas globais – Gravidade; WHOQfísico = Escala de qualidade de vida – domínio físico; WHOQpsico = Escala de qualidade de vida – domínio psicológico; WHOQsocial = Escala de qualidade de vida – domínio das relações sociais; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Na comparação das mudanças no escore total das medidas de processo (AAQ-II e FFMQ) usando MRM houve uma tendência não significativa de uma maior mudança na AAQ-II para o grupo de TCBA, do pré-tratamento ao seguimento, em comparação com os indivíduos no grupo de TAND (com base no efeito do Tratamento X Tempo).

Para o escore total da FFMQ, observou-se um efeito significativo ($p = ,04$), mostrando que houve mudança maior entre as medidas basais e do seguimento para a TCBA (baseado no efeito Tratamento X Tempo). Entretanto, não houve nenhum efeito estatisticamente significativo para Tratamento, Tempo, ou Tratamento X Tempo, para a análise das facetas isoladas. Apesar disso, observa-se uma tendência não significativa a uma mudança maior da faceta 'não-reatividade' entre o pré-tratamento e o seguimento, no grupo TCBA (baseado no efeito Tratamento X Tempo).

Tabela 17 - Resultados dos modelos de regressão de efeitos mistos que comparam os grupos (TCBA e TAND) em relação à mudança nos escores das medidas de processo (AAQ-II e FFMQ) entre os tempos pré-tratamento e seguimento

	<i>Estimativa</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>	<i>95% IC</i>
AAQ-II						
Tempo	0,12	1,60	0,07	44,31	,94	-3,11, 3,35
Tratamento	-2,11	1,62	-1,30	84,96	,20	-5,34, 1,11
Tratamento X Tempo**	-1,89	1,03	-1,83	45,31	,07	-3,96, 0,18
FFMQobser						
Tempo	-0,75	1,12	-0,67	48,82	,51	-3,01, 1,50
Tratamento	1,08	1,28	0,85	90,61	,40	-1,45, 3,61
Tratamento X Tempo	1,08	-,72	1,50	50,06	,14	-0,37, 2,52
FFMQdescr						
Tempo	-0,41	1,01	-0,40	48,98	,69	-2,44, 1,62
Tratamento	0,28	1,50	0,18	91,75	,85	-2,71, 3,26
Tratamento X Tempo	0,64	0,65	0,99	49,92	,33	-0,66, 1,95
FFMQagir						
Tempo	-0,08	1,17	-0,07	45,32	,94	-2,44, 2,27

Tratamento	1,12	1,55	0,72	89,39	,47	-1,96, 4,20
Tratamento X Tempo	0,55	0,75	0,73	46,16	,47	-0,96, 2,06
FFMQnjul						
Tempo	-0,53	1,48	-0,36	50,76	,72	-3,50, 2,44
Tratamento	-0,01	1,58	-0,01	88,74	,99	-3,14, 3,12
Tratamento X Tempo	1,56	0,95	1,64	51,63	,11	-00,35, 3,47
FFMQnreat						
Tempo	-0,87	0,99	-0,88	50,11	,38	-2,88, 1,12
Tratamento	0,74	0,85	0,87	88,65	,39	-0,95, 2,42
Tratamento X Tempo	1,24	0,64	1,94	51,16	,06	-0,04, 2,52
FFMQtot						
Tempo	-2,99	3,92	-0,76	48,39	,45	-10,86, 4,88
Tratamento	3,20	3,79	0,84	88,05	,40	-4,33, 10,73
Tratamento X Tempo	5,20	2,51	2,07	49,49	,04	0,15, 10,24

Nota. AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjul = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

A tabela 18 apresenta os resultados dos modelos de regressão de efeito misto avaliando mudança nas medidas de processo em três tempos (pré-tratamento, intermediária e pós-tratamento), comparando respondedores e não-respondedores, assim definidos na avaliação pós-tratamento.

Tabela 18 - Modelos de regressão de efeito misto avaliando mudança nas medidas de processo (AAQ-II e FFMQ) comparando respondedores e não-respondedores de ambos os grupos (TCBA e TAND).

	<i>Estimativa</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>	<i>95% IC</i>
AAQ						
Tempo	-1,12	1,56	-0,72	131,54	,47	-4,21; 1,96
Respondedor	-0,05	1,91	-0,03	124,04	,98	-3,82; 3,72
Respondedor X Tempo**	-5,50	2,07	-2,66	131,54	,009	-9,59; -1,41
FFMQobser						
Tempo	0,85	1,22	0,69	116,80	,49	-1,58; 3,27
Respondedor	-0,54	1,54	-0,35	102,53	,72	-3,60; 2,51
Respondedor X Tempo	1,84	1,62	1,13	116,80	,26	-1,38; 5,06

FFMQdescr							
Tempo	-0,29	1,32	-0,22	114,21	,82	-2,90; 2,32	
Respondedor	1,50	1,67	0,90	100,67	,37	-1,80; 4,81	
Respondedor X Tempo	2,14	1,75	1,23	114,21	,22	-1,32; 5,61	
FFMQagir							
Tempo	1,07	1,54	0,69	126,29	,49	-1,99; 4,13	
Respondedor	1,27	1,92	0,66	113,19	,51	-2,53; 5,07	
Respondedor X Tempo	1,84	2,05	0,90	126,29	,37	-2,22; 5,90	
FFMQnjulg							
Tempo	2,53	1,60	1,58	131,71	,12	-0,64; 5,70	
Respondedor	-0,32	1,96	-0,16	123,33	,87	-4,19; 3,55	
Respondedor X Tempo	2,68	2,13	1,26	131,71	,21	-1,53; 6,88	
FFMQnreat							
Tempo	0,49	0,92	0,54	130,69	,59	-1,33; 2,32	
Respondedor	1,00	1,13	0,88	119,53	,38	-1,24; 3,24	
Respondedor X Tempo*	2,80	1,22	2,29	130,69	,02	0,38; 5,22	
FFMQtotal							
Tempo	-0,48	1,52	-0,32	42,00	,75	-3,55; 2,58	
Respondedor	6,90	4,79	1,29	42,00	,20	-3,48; 15,85	
Respondedor X Tempo*	4,60	2,03	2,27	42,00	,03	0,51; 8,70	

*p<0,05; **p<0,01.

Respondedor (Não=0, Sim=1); AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação-II; FFMQobser = faceta “observar”; FFMQdescr = faceta “descrever”; FFMQagir = faceta “agir com consciência”; FFMQnjulg = faceta “não julgamento da experiência interna”; FFMQnreat = faceta não “reatividade à experiência interna”; FFMQtotal = escore total de todas as facetas somadas.

Fonte: Estudo realizado pelo autor da pesquisa.

Nessa comparação observa-se uma diferença significativa nas mudanças no escore total da AAQ-II entre os grupos no efeito Tratamento X Tempo ($p = 0,009$); mostrando que houve maior mudança entre as medidas basais e do pós-tratamento para os respondedores, se comparada aos não-respondedores, independentemente do grupo/condição de tratamento. Em relação à FFMQ, apenas no efeito Tratamento X Tempo do escore total e da faceta de não reatividade observou-se uma diferença significativa entre os grupos, indicando, assim, um aumento significativo da atenção plena – em especial da faceta não reatividade - no grupo respondedor.

5 DISCUSSÃO

Este ECA avaliou, primeiramente, a eficácia de um protocolo de TCBA em grupo para pacientes com diagnóstico de TAG, usando a TAND como controle ativo. Secundariamente, foi avaliado se a flexibilidade psicológica e a atenção plena estariam relacionadas com: (a) a gravidade dos sintomas ansiosos e (b) a melhora clínica nos dois grupos.

Nos sites de busca consultados para a elaboração do projeto (*Pubmed* e *PsycINFO*), até o momento, não há nenhum ECA avaliando a eficácia da TCBA em grupo para pacientes com TAG. Entretanto, Avdagic et al., (2014) realizaram um ECA, publicado em periódico não indexado nessas bases, comparando uma terapia baseada em aceitação (i.e., ACT) com TCC; ambas em grupo, e com bons resultados. Embora os autores não tenham utilizado um protocolo baseado no modelo de TAG de Roemer e Orsillo (2002), a concepção mais ampla de TCBA permite enquadrar os protocolos de ACT nessa categoria.

Em relação aos dados preliminares, no pré-tratamento a amostra estudada apresentou, em média, quadro ansioso grave, de acordo com critério proposto por Stein et al. (2018) (HAM-A total ≥ 25 e CGI-S ≥ 5). Os valores basais médios do escore da PSWQ nos grupos TCBA e TAND [66,33 (11,29); 66,11 (9,91)] também foram similares aos encontrados em outros ensaios clínicos de TCBA para o TAG, como Avdagic et al., 2014 [ACT = 67.68 (8.5); TCC = 66.63 (8.3)], Hayes-Skelton et al., 2013 [TCBA = 67.67 (8.10); RA = 70,41 (6,22)], Romer e Orsillo (2007) [69,34 (7,81)], e Roemer et al. (2008) [TCBA = 65,72 (2,11); LE = 72,03 (0,94)]. Os dados sociodemográficos apresentados na tabela 1 estão bastante próximos aos descritos na literatura (Hunot et al., 2007; Ruscio et al., 2017); e podemos considerar a amostra deste estudo representativa da população com TAG, tanto na proporção de homens para mulheres como na incidência de comorbidades psiquiátricas (Ruscio et al., 2017). Entretanto, enquanto apenas 11,7% dos habitantes da cidade de São Paulo possuem grau superior (Ministério do Planejamento, 2010), em nossa amostra a taxa foi de quase 70%. Isso pode ter ocorrido pelo fato de a maioria dos participantes ter tomado conhecimento do estudo por meio de comunicação digital (internet), geralmente, menos acessível para aqueles com menor nível socioeconômico e educacional. As possíveis implicações dessas características da amostra serão discutidas no subcapítulo sobre as limitações do estudo.

5.1 Eficácia

Para verificar a hipótese de que o grupo experimental da TCBA seria mais eficaz que o controle da TAND, foram utilizados os MRM das medidas primárias e secundárias de desfecho clínico. Análises de eficácia complementares ao MRM foram realizadas: a taxa de resposta clínica, o RCI, a taxa de recuperação, e o tamanho de efeito intragrupo. Esta última análise não oferece dados comparativos entre os grupos, enquanto as demais são análises mais simples e menos precisas do que o MRM para este fim, por não controlarem a influência dos valores basais (i.e. intercepto) nos desfechos. Elas foram incluídas neste estudo para favorecer a comparação com dados de outros ensaios clínicos, já que são muito utilizadas, especialmente, em estudos abertos (não-controlados).

5.1.1 TCBA vs. TAND

Neste item serão discutidos os dados da comparação entre o grupo de TCBA e o grupo de TAND relativos a todas as análises envolvendo variáveis de desfecho primário e secundário.

5.1.1.1 Medidas primárias e CGI-S.

Os dados das análises de MRM comparando a melhora clínica entre os grupos mostram que a TCBA superou a TAND em 3 das 4 medidas primárias de desfecho (i.e. HAMA, PSWQ, DASS-estresse, com exceção da DASS-ansiedade), e também nas medidas de impressão clínica global (CGI-I e CGI-S). Na avaliação da taxa de resposta clínica, a TCBA também foi superior à da TAND, porém, a diferença só atingiu significância estatística no seguimento ($p = 0,04$). Na análise comparativa da manutenção dos ganhos, duas medidas primárias indicaram superioridade do TCBA no efeito Tratamento (DASS-estresse e PSWQ). Entretanto, as significâncias se perderam nos efeitos Tempo X Tratamento, indicando que os valores basais podem ter influenciado a análise do efeito Tratamento, e que não houve diferença significativa entre os grupos. Por outro lado, a diferença nos efeitos Tempo X Tratamento da CGI-

S indicam maior manutenção dos ganhos clínicos globais no TCBA. Outro dado importante foi a piora dos sintomas de estresse, depressão e qualidade de vida física e psíquica entre o pós-tratamento e o seguimento nos dois grupos. Apesar de não indicarem piora clínica, e, ainda, representarem melhora em relação aos escores basais, esses dados lançam dúvidas sobre a capacidade dessas terapias promoverem melhora duradoura dos sintomas.

Ainda em relação às medidas primárias de eficácia, um dado que chama a atenção - por parecer anômalo - é a discrepância entre os escores da HAM-A e da DASS-ansiedade; pois, supostamente, ambas avaliariam o mesmo grupo de sintomas (i.e., sintomas ansiosos). Todavia, uma análise mais atenta dos instrumentos mostra que enquanto a HAM-A caracteriza-se por avaliar os sintomas de maneira geral ou holística, a DASS-ansiedade está orientada para um subtipo específico de sintomas ansiosos. O estudo que avaliou as propriedades psicométricas da DASS-21 (Brown, Chorpita, Korotitsch, & Barlow, 1997) constatou que a subescala DASS-ansiedade mede principalmente a ativação autonômica e os sintomas de pânico (i.e., ansiedade ictal), que são menos característicos do TAG que os estados de apreensão e a tensão física (i.e., ansiedade tônica). O estudo mostrou também que a subescala de estresse é mais sensível aos sintomas do TAG, e discriminou os pacientes com esse diagnóstico daqueles com outros transtornos ansiosos como o pânico e as fobias específicas e sociais. Portanto, a principal hipótese para a escala DASS-ansiedade não ter mostrado diferença significativa entre os grupos é justamente sua baixa sensibilidade aos sintomas ansiosos mais característicos do TAG (Roemer & Orsillo, 2008). De fato, assim como ocorreu neste estudo, os tamanhos de efeito na DASS-ansiedade reportados nos ensaios clínicos utilizando terapias eficazes para o TAG são inferiores aos encontrados na subescala de estresse (Craigie et al., 2008, Avdagic et al., 2014; McEvoy et al., 2014). Em decorrência desses fatores, alguns estudos chegam a considerar a DASS-ansiedade uma medida inadequada para avaliar a melhora dos sintomas ansiosos no TAG, utilizando apenas a subescala de estresse para este fim (Hayes-Skelton et al., 2013).

Outra questão que surge a partir dos dados obtidos pela DASS-ansiedade é a pertinência da inclusão da escala como uma das quatro medidas primárias de eficácia, o que pode ter interferido nas taxas de resposta dos dois

grupos, colocando-as para baixo. Contudo, comparado aos achados de Hayes-Skelton et al., (2013), que não utilizaram a subescala, esse não parece ser o caso. Utilizando o mesmo critério de resposta, não com as mesmas medidas, e sem utilizar a DASS-ansiedade, as autoras encontraram 70% (21/30) de respondedores à TCBA, enquanto, neste estudo, a taxa de resposta foi de 66,7% (14/21) (considerando a amostra de completadores em ambos). A diferença de 3,3% entre as taxas de resposta nos dois estudos pode estar relacionada a fatores como: a modalidade de intervenção (individual vs. grupo), o número de sessões (16 vs. 10), e a taxa de abandono (25% vs. 54%). Essas e outras variáveis podem ter influenciado os resultados de maneira mais decisiva do que a inclusão ou não de uma escala que avalia ansiedade ictal (i.e. DASS-ansiedade), como uma das medidas de desfecho primário. Ademais, nesta amostra, a taxa de comorbidade com transtorno de pânico foi alta (41,3%), e a utilização da escala pode ter auxiliado na detecção de alterações nesses sintomas.

A diferença de resultado mais significativa entre os grupos TCBA e TAND foi observada na escala de preocupação (PSWQ). Esse dado parece coerente com a teoria, uma vez que o protocolo de TCBA inclui elementos que visam diretamente às preocupações como alvo clínico, utilizando estratégias e técnicas elaboradas com o objetivo específico de alterá-las ou atenuá-las (e.g., psicoeducação, treinamento de habilidades de atenção plena, exposição ao pior cenário imaginado); enquanto na TAND os efeitos clínicos derivariam, basicamente, da qualidade das relações estabelecidas no contexto do processo terapêutico como um todo (i.e., fatores comuns), sem focar diretamente nas preocupações. É possível conjecturar que fatores comuns como a normalização, a validação da experiência emocional e o sentir-se compreendido, possam ter um papel mais determinante na atenuação da ansiedade tônica e do sofrimento subjetivo do que das preocupações. Questão que vale ser investigada em estudos futuros.

Neste estudo as análises suplementares da taxa de resposta e do RCI apresentaram dados coerentes com os obtidos pelo MRM na comparação entre os grupos. Entretanto, essas análises não foram tão sensíveis à superioridade da TCBA, possivelmente, por se basearem em comparações categoriais, enquanto a MRM compara sujeito a sujeito, e por não controlarem o efeito do

tempo e os valores no intercepto. Esse fato evidencia como a utilização de métodos estatísticos mais refinados pode favorecer a revelação de diferenças não detectadas por métodos tradicionais.

De maneira geral, o RCI encontrado no grupo TCBA (71,4%) pode ser considerado elevado, uma vez que o valor médio em ensaios clínicos de psicoterapia para o TAG é de cerca de 50% (Hunot et al., 2007). Enquanto o RCI não foi diferente nos dois grupos, a taxa de resposta do TCBA foi superior à do TAND, mas apenas no seguimento. Há duas hipóteses principais para a superioridade da resposta clínica da TCBA sobre a TAND ter aparecido apenas no seguimento: (a) uma melhor retenção dos ganhos clínicos no grupo TCBA após o tratamento; e, (b) devido ao tamanho amostral, as catorze semanas podem não ter sido suficientes para que a diferença no pós-tratamento atingisse significância estatística em análises que não controlam diferenças nos valores basais (cf. MRM). Considerando que: (a) a TCBA aplicada neste estudo foi, em grande medida, um treinamento focado na ampliação do repertório de estratégias de regulação emocional, oferecendo um modelo de entendimento específico para o transtorno e ensinando o participante a lidar com os sintomas ansiosos e a como praticar exercícios para aprimorar continuamente suas habilidades de autorregulação; e, (b) as análises MRM mostraram diferença entre os grupo no pós-tratamento e no seguimento; é possível que ambos os fatores tenham influenciado esses resultados.

Seguindo o padrão da literatura (Craigie et al., 2008; McEvoy et al., 2014), calculamos também o RCI e a taxa de recuperação considerando apenas a escala PSWQ. Conforme esperado, o grupo TCBA apresentou índice de mudança confiável e taxa de recuperação superior no pós-tratamento e no seguimento, com exceção da taxa de recuperação no seguimento que apresentou apenas tendência favorável à TCBA. Chama a atenção que, enquanto a TCBA apresentou queda na taxa de recuperação no seguimento, a TAND não promoveu nenhuma recuperação no pós-tratamento, porém, dois de seus participantes atingiram esse *status* no seguimento. A discrepância entre a melhora promovida pela TCBA e pela TAND na PSWQ no pós-tratamento pode explicar esse resultado, quando quase metade (42,9%) dos completadores do TCBA atingiram *status* de recuperação. Dos seis participantes do TAND que apresentaram alguma redução nos escores da PSWQ entre o pós-tratamento e o

seguimento, dois estavam muito próximos do critério para recuperação (i.e., escore menor ou igual a 47), e acabaram atingindo esse *status* no seguimento (Um deles passou do escore 48 para 45 e o outro de 50 para 47).

Em relação ao tamanho de efeito intragrupo, a TCBA produziu grandes efeitos em todas as medidas primárias no pós-tratamento, com exceção da DASS-ansiedade. Apesar da análise de tamanho de efeito intragrupo não possibilitar a comparação entre os grupos, os dados apresentados mostram que a TCBA produziu tamanhos de efeito numericamente superiores ao TAND em todas as medidas nos dois tempos (pós-tratamento e seguimento), e, categoricamente, nas medidas de ansiedade ictal (DASS-ansiedade) e preocupação (PSWQ), nos dois tempos, e também na HAM-A e na DASS-estresse no seguimento.

5.1.1.2 Medidas secundárias (Qualidade de vida e sintomas depressivos)

Comparado ao resultado observado nas medidas primárias, os grupos apresentaram tamanhos de efeito modestos e parecidos para as medidas secundárias de depressão e de qualidade de vida. A única diferença categórica entre os grupos no pós-tratamento foi no domínio psicológico da qualidade de vida: a TCBA apresentou efeito grande e a TAND médio. Como esperado, ambos os grupos apresentaram tamanhos de efeito elevados nos domínios da saúde física e psicológica do WHOQOL, mas não no domínio das relações sociais. Esse resultado encontra apoio na literatura, que mostra que os domínios de saúde física e psicológica do WHOQOL são os que estão mais relacionados ao TAG (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007).

Na análise comparativa, usando MRM, não houve diferenças entre os grupos no pós-tratamento em nenhuma medida secundária, exceto a qualidade de vida física, que foi melhor no TCBA. Uma hipótese geral para a diferença menos robusta entre os grupos em comparação com a apresentada pelas medidas primárias é que a melhora da qualidade de vida pode decorrer de mudanças de hábito, e os sintomas de preocupação e ansiedade não são os únicos fatores que influenciam esses comportamentos. Além disso, as reduções de sintomas depressivos não alcançaram tamanhos de efeito grandes em nenhum dos grupos, embora o grupo TCBA tenha mostrado uma

tendência para um melhor desempenho. É possível que esse efeito pequeno nos sintomas depressivos se relacione com o fato desses serem, geralmente, secundários ao TAG (Hettema et al., 2003). Como nenhuma intervenção foi diretamente planejada para os sintomas depressivos em nenhum dos protocolos, a depressão secundária pode ter levado mais tempo para mostrar uma melhora significativa, após a redução do sintoma do TAG. Porém, não foi observada melhora dos sintomas depressivos durante o seguimento em nenhum dos grupos. A inclusão de intervenções enfocando diretamente os sintomas depressivos poderia melhorar os resultados da TCBA no TAG.

Outro dado importante em relação às medidas secundárias foi que a TCBA mostrou melhor manutenção dos ganhos no seguimento em comparação ao TAND. Talvez isso se deva ao fato de a TCBA utilizar intervenções psicoeducacionais que proporcionam uma compreensão clínica da ansiedade e das habilidades de regulação emocional, baseadas em evidências empíricas. Isso pode ter ajudado os pacientes da TCBA a lidarem com os sintomas de forma mais eficaz após o tratamento. Entretanto, muitos outros fatores podem explicar esses resultados: a psicoeducação e o treino de regulação emocional são apenas duas das diversas variáveis que têm sido aventadas como responsáveis pela mudança terapêutica (e.g., fatores comuns), e que vêm sendo testadas em diferentes estudos comparando diversas abordagens de psicoterapia para diferentes populações (Wampold, 2015). Essa questão merece também ser investigada em pessoas com TAG.

5.1.2 Comparação com outros estudos

Conforme apresentado na introdução deste trabalho, muitos ensaios clínicos que utilizaram TAND como controle de tratamentos baseados em evidências não encontraram superioridade do grupo experimental, para diversas condições clínicas (Markowitz, 2014). Isso demonstra o poder terapêutico da TAND e a relevância dos achados deste estudo no processo de investigação da eficácia da TCBA no tratamento do TAG. A única revisão Cochrane sobre o assunto (Hunot et al., 2007) examinou a eficácia e aceitabilidade de três classes de psicoterapia para o TAG (cognitivo-comportamentais, psicodinâmicas e terapias de apoio), comparadas com *treatment as usual* / lista de espera (TAU

/ LE), e também entre si. Dos 25 estudos incluídos na revisão, 19 eram ensaios clínicos testando algum tipo de TCC. Desses, 13 utilizaram TAU ou LE, e seis utilizaram terapias de apoio como controle. Considerados em conjunto, os resultados da metanálise mostram que a TCC é superior ao TAU e à LE, mas não às terapias de apoio. Na análise dos estudos que compararam TCC com algum tipo de terapia de apoio (Bond, Wingrove, Curran, & Lader, 2002; Borkovec et al., 1987; Borkovec & Costello, 1993; Linden, Zutraeweg, Baer, Franke, & Schlattmann, 2005; Stanley, Beck, & Glassco, 1996; Wetherell, Gatz, & Craske, 2003), os autores identificaram elevada heterogeneidade estatística ($\chi^2 = 12,26$, $p = ,06$), com dois desses estudos indicando, claramente, a superioridade da TCC (Borkovec & Costello, 1993; Linden et al., 2005) e outros dois tendendo a favor da terapia de apoio (Bond et al., 2002; Stanley et al., 1996). As terapias foram aplicadas em formato individual em quatro estudos (Bond 2002, Borkovec 1987, Borkovec & Costello, 1993; Linden, 2005) e dois utilizaram a modalidade em grupo (Stanley, et al., 1996, Wetherell, et al., 2003).

Vale notar que, apesar de terem sido incluídos na metanálise de Hunot et al. (2007) como ensaios clínicos comparando TCC e TAND, dois estudos (Wetherell et al., 2003; Linden et al., 2005) não preencheram os critérios para uma terapia de apoio ativa, e foram analisados separadamente. Linden et al., (2005), por exemplo, utilizou como controle uma lista de espera de aproximadamente seis meses. Nesse período o participante recebia até três sessões de terapia de apoio, enquanto na condição experimental os participantes recebiam 25 sessões semanais de TCC no mesmo período, prejudicando muito a validade das comparações entre os grupos.

Dos estudos que utilizaram tratamentos individuais, apenas Borkovec e Costello (1993) encontraram superioridade da TCC (e do RA) sobre a TAND. A taxa de resposta dos completadores, considerando melhora de 20% em pelo menos seis de oito medidas, foi de 72,2% para o RA, 57,9% para a TCC, e 22% para a TAND.

Os dois ECA que utilizaram terapia em grupo focaram a população de idosos, com uma média de idade amostral em torno dos 70 anos. Utilizando grupos de quatro a seis participantes, Stanley et al., (1996) encontraram uma taxa de resposta significativamente maior para TAND no pós-tratamento e no seguimento (54% e 77%) comparado com TCC (28% e 50%). Em outro estudo

com desenho muito parecido, Wetherel et al., (2003) encontraram uma taxa de respostas de 50% para a TCC e 53% para o TAND no pós-tratamento, utilizando grupos de discussão caracterizados pela revisão como 'terapia de apoio inativa' (Hunot et al., 2007). O critério de resposta dos dois estudos foi o mesmo utilizado neste trabalho, porém, apenas 50% das medidas coincidiam (PSWQ e HAM-A). Embora a taxa de resposta da TCBA neste estudo (66,7%) tenha sido superior à encontrada para a TCC em grupo nesses dois estudos, e isso possa sugerir uma potencial superioridade da TCBA sobre a TCC, é provável que a discrepância das faixas etárias das populações estudadas tenha influenciado, já que participantes mais velhos costumam apresentar tamanhos de efeito menores para a psicoterapia (Wetherel et al., 2003).

No geral, a metanálise encontrou uma taxa de resposta de 42% para a TCC e 28% para as terapias de apoio, mas não constatou superioridade da TCC (RR 0,86, IC 95% 0,70 a 1,06) (Hunot et al., 2007). Os resultados deste estudo são superiores aos reportados pela metanálise, nas duas condições (TCBA = 66,7%; TAND = 47,8%). Além das diferenças de protocolo, os critérios de seleção dos estudos revisados, as medidas utilizadas, os critérios de resposta e a faixa etária da amostra, são fatores que podem ter influenciado esses resultados. Comparando os formatos individuais e em grupos, enquanto o primeiro tendeu a superar o grupo na TCC, o inverso foi observado para a TAND. Esse dado não chega a surpreender, já que, em tese, uma das principais vantagens da TAND em grupo é justamente a possibilidade de amplificação de seus efeitos clínicos pelo compartilhamento de experiências entre pessoas com vivências semelhantes (Markowitz, 2014). Entretanto, nos dois estudos que utilizaram terapia em grupo a população estudada era a de idosos, o que impede comparações adequadas com a modalidade individual. A partir disso, pode-se especular que a faixa etária seja um moderador de resposta clínica com efeitos díspares entre as modalidades individual e em grupo e/ou entre TCBA e TAND. Pesquisas controlando essas variáveis são necessárias para verificar essas hipóteses.

Alguns ensaios clínicos mais recentes, investigando a eficácia de psicoterapias em grupo baseadas em diferentes modelos cognitivo-comportamentais do TAG, analisaram o tamanho do efeito intragrupo, a taxa de resposta e/ou o índice de mudança confiável em pelo menos uma das medidas

utilizadas neste estudo. As comparações foram feitas nos casos em que as medidas e análises utilizadas eram as mesmas. Vale notar que existem diferentes formas de se calcular o tamanho de efeito (mesmo o cálculo do d de Cohen não apresenta uma fórmula única). Alguns estudos usam o tamanho de efeito entre grupos, considerando as diferenças entre o grupo experimental e o controle no cálculo; outros calculam o tamanho de efeito intragrupo, sem considerar o grupo controle. Optamos pelo cálculo do d de Coehn intragrupo, por ser o mais utilizado e permitir comparações com os resultados de ECA, de estudos abertos ou que utilizaram outros tipos de controle.

No único ECA que comparou grupos de ACT e de TCC, Avdagic et al., (2014) encontraram tamanhos de efeito intragrupos grandes em ambas as condições, após seis sessões e no seguimento, para a PSWQ (ACT: $d = 1,75$; $1,56$ e TCC: $0,98$; $1,00$), para a DASS-estresse (ACT: $d = 1,69$; $2,86$ e TCC: $d = 1,05$; $1,81$), e para a DASS-ansiedade (ACT: $d = 1,34$; $2,02$ e TCC: $d = 0,89$ e $1,82$). Usando a PSWQ como critério único¹¹, 78,9% dos participantes da ACT atingiram mudança confiável (RCI) no pós-tratamento, enquanto o mesmo foi observado apenas em 47.4% dos participantes do grupo de TCC ($p = 0,04$). No seguimento após três meses, entretanto, esse valor foi para 60% em ambos os grupos, sugerindo que a ACT produziu melhora clínica mais rápida que a TCC, mas não foi capaz de mantê-la, enquanto a TCC parece ter um efeito terapêutico prolongado, produzindo uma espécie de melhora clínica contínua, após o tratamento. As taxas de melhora confiável da PSWQ encontradas para a TCBA, neste estudo, foram bastante próximas às reportadas por Avdagic et al., (2014): no pós-tratamento e no seguimento do grupo ACT (TCBA: 75% e 65%; ACT: 78,9% e 60%), e no seguimento do grupo TCC (60%).

Em estudo aberto utilizando TCC em grupos pequenos (quatro a seis participantes), Dugas et al., (2003) encontraram um tamanho de efeito intragrupo grande para a PSWQ no pós-tratamento (Cohen's $d = 1,62$). Ainda no pós-tratamento, foi encontrada a mesma taxa de resposta reportada por

¹¹ Nenhum dos estudos encontrados na literatura realizaram análises de RCI incluindo outras medidas além da PSWQ. Portanto, não foi possível comparar com a literatura os dados obtidos neste estudo pela análise do RCI utilizando como critério o valor maior ou igual a 1,96 em pelo menos três das quatro medidas primárias de eficácia.

Advigic et al., (2014) no seguimento para TCC e ACT (60%)¹². Enquanto na nossa amostra o grupo TCBA manteve a mesma taxa de resposta em três meses de seguimento, os participantes dos grupos de TCC, de modo similar ao observado em Avdagic et al., (2014), continuaram melhorando após o tratamento: a taxa de resposta foi de 64% em 12 meses e 72% em 24 meses de seguimento. Esses dados corroboram a hipótese de que a TCC mantém seus princípios terapêuticos ativos após a terapia. Outra variável que pode ter influenciado esses resultados é o número de participantes em cada grupo terapêutico; é possível que grupos menores favoreçam a eficácia da terapia. A discussão sobre a efetividade de grupos terapêuticos grandes e pequenos é antiga (Fulkerson, Hawkins, & Alden, 1981); enquanto o primeiro oferece maior diversidade de perspectivas e vivências, grupos menores favoreceriam uma atenção mais focada em cada participante. Entretanto, parece não haver consenso sobre a questão na literatura; provavelmente em função de dificuldades metodológicas envolvendo o controle de outras variáveis de potencial importância, como abordagem, diagnóstico e faixa etária da amostra.

Em um estudo não-controlado de Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*, *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) em grupo, Craigie et al., (2008) também encontraram um tamanho de efeito grande no pós-tratamento, e ainda maior no seguimento para o PSWQ ($d = 1,58$; $2,30$), para a DASS-estresse ($d = 1,19$; $1,43$), efeitos médios para a DASS-depressão ($d = 0,51$; $0,62$), e efeitos pequenos para DASS-ansiedade ($d = 0,35$; $0,43$). Com exceção da DASS-ansiedade, os tamanhos de efeito encontrados são categoricamente iguais aos deste estudo, ainda que sejam numericamente superiores. Observa-se também que o efeito clínico continuou crescendo após a terapia, o que não ocorreu neste estudo. O Índice de Mudança Confiável da PSWQ ficou em 70% e 80%, respectivamente, no pós-tratamento e no seguimento. Apesar de desempenho similar no pós-tratamento ($RCI = 71,4\%$), pode-se observar claramente que, enquanto no referido estudo a taxa de melhora confiável subiu 10% no seguimento, nossos dados mostram uma queda de quase

¹² Os autores adotaram três critérios de resposta diferentes, nenhum deles igual ao deste estudo. Para fins de comparação, optamos por apresentar os dados obtidos pelo critério que produziu o maior número de respondedores dentre os três: redução de 20% em pelo menos cinco de sete medidas.

15% no mesmo período de três meses. Curiosamente, enquanto o índice de recuperação da MBCT foi de apenas 5% no pós-tratamento, subindo para 30% no seguimento, os dados desta pesquisa mostram um índice de recuperação maior no pós-tratamento (42,9%) e menor no seguimento (23,8%). Isso reforça o indicativo de que o desempenho na manutenção dos ganhos obtidos pela TCBA durante o seguimento ficou aquém do que é encontrado em estudos com protocolos similares. Além de fatores inespecíficos, como o contexto sociocultural e características da amostra, fatores terapêuticos (comuns e específicos) podem influenciar a evolução clínica após o tratamento. Esses podem se referir ao conteúdo (e.g., tipo de orientação para prevenção de recaída) e/ou à forma (número de sessões; tempo dedicado a cada tipo de intervenção) dos protocolos, além de variáveis do terapeuta (e.g., características pessoais, habilidades terapêuticas). Estudos investigando o efeito de processos clínicos entre o pós-tratamento e o *follow-up* poderão ajudar a identificar variáveis terapêuticas que interfiram nessa evolução.

Em um estudo não controlado de Terapia Metacognitiva (Wells, 2009) para pensamento negativo repetitivo, em pacientes com TAG, McEvoy et al., (2014) encontraram um tamanho de efeito grande para o PSWQ no pós-tratamento ($d = 1,34$) e os resultados também melhoraram no seguimento ($d = 1,66$). Os critérios utilizados para avaliar a melhora clínica confiável e a recuperação na PSWQ foram diferentes dos adotados nas análises desta pesquisa. Melhora confiável foi estabelecida como redução de sete pontos ou mais no escore geral da escala, e o ponto de corte para recuperação foi um escore de 59 ou menos, enquanto, neste estudo, o escore mínimo era 47, na mesma escala. A partir desses critérios, a melhora confiável dos participantes que completaram o estudo foi de 86%, e 74% atingiram padrões normais de preocupação (i.e., recuperação). Não houve alteração dos índices no seguimento. Ao adaptarmos as análises deste estudo aos mesmos critérios utilizados por McEvoy et al., (2014), os participantes do TCBA apresentaram, no pós-tratamento e no seguimento, índices mais altos de mudança confiável 76,19% e 66,7%, e de recuperação de 61,9% e 47,6%.

Apesar de alguns estudos de terapia em grupo terem apresentado tamanhos de efeito dos grupos experimentais numericamente superiores em algumas medidas, os dados são categoricamente iguais aos produzidos pela

TCBA neste ensaio clínico no pós-tratamento e no seguimento, respectivamente (PSWQ $d = 1,17$ e $0,96$; DASS-estresse $d = 1,21$ e $1,07$; DASS-ansiedade $d = 0,80$ e $0,74$). A única exceção foi Craigie et al., (2008), que obteve tamanho de efeito pequeno na DASS-ansiedade para a MBCT no pós-tratamento e no seguimento.

Tomando os três estudos que apresentam dados de RCI, dois aspectos são mais notáveis: (a) enquanto no pós-tratamento a MBCT de Craigie et al., (2008) apresentou resultados bastante similares aos desta pesquisa, a terapia metacognitiva testada por McEvoy et al., (2014) obteve valores mais elevados; e, (b) ambos apresentaram melhora dos índices no seguimento, enquanto nossos dados mostraram o contrário. Vale notar que, nesta pesquisa, a piora entre o pós-tratamento e o seguimento não foi exclusiva da TCBA, aparecendo também na TAND, e de forma ainda mais acentuada. Já nos outros estudos, observa-se a manutenção, ou até melhora dos ganhos no seguimento, não apenas para a TCC, mas também para a TAND (Borkovec et al., 1993) e a ACT (Avdagic et al., 2014). Isso levanta a hipótese de que fatores inespecíficos como localidade, características da amostra e/ou dos terapeutas, possam ter influenciado a manutenção dos ganhos mais do que quaisquer especificidades dos protocolos.

Nenhum desses ECA de psicoterapia para TAG utilizou a HAM-A, contrariando a literatura (Bandelow et al., 2015), e sugerindo que os estudos mais recentes não estão adotando a escala. Isso acabou impedindo que pudéssemos comparar esses dados. Entretanto, na nossa amostra, o tamanho de efeito nessa medida foi grande no TCBA, no pós-tratamento ($d = 1,49$) e no seguimento ($d = 1,40$). A escala de avaliação clínica global de gravidade (CGI-S) também detectou tamanho de efeito grande para a TCBA, especialmente no seguimento ($d = 1,45$).

Seguindo os critérios para status de melhora e gravidade da CGI, pudemos observar que, em média, a melhora clínica do grupo TCBA ocorreu entre a avaliação intermediária e o pós-tratamento (i.e. muito melhor), não havendo mudança entre o pré-tratamento e a avaliação intermediária, e melhora mínima do pós-tratamento para o seguimento. A gravidade passou de marcadamente para moderadamente doente no pós-tratamento, mantendo-se nesta faixa até o seguimento. Já no grupo TAND, observou-se um padrão estável e limítrofe

de melhora mínima entre o pré e o pós-tratamento, e nenhuma mudança no seguimento. Assim como no TCBA, os participantes do TAND passaram da condição de marcadamente para moderadamente doentes, do pré-tratamento para o pós-tratamento, mantendo o *status* no seguimento. A avaliação da CGI oferece informações importantes ao categorizar a percepção do clínico em relação ao nível de gravidade e melhora clínica de cada paciente no decorrer do tratamento. No entanto, o instrumento não oferece dados quantitativos que favoreçam avaliações a partir de análises estatísticas.

Com relação ao formato em grupo, ao compararmos os tamanhos de efeito da TCBA deste estudo com os do único ensaio clínico de TCBA individual que utilizou a mesma forma de cálculo do tamanho de efeito intragrupo (Roemer & Orsillo, 2007), observamos, no pós-tratamento, resultados categoricamente idênticos (i.e., tamanhos de efeito grandes) nas escalas de desfecho clínico primário para os formatos em grupo e individual, respectivamente [PSWQ $d = 1,17$ e $1,58$; DASS-ansiedade $d = 0,80$ e $1,23$; DASS-stress $d = 1,21$ e $1,77$]; ainda que a terapia individual tenha produzido tamanhos de efeito numericamente superiores e, no seguimento, a TCBA em grupo tenha obtido tamanho de efeito menor (i.e., médio) para a DASS-ansiedade. Embora não tenhamos encontrado nenhum estudo de TCBA ou TCC comparando diretamente os formatos individuais e em grupos no TAG, nossos achados parecem estar de acordo com dados de estudos utilizando TCC que fizeram essa comparação em diferentes populações ansiosas. Nesses estudos, ao contrário do que se poderia esperar, não foram encontradas diferenças de eficácia (Oie & Boschen, 2009; Pozza & Dèttore, 2017; Sharp, Power, & Swanson, 2004; van Ingen & Novicki, 2009; Wergeland et al., 2014).

No entanto, em relação à TCBA, ainda são necessários estudos especialmente desenhados para comparar diretamente essas diferentes modalidades de aplicação.

5.2 Aderência

Em relação à aderência, embora nossos dados mostrem uma taxa de abandono relativamente grande em comparação com grupos de psicoterapia

em geral, não foi diferente do que é encontrado por ensaios clínicos de TCC em grupo para transtornos de ansiedade (Issakidis & Andrews, 2004).

Em linha com a metanálise de Hunot (2007) que identificou taxas de abandono equivalentes para TCC e TAND (24%), ambos os grupos deste estudo mostraram aproximadamente a mesma taxa de abandono (TCBA 54%; TAND 50%). A elevada taxa de desistência parece ser um ponto fraco das terapias em grupo. A comparação das aderências ao tratamento individual (Hunot, 2007) e em grupo (Issakidis & Andrews, 2004) sugere que a segunda apresente aproximadamente o dobro da taxa de abandono da primeira. Portanto, a modalidade em grupo pode ter influenciado a taxa de abandono observada neste estudo.

Outro fator que pode ter aumentado as taxas de abandono foi a regra relativamente restritiva de não permitir que os participantes tivessem três ausências, ou duas ausências consecutivas às sessões. Apesar de aumentar a taxa de abandono e, portanto, diminuir o poder amostral, optamos pela regra mais restritiva para garantir a validade interna do estudo; ou seja, essa estratégia visou assegurar que pelo menos aqueles que tivessem chegado até a última sessão tivessem realmente passado por no mínimo 80% do protocolo. Especialmente a TCBA, por ser mais estruturada, poderia ter sua integridade comprometida caso esses pacientes continuassem no estudo após perderem duas sessões consecutivas, ou mais de 20% delas; comprometendo, assim, a análise de eficácia. Estudos futuros, adotando regras menos restritivas em relação às faltas, poderão aferir a efetividade da TCBA em grupo. Nesse caso, alguns elementos metodológicos deverão ser diferentes dos propostos aqui, dentre eles a maior flexibilidade em relação à: (1) estrutura manualizada na condução dos grupos; (2) as regras para abandono; (3) características do *setting*; e, (4) *expertise* e treinamento dos terapeutas.

Embora os motivos relatados para o abandono não nos levem à conclusões claras, podemos especular que, para o grupo TAND, não acreditar no tratamento ($n = 3$) e não se adaptar ao formato de grupo ($n = 5$) foram motivos importantes de desistência, enquanto no TCBA nenhum participante declarou ter abandonado o estudo por não acreditar no tratamento, e apenas um afirmou não ter se adaptado ao formato em grupo. Apesar de a TAND utilizada neste estudo oferecer psicoeducação, é possível que a falta de um modelo de

entendimento coerente e mais específico do TAG, e a postura menos ativa e diretiva dos terapeutas, tenham desmotivado alguns participantes. Por outro lado, é possível que a maior taxa de evasão após a avaliação intermediária na TCBA em comparação com o TAND possa ter sido influenciada pela introdução das técnicas de exposição (sessão 5). O caráter intrinsecamente aversivo da técnica pode ter levado alguns participantes a desistir do tratamento, embora nenhum participante tenha declarado especificamente esse motivo. Essas diferentes razões poderiam potencialmente explicar a diferença no tempo de abandono em cada grupo. Entretanto, uma extração mais ampla de dados qualitativos e análises mais precisas seriam necessárias para responder essa pergunta.

5.3 Medidas de processo

A análise das medidas de processo visou responder às hipóteses dos objetivos secundários, de que: (a) haveria correlação basal entre as medidas de desfecho primárias (PSWQ, DASS-ansiedade, DASS-estresse e HAM-A), secundárias (WHOQOL e DASS-depressão) e as medidas de processo (AAQ-II e FFMQ); (b) a TCBA produziria mais efeitos nessas variáveis do que a TAND; e, (c) que respondedores de ambos os grupos apresentariam efeitos positivos maiores nesses processos do que os não-respondedores.

Os dados mostram alta correlação entre as medidas basais de desfecho e as medidas de processo, com exceção das facetas ‘observar’ e ‘descrever’ da FFMQ (tabela 10). Esses resultados são consistentes com os dados da pesquisa que avaliou a validade das cinco facetas da FFMQ (Baer et al., 2006). O estudo encontrou prejuízos nessas mesmas três facetas como preditores de maior gravidade psicopatológica geral. Mais especificamente, outros estudos também relataram ausência de correlação das subescalas ‘observar’ e ‘descrever’ da FFMQ com as medidas de ansiedade e depressão (Hayes-Selton et al., 2013; Curtiss & Klemanski, 2014). Na mesma linha, Curtiss e Klemanski (2014) encontraram a ‘não-reatividade’ não só como preditora de gravidade dos sintomas, mas também como mediadora da flexibilidade psicológica em indivíduos com TAG. Esses achados reforçam a tese do MBA de que pessoas com TAG apresentam grande reatividade e julgamentos

negativos em relação às próprias experiências internas, e que esses seriam elementos determinantes de sua condição patológica, ou, ao menos, da gravidade dos sintomas (Roemer & Orsillo, 2002). Ademais, a correlação basal da faceta 'agir com consciência' com a gravidade dos sintomas também se alinha à tese do MBA de que a menor sensibilidade do indivíduo ao momento presente, prejudicada pelo viés atencional para a ameaça, seja um importante fator patogênico no TAG (Roemer & Orsillo, 2002; Roemer & Orsillo, 2009). Outra hipótese é que essa faceta esteja mais relacionada aos sintomas depressivos (muito prevalentes no TAG) do que ansiosos, conforme aponta o estudo de Curtiss & Klemanski (2014), no qual o agir com consciência foi mediador da flexibilidade psicológica em pacientes deprimidos, mas não em pacientes com TAG.

Eustis, Hayes-Skelton, Roemer e Orsillo (2016) identificaram a FP como mediadora de resposta clínica em pacientes com TAG submetidos à TCBA. Neste estudo, além da flexibilidade psicológica, o aumento da 'não-reatividade' apresentou forte associação com a melhora dos sintomas de TAG, sugerindo um potencial papel mediador dessa faceta específica da atenção plena na melhora promovida pela TCBA. O fato de a medida de aceitação/flexibilidade psicológica (AAQ-II) não ter se correlacionado apenas com os valores basais da faceta 'observar', e ter apresentado uma correlação mais fraca com a faceta 'descrever', sugere que a FP, de um lado, e as facetas 'agir com consciência', 'não-julgamento' e 'não-reatividade', de outro, sejam constructos com alta sobreposição entre si, ou até que os últimos possam ser elementos constitutivos, ou mediadores, do primeiro (Curtiss & Klemanski, 2014). De toda forma, os dados são bastante contundentes ao relacionar a baixa flexibilidade psicológica basal com a gravidade dos sintomas de TAG, apontando para a potencial relevância desses processos na psicopatogênese do transtorno.

Em relação à hipótese de que a TCBA produziria efeitos maiores do que a TAND nas medidas de processo, observou-se um tamanho de efeito grande da TCBA na flexibilidade psicológica e na faceta 'não-reatividade' da atenção plena, pequeno nas facetas 'agir com consciência' e 'descrever', enquanto os efeitos da TAND foram médios na flexibilidade psicológica e o 'não-julgamento', e pequenos em todas as demais facetas da FFMQ. Na análise de MRM, a única variável de processo que discriminou os respondedores dos dois grupos

foi também a faceta 'não-reatividade', que foi melhor na TCBA.

Em conjunto, esses dados sugerem que, enquanto a TCBA produz seus efeitos clínicos através da melhora nos processos de flexibilidade psicológica e atenção plena (especialmente na faceta 'não-reatividade'), os efeitos clínicos da TAND seriam decorrentes de mudanças em outros processos, e seriam supostamente promovidos pelos fatores comuns que caracterizam essa terapia. Entretanto, os respondedores do TAND, assim como os do TCBA, apresentaram aumento significativamente maior da atenção plena e da flexibilidade psicológica do que os não-respondedores; sugerindo que esses processos possam estar envolvidos na melhora clínica promovida pelos dois tipos de terapia, ainda que as correlações tenham sido mais fortes naqueles que passaram por TCBA.

A partir desses dados é possível hipotetizar que outros processos não considerados ou não controlados neste estudo possam ter agido como mediadores parciais, ou moderadores, de melhora (e.g., expectativa e credibilidade, aliança terapêutica, conexão social intragrupo), especialmente, mas não exclusivamente, na TAND. Por mais que as teorias humanista e comportamental se sustentem em pressupostos diferentes e sejam bastante divergentes em suas propostas clínicas, os processos enfocados pelas terapias pesquisadas neste estudo podem sobrepor-se, ou estar correlacionados. Por exemplo, a aceitação incondicional (*unconditional positive regard* de Rogers, 1957) do participante e o não-julgamento de suas experiências, por parte do terapeuta, embora sejam fatores comuns enfocados pela TAND, podem afetar diretamente os julgamentos do participante sobre suas próprias experiências internas. Isso poderia explicar, por exemplo, porque o 'não-julgamento' foi a faceta de atenção plena que apresentou o maior tamanho de efeito na TAND. A atitude empática e validante do terapeuta, associada ao fato de outros participantes do grupo compartilharem dificuldades emocionais semelhantes, tende a promover um ambiente acolhedor, no qual o participante se sente mais seguro para expor suas angústias mais íntimas. A percepção de que não se está só, e que outras pessoas padecem de aflições semelhantes às suas, é potencialmente promotora de autoaceitação, no sentido humanista (Hoffman, Lopez, & Moats, 2013) e, também, de aceitação, conforme concebida no MBA (Roemer & Orsillo, 2002). Além disso, quando um

participante observa a atitude validante do terapeuta para com outros integrantes do grupo, este tende a se sentir compreendido e validado, e tende a agir da mesma maneira consigo mesmo e com os outros. Desta forma, através do modo como reage ao grupo, o terapeuta oferece um modelo de responsividade empática (Hatcher, 2015) e validante, que passa a ser incorporada pelo grupo, promovendo um ambiente interpessoal no qual a flexibilidade psicológica e a atenção plena são amplamente cultivadas, ainda que não através de técnicas específicas como acontece na TCBA. Desta forma, é possível dizer que a promoção da aceitação, de si ou de suas experiências internas, é um ponto de explícita afinidade entre as terapias humanistas e as TCBA (Jeffcoat & Hayes, 2013).

Além disso, por mais que neste ensaio clínico tenha-se procurado controlar variáveis, por vezes esquecidas, como a oferta de psicoeducação e de uma racional coerente para o processo terapêutico, o desenho experimental do ECA terá sempre seus limites, especialmente como método de investigação dos processos responsáveis pela melhora clínica. Os ECA são considerados a principal fonte de evidências de eficácia e efetividade das psicoterapias (Chambliss, 1998), mas tendem a ser menos sensíveis na identificação dos processos de mudança do que métodos idiográficos, como os utilizados em estudos de sujeito único (Kratochwil et al., 2013). A própria delimitação conceitual dos diferentes constructos que supostamente compõe as variáveis de processo de uma terapia, devido aos inevitáveis limites teóricos impostos por elementos como as categorias de entendimento e o método de investigação adotado, impede uma apreensão perfeita dos múltiplos fatores potencialmente envolvidos na melhora clínica. Assim, por exemplo, variações de características clínicas e processos particulares de cada caso específico de um mesmo diagnóstico podem se manifestar em níveis identificáveis apenas por análises mais moleculares, e não por métodos nomotéticos como o desta pesquisa (Kazdin, 2007; Kratochwill et al., 2013). Isto reforça a necessidade de se pesquisar os processos envolvidos na psicopatologia e na terapêutica do TAG, desde o nível teórico-conceitual até os ensaios clínicos, passando por investigações de caráter nosológico, pelas pesquisas experimental e translacional, e por investigações

minuciosas dos processos básicos que compõe os modelos teóricos vigentes, bem como aqueles que caracterizam a relação terapêutica.

Não obstante as justas objeções, neste estudo, buscou-se explorar ao máximo as possibilidades ofertadas pelo escopo teórico-metodológico adotado, e as hipóteses relativas às relações entre as variáveis de processo e de desfecho clínico foram confirmadas. O único resultado inesperado foi não ter havido correlação entre os ganhos residuais da DASS-estresse e da AAQ-II para os respondedores do grupo TCBA na avaliação pós-tratamento (semana 14); ainda que a correlação tenha aparecido no seguimento e que as facetas ‘não-julgamento’ e ‘não-reatividade’ da FFMQ tenham apresentado associação com ambas as escalas (AAQ-II e a DASS-estresse). Esses resultados sugerem que: (a) a função mediadora da aceitação/FP na melhora clínica dos participantes da TCBA, se existente, apresentaria um período de latência; e, (b) que as facetas ‘não-reatividade’ e ‘não-julgamento’, por mais que estejam correlacionadas à AAQ-II, parecem não medir exatamente os mesmos processos que esta. Como uma possibilidade adicional, para além do escopo deste trabalho, análises estatísticas de moderação e mediação poderão ajudar a elucidar se existem relações causais (ou funcionais) entre as variáveis de processo e de desfecho investigadas.

5.4 Limitações

Este foi um estudo de eficácia, com limitações importantes. Semelhante à maioria dos ECA privilegiamos a validade interna sobre a externa, utilizando um protocolo TCBA bastante estruturado e uma seleção rigorosa de amostras, terapeutas e *setting* (e.g., sessões que ocorriam concomitantemente, no mesmo hospital). Na mesma medida que isso aumenta o controle sobre variáveis externas que possam prejudicar a qualidade dos dados, limita a capacidade de estes oferecerem informações precisas sobre a efetividade da TCBA no contexto menos controlado da prática clínica de rotina. Além disso, nossa amostra não representou perfeitamente a população da cidade de São Paulo, especificamente, em relação ao nível educacional. Isso levanta a questão se nosso protocolo de TCBA seria tão eficaz em uma amostra menos instruída.

Em relação aos terapeutas, uma fragilidade deste estudo foi o fato de todos que conduziram grupos TAND serem especialistas em TCC, e não em TAND ou terapias humanistas, o que aumenta a possibilidade de viés de lealdade. É possível que, se os terapeutas do TAND fossem especialistas na abordagem, os resultados clínicos desse grupo tivessem sido ainda melhores, e não fosse encontrada superioridade da TCBA. No entanto, a ausência de financiamento e de terapeutas humanistas disponíveis para realizar os atendimentos forçou-nos a utilizar outros recursos para minimizar o impacto desse ruído nos resultados da pesquisa. As principais medidas foram: (a) a utilização de um manual de TAND elaborado nos mesmos moldes do manual de TCBA usado nesta pesquisa; (b) auditoria da aderência dos terapeutas aos protocolos; e, (c) supervisão dos terapeutas. A auditoria da aderência dos terapeutas aos protocolos utilizou gravações em áudio de todas as sessões e posterior análise de aderência de 20% delas, conduzida por auditor externo a partir de uma lista de avaliação quantitativa contendo todos os elementos descritos nos manuais. Ainda assim, uma avaliação qualitativa das intervenções realizadas em ambas as condições teria proporcionado um controle adicional, mais minucioso, da qualidade das intervenções realizadas. As supervisões eram conduzidas pelo autor do estudo e ocorriam semanalmente em reunião conjunta com os terapeutas e coterapeutas de todos os grupos TAND, com a finalidade de orientá-los em relação às dúvidas de conduta, especialmente, em situações não previstas no protocolo. Isso fomentava a troca de experiências e a discussão de casos pontuais e dificuldades específicas e comuns entre todos os terapeutas e coterapeutas. As supervisões do TCBA eram realizadas da mesma forma e na mesma periodicidade. A homogeneidade da formação profissional e o fato de todos os terapeutas terem experiência clínica similar também podem ser considerados atenuantes desses potenciais ruídos.

Apesar de as escalas de desfecho deste estudo serem amplamente utilizadas em ensaios clínicos testando a eficácia de terapias para o TAG, e em conjunto oferecerem uma medida fidedigna da melhora clínica, a adição de uma medida de fator único que avaliasse os sintomas de TAG de forma mais específica e abrangente, como a Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7) (Szpitizer et al., 2006), poderia trazer informações mais precisas e com menos ruído do que, por exemplo, a DASS-ansiedade. Outro fator limitante foi a

ausência de uma medida de resultado que avaliasse a remissão do TAG o que nos impediu de determinar quantos participantes deixaram de preencher critério diagnóstico após o tratamento.

Em relação às medidas de processo, pelo menos duas objeções podem ser feitas: (a) quanto à escolha da escala AAQ-II; e, (b) quanto à ausência de uma medida específica para ações orientadas por valores pessoais. No primeiro caso há indícios de que a esquiva experiencial seja avaliada com maior precisão e especificidade pela Escala Multidimensional de Evitação Experiencial, *Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire* (MEAQ) (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero, & Watson, 2011). Entretanto, a AAQ-II é mais utilizada que a MEAQ como medida de esquiva experiencial/flexibilidade psicológica em estudos similares. No segundo, dados sobre as mudanças relativas aos comportamentos orientados por valores poderiam trazer informações sobre a relevância desse processo na melhora clínica promovida pela TCBA (eg., o BEVS, *Bull's Eye Values Survey*) (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl, & Melin, 2012) já que este é um foco importante da terapia. Entretanto, no “projeto guarda-chuva”, optamos por limitar o número de medidas relativas a processos especificamente enfocados pelas terapias baseadas em aceitação, para incluir: (a) medidas relativas aos processos enfocados por outros modelos de TAG (eg., esquiva cognitiva, intolerância às incertezas, regulação emocional); (b) medidas relativas a fatores comuns (e.g., credibilidade e expectativa); e, (c) medidas relacionadas a outros desfechos secundários (e.g., saúde mental positiva). A análise dos dados relativos a essas medidas extrapolaria o escopo acadêmico deste trabalho. Alguns desses dados serão analisados em teses e dissertações de colaboradores desta pesquisa.

Pelo fato de nosso protocolo apresentar estratégias diversas como: psicoeducação, práticas de atenção plena, exposição imaginária, identificação de valores, e ação comprometida; não podemos comentar sobre o impacto diferencial de cada um desses componentes na resposta clínica e no abandono. Estudos de desmantelamento (i.e. componentes) seriam de grande importância para verificar, por exemplo, os reais benefícios e os prejuízos potenciais da inclusão da técnica de exposição em protocolos de TCBA, tanto em relação à eficácia como à aderência ao tratamento. Os dados deste estudo, entretanto,

não sugerem ter tido um ganho significativo por sua inclusão no protocolo, uma vez que outros protocolos de TCBA sem exposição obtiveram resultados semelhantes, e até superiores em algumas medidas. Ademais, a exposição escrita ao pior cenário imaginado não é o único formato possível de a técnica ser integrada a um protocolo de TCBA. Talvez outras maneiras de utilização da técnica possam ser mais efetivas e até coerentes com o modelo, como, por exemplo, formas de exposição *in vivo* que envolvam ações orientadas por valores.

Outra limitação do protocolo de TCBA utilizado nessa pesquisa se refere ao trabalho com os fatores comuns da psicoterapia. O protocolo oferece sessões com pouco espaço para que os participantes se expressem e compartilhem suas experiências de modo mais livre, sendo acolhidos em suas queixas mais específicas e validados em seus sentimentos. Sabe-se que esses processos são essenciais à psicoterapia em geral, especialmente em grupo, e é um componente central do TAND. É possível que um protocolo que enfocasse esses fatores comuns, além dos componentes específicos da TCBA, obtivesse resultados ainda melhores.

Nenhum dos grupos do nosso estudo manteve todos os ganhos obtidos. Isso sugere que ambos os protocolos possam ter sido muito curtos ou específicos. Talvez um protocolo com um número maior de sessões (e.g., 16), combinando elementos da TCBA e do TAND, pudesse apresentar resultados mais favoráveis em relação à resposta clínica e às taxas de abandono.

Outra variável a ser considerada é o número de participantes por grupo. Dugas et al., (2003) realizaram grupos de TCC de quatro a seis participantes, e obtiveram tamanhos de efeito bastante grandes, superiores aos encontrados neste estudo e nos outros ensaios clínicos avaliando terapias em grupo discutidos neste trabalho. É possível que grupos menores favoreçam a eficácia e efetividade da terapia. Essas questões exigem novas pesquisas especialmente projetadas para abordá-las.

Por fim, a falta de informações sobre mudanças no uso de medicamentos e/ou o início de intervenções adicionais durante o período de tratamento, foi uma importante limitação deste estudo. Embora a alocação aleatorizada possa atenuar o risco de viés, essas informações trariam uma garantia

adicional de controle sobre a potencial influência de outros fatores terapêuticos nos resultados.

6 CONCLUSÃO

Conforme o esperado, ambas as condições apresentaram bons resultados clínicos. No entanto, em geral, os participantes do grupo TCBA melhoraram mais. Esses achados sugerem que um protocolo de TCBA em grupo, que adiciona exposição baseada em disposição a intervenções tradicionais baseadas em aceitação, é uma opção viável e eficaz de tratamento para o TAG. No entanto, será necessário um aprimoramento do protocolo visando uma melhor manutenção dos ganhos e menores taxas de abandono. Nesse sentido, estudos de desmantelamento que verifiquem os efeitos de diferentes componentes da TCBA nas variáveis de desfecho clínico são necessários. Além disso, a avaliação das potenciais vantagens e desvantagens da modalidade em grupo em comparação à individual precisa ser investigada. De maneira geral, a flexibilidade psicológica e a atenção plena estão negativamente correlacionadas à gravidade dos sintomas, enquanto se correlacionam positivamente com a melhora clínica. Análises de moderação e mediação trarão informações precisas sobre as possíveis relações causais/funcionais entre essas variáveis.

Por fim, ensaios clínicos controlados comparando o TCBA em grupo com intervenções bem estabelecidas para o TAG, como relaxamento aplicado e TCC, poderão informar sobre o grau de eficácia da TCBA em relação aos tratamentos considerados de primeira linha para o transtorno.

REFERÊNCIAS¹³

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5:Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Arch, J. J. & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behav Res Ther*, 44(12), 1849-58. doi: 10.1016/j.brat.2005.12.007.
- Arch, J. J. & Craske, M. G. (2010). Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: the moderating role of mindfulness. *Behav Res Ther*, 48(6), 495-505. doi: 10.1016/j.brat.2010.02.005.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb Vilardaga, J. C., Rose, R. D., & Craske M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*, 80(5), 750-65. doi: 10.1037/a0028310.
- Avdagic, E., Morrissey, S. A., & Boschen, M. J. A. (2014). Randomised Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behaviour Therapy for Generalised Anxiety Disorder. *Behaviour Change*, 31(2), 110-130. doi:10.1017/bec.2014.5.
- Baer, R. A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504.
- Baer, R. (2005). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10(2), 125-143. doi: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>.
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015): Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*, 30(4), 183-192. doi: 10.1097/YIC.0000000000000078.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychol Bull*, 133(1), 1-24. Jan 2007. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.1.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. T. (2010). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. Oxford University Press.

¹³ De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).

- Barbosa, L. M., & Murta, S.G. (2015) Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75-85. doi:10.1590/1413-82712015200107.
- Barnard, P. J., & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive–affective interaction and change. *Cognition & Emotion*, 5(1), 1–39. doi:10.1080/02699939108411021.
- Barros, V. V. Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2014). Evidências de Validade da Versão Brasileira do Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ-BR). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30 (3), 317-327. doi: 10.1590/S0102-37722014000300009.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A, M.(2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord*, 23(8), 1011- 1023. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Berlim, M. T., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., & Fleck, M. P. (2005). Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res*, 14(2), 561-564. doi: 10.1007/s11136-004-4694-y.
- Bond, A. J., Wingrove, J., Curran, H. V., & Lader, M. H. (2002). Treatment of generalised anxiety disorder with a short course of psychological therapy, combined with buspirone or placebo. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 267–271. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00469-4.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *J Consult Clin Psychol*, 55(6), 883–888. doi: 10.1037//0022-006x.55.6.883.
- Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). *Behaviour Research and Therapy*, 28(1), 69-73. doi:10.1016/0005-7967(90)90056-0.

- Borkovec, T. D., & INZ, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 153–158. doi: 10.1016/0005-7967(90)90027-g.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619. doi: 10.1037//0022-006x.61.4.611
- Borkovec, T. (1994). Nature, functions, and origins of worry. In: G. Davey, F. Tallis. (Eds.). *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment*. Sussex, England: Wiley & Sons, p.5-33.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995) Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 26(1), 25-30. doi: 10.1016/0005-7916(94)00064-s.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: R. Heimberg., C. Turk., D. S. Menin. (Eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York, US: Guilford Press, Jan. p. 77-108.
- Boutron, I., Altman, D. G., Moher, D., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2017). CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Ann Intern Med*, 4;167(1):40-47. doi: 10.7326/M17-0046.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-112. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.06.074.
- Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., & Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 109–113. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.09.005.
- Behar, E., Zullig, A. R., & Borkovec, T. D. (2005). Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behavior Therapy*, 36(2), 157–158. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80064-4.
- Boutron, I., Altman, D. G., Moher, D., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2017). CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Annals of Internal Medicine*, 167(1), 40–47.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in

- clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79-89. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00068-X.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*, 110(4), 585-599. doi: 10.1037//0021-843x.110.4.585.
- Brown, D. B., Bravo, A. J., Roos, C. R., & Pearson, M. R. (2015). Five Facets of Mindfulness and Psychological Health: Evaluating a Psychological Model of the Mechanisms of Mindfulness. *Mindfulness*, 6(5), 1021–1032. doi:10.1007/s12671-014-0349-4.
- Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 501-510. doi: 10.1007/s10608-005-3888-0.
- Bunge, M. (1974). *Teoria e Realidade*. Editora Perspectiva, São Paulo.
- Castillo, C. S., Macrini, L., Cheniaux, E., & Landeira-Fernandes, J. (2010). Psychometric Properties and Latent Structure of the Portuguese Version of the Penn State Worry Questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 431-443. doi:10.1017/S113874160000398X.
- Campbell-sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther*, 44(9), 1251-1263. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.001.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685.
- Chow, S. C., Wang, H., & Shao, J. (2007). *Sample Size Calculations in Clinical Research*. Second Edition (Chapman & Hall/CRC Biostatistics Series) Hardcover – August 22.
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Clarkin, J. F., Levy, K.N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.922.

- Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 553–568. doi:10.1017/S135246580800458X
- Craske, M. G., & Waters, A. M. (2005). Panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. *Annu Rev Clin Psychol*, 1, 197–225. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143857.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behav Res Ther*, 46(1), 5–27. doi: 10.1016/j.brat.2007.10.003.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2004). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10–23. doi:10.1016/j.brat.2014.04.006.
- Creswell, J. D., Welch, W. T., Taylor, S. E., Sherman, D. K., & Mann, G. T. (2005). Affirmation of Personal Values Buffers Neuroendocrine and Psychological Stress Responses. *Psychological Science*, 16(11), 846–851. doi:10.1111/j.1467-9280.2005.01624.x.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130–140. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.002.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280–291. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.003.
- Curtiss, J., & Klemanski, D. H. (2014). Teasing apart low mindfulness: Differentiating deficits in mindfulness and in psychological flexibility in predicting symptoms of generalized anxiety disorder and depression. *Journal of Affective Disorders*, 166, p. 41–47. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.062.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Behavior Modification*, 31(5), 543–556. doi: 10.1177/0145445507302037.
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4) 429–441. doi: 10.1002/jclp.10255.
- Dionne, F., Ngô, T. L., & Blais, M. C. (2013). [The psychological flexibility model: a new approach to mental health]. *Sante Ment Que*, (38)2, 111–130. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24719005>.

- Ducasse, D., & Fond, G. (2013). [Acceptance and commitment therapy.]. *Encephale*, 41(19), 1-9. doi: 10.1016/j.encep.2013.04.017.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther*, 36(2), 215-226. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00070-3.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behav Modif*, 24(5), 635-657. doi: 10.1177/0145445500245002.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J.-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821–825. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.821>
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- Dunn, R., Callahan, J. L., & Swift, J. K. (2013). Mindfulness as a transtheoretical clinical process. *Psychotherapy (Chic)*, 50(3), 312-315. doi: 10.1037/a0032153.
- Eifert, G., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 34(3-4), 293-312. doi: 10.1016/j.jbtep.2003.11.001.
- England, E. L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Rabin, S. J., Juarascio, A., & Goldstein, S. P. (2012). Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 66-72. Recuperado de https://contextualscience.org/publications/acceptance-based_exposure_therapy_for_public_speaki
- Epictetus. (2017). *The Enchiridion*. Enhanced Media Publishing. (Original work published in Sec. I d.C).
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, England: Psychology Press.
- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2015) Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 188-195.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response

- suppression using biological challenge. *Behav Res Ther*, 41(4), 403-411. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00020-7.
- Freeston, M. H., Rhe'aume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791–802. doi: 10.1016/0191-8869(94)90048-5.
- Fanselow, M. S., & Pennington, Z. T. (2018). A return to the psychiatric dark ages with a two-system framework for fear. *Behaviour Research and Therapy*, 100, 24–29. doi: 10.1016/j.brat.2017.10.012.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2012). (Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 42(3), 485-495. doi: 10.1017/S0033291711001206.
- Fledderus, M., Ernst, T., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Gerben, J. (2010). Westerhof, Mental health promotion as a new goal in public mental health care: a randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *Am J Public Health*, 100(12), 23-72. doi: 10.2105/AJPH.2010.196196.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bul*, 99(1), 20-35. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2871574.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799. doi:10.1177/0145445507302202, 2007.
- Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders : a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance and values-based behavior change strategies*. New York: New Harbinger.
- Fracalanza, K., Koerner, N., & Antony, M. M. (2014). Testing a procedural variant of written imaginal exposure for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 28(6), 559-69. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.05.011.
- Fulkerson, C. C., Hawkins, D. M., & Alden, A. R. (1981). Psychotherapy groups of insufficient size. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31(1), 73-82. doi:10.1080/00207284.1981.11492046.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The

- Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychol Assess*, 23(3),692-713. doi: 10.1037/a0023242.
- Gibbons, R. D., & Hedeker, D. (1997). *Random effects probit and logistic regression models fro tree-level data*. *Biometrics*. 53(4), 1527-37. doi: 10.2307/2533520.
- Gibbons, R. D., & Hedeker, D. (2006). *Longitudinal data analysis*. John Wiley & Sons, Inc. 2006.
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V., & Hoyer J. (2011). Assessing psychological flexibility: what does it add above and beyond existing constructs? *Psychol Assess*, 23(4), 970-82. doi: 10.1037/a0024135.
- Gloster, A. T., Hummel, K. V., Lyudmirskaya, I., Hauke, C., & Sonntag, R. F. (2012). *Aspects of exposure therapy in acceptance and commitment therapy*. In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Eds.), *Exposure therapy: Rethinking the model, refining the method* (pp. 127–152). Berlin: Springer.
- Goldman, N., Dugas, M. J., Sexton, K. A., & Gervais, N. J. (2007). The impact of written exposure on worry: a preliminary investigation. *Behav Modif*, 31(4), 512-538. doi: 10.1177/0145445506298651.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *Am Psychol*, 44(1),19-29. doi: 10.1037//0003-066x.44.1.19.
- Grenier, S., Prévile, M., Boyer, R., O'Connor, K., Béland, S. G. Potvin, ... Brassard, J. (2011). Scientific Committee of the ESA Study. The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *Am J Geriatr Psychiatry*, 19(4) 316-326. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181ff416c.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol*, 74(1), 224-237. doi: 10.1037//0022-3514.74.1.224.
- Gutiérrez-Martínez, O., Luciano-Soriano, C., Rodríguez-Valverde, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison Between an Acceptance-Based and a Cognitive-Control-Based Protocol for Coping With Pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783. Recuperado de https://contextualscience.org/publications/guti_rrezmart_nez_lucianosoriano_rodr_guezvalverde_fink_2004.
- Hammel, J. C. (2006). *Meta-worry and generalized anxiety disorder*. (Tese de doutorado, Auburn University, Auburn, Alabama). Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Meta-worry-and-generalized-anxiety-disorder/Hammel/9cb15eac236fce99106720993deeba3e4d17e225>.

- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32(1)50-55. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J., G. (2009). Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377-381. doi: 10.1016/j.jbi.2008.08.010.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *Behav Anal*, 17(2), 289-303, 1994. doi: 10.1007/bf03392677.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999a). *Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press, xvi, 304 p.
- Hayes, S. C. et al. (1999b). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *Psychological Record*, 49(1), 33-47. Recuperado de <https://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1448&context=tpr>.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1152.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. A. (2013). Randomized Clinical Trial Comparing an Acceptance-Based Behavior Therapy to Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 81(5), 761-773. doi: 10.1037/a0032871.
- Harmann, G. (1965). The Inference to the Best Explanation. *The Philosophical Review*, 74(1), 88-95. doi: 10.2307/2183532.
- Heatherington, L., Harrington, N. T., Harrington, J. J., Niemeyer, K. F., Weinberg, S. C., & Friedlander, M. L. (2014). Applying Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Community Settings: Retention, Outcome, and Clinical Considerations. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(2), 117-133. doi:<http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.28.2.117>
- Hedeker, D., & Gibbons, R. D. (2006). *Longitudinal Data Analysis*. New Jersey, Jhon Wiley & Sons, Inc. Recuperado de

<https://books.google.com.br/books?id=f9p9ilgzQSQC&pg=PA149&lpg=PA149&dq=mixed+effect+Hedeker+%26+Gibbons,+2006&source=bl&ots=ZQBZhg6k5y&sig=ACfU3U1V4UZjZLrka0n84xX3gbONyhxrSg&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ah-UKewjRpcyZrNblAhVelbkGHXsIAG8Q6AEwBXoECAoQAAQ#v=one-page&q=mixed%20effect%20Hedeker%20%26%20Gibbons%2C%202006&f=false>

Hettema, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2003). The effects of anxiety, substance use and conduct disorders on risk of major depressive disorder. *Psychol Med*, 33(8), 1423-1432. doi: 10.1017/s0033291703008365.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.

Hoffman, L., Lopez, A. J., & Moats, M. (2013). Humanistic Psychology and Self-Acceptance. In: M. E. Bernard. (Ed.). *The Strength of Self-Acceptance Theory, Practice and Research*. New Iorque, Springer, p. 3-17. doi: 10.1007/978-1-4614-6806-6.

Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *Am Psychol*, 70(8), 747-57. doi: 10.1037/a0039803.

Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Ver*, 24(1), 1-92. doi:10.1002/14651858.CD001848.pub4.

Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 426-433. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00264.x

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult clin Psychol*, 59(1), 12-19. doi: 10.1037//0022-006x.59.1.12.

James, William. (n.d.). Recuperado de https://www.brainyquote.com/quotes/william_james_108497.

Jeffcoat, T. & Hayes, S. C. (2013). Psychologically Flexible Self-Acceptance. In: M. E. Bernard. (Ed.). *The Strength of Self-Acceptance Theory, Practice and Research*. New Iorque, Springer, p. 73-92.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. (Revised Edition). United States, New Yorque, Bantam Books. (Trabalho original publicado em

- 1990). Recuperado de <https://www.amazon.com/Full-Catastrophe-Living-Revised-Illness/dp/0345536932>.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators, and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. doi: 0.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091422.
- Keller, M. B. (2002). The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 63(8), 11-16. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12044103>.
- Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R., & Tilston, J. (2005). Comparing acceptance and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *Eur J Pain*, 9(5), 591-598. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.12.005.
- Kocsis, J. H., Alan J. Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., PhD; ... Thase, M. E. (2009). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy and Brief Supportive Psychotherapy for Augmentation of Antidepressant Nonresponse in Chronic Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 66(11), 1178-1188. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.144.
- Kotov, R., Schmidt, N.B., Lerew, D.R., JoinerTE, J.r., Ialongo, N.S. (2005). Latent structure of anxiety: taxometric exploration. *Psychol Assess*, 17(3), 369-74. doi: 10.1037/1040-3590.17.3.369.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), 26-38. doi: 10.1177/0741932512452794.
- Kummer, A., Cardoso, F., & Teixeira, A. L. (2010). Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 68(4), 495-501. doi:10.1590/S0004-282X2010000400005.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short form (MHC-SF). *J Clin Psychol*, 67(1), 99-110. doi: 10.1002/jclp.20741.
- LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: A two-system framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083-1093. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16030353.

- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive behaviour therapy*, 39(2), 126–136. doi: 10.1080/16506070902966918.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35(4), 747-766. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80018-2.
- Lima, M. S. (2007). The Portuguese version of the Clinical Global Impression - Schizophrenia Scale: validation study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(3), 246-249. doi:10.1590/S1516-44462006005000047.
- Linde, J., Rück, C., Bjureberg, J., Ivanov, V. Z., Djurfeldt, D. R., & J. (2015) .Acceptance-Based Exposure Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Pilot Study. *Behav Ther*, 46(4), 423-423. doi: 10.1016/j.beth.
- Linden, M., Zubraegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD Study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 36–42. doi: 10.1159/000082025.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr*, 137, 201-216. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8289922>.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: the effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behav Res Ther*, 46(11), 1201-1209. doi: 10.1016/j.brat.2008.08.001.
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2010). Effects of worry on physiological and subjective reactivity to emotional stimuli in generalized anxiety disorder and nonanxious control participants. *Emotion*, 10(5), 640-650. doi: 10.1037/a0019351.
- Llera, S. J., & Newman. (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behav Ther*, 45(3), 2832-99. doi: 10.1016/j.beth.2013.12.011.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u.

- Luciano, C., Molina, F., Gutiérrez-Martínez, O., Barnes-Holmes, D., Valdivia-Salas, S., Cabello, F., ... Wilson, K. G. (2010). The impact of acceptance-based versus avoidance-based protocols on discomfort. *Behav Modif*, 34(2), 94-119. doi: 10.1177/0145445509357234.
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518–526. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.01.004.
- Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Fishman, B., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Frances, A. J., ... Perry, S. W. (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 452–457. doi: 10.1001/archpsyc.55.5.452.
- Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Bleiberg, K. L., Christos, P. J., & Sacks, M. H. (2005). A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymic patients. *J Affect Disord*, 89(1-3), 167–175. doi: 10.1016/j.jad.2005.10.001.
- Markovitz, J. C. (2014). What is Supportive Psychotherapy? *Focus*, 12, 285-289. doi:10.1176/appi.focus.12.3.285.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (1999b). *Selective attention and anxiety: A cognitive-motivational perspective*. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 145–170). New York: Wiley.
- Masuda, A., Hayes, S. C., & Sackett, C. F. (2004). Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behav Res Ther*, 42(4), 477-85. doi: 10.1016/j.brat.2003.10.008.
- Masuda, A., Twohig, M. P., Stormo, A. R., Feinstein, A. B., Chou, Y. Y., & Wendell, J. W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 41(1), 11-17. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.08.006.
- Manstead, A. S., Wagner, H. L., & Macdonald, C. J. (1983). A contrast effect in judgments of own emotional state. *Motivation and Emotion*. 7(3), 279-290. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00991678>.
- Masedo, A. I., & Rosa E. M. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behav Res Ther*, 45(2), 199-209. doi: 10.1016/j.brat.2006.02.006.
- Matts, J. P., & Lachin, J. M. (1998). Properties of permuted-block randomization in clinical trials. *Control Clin Trials*, 19(4), 327-344. doi: 10.1016/0197-2456(88)90047-5.

- McEvoy, P.M., Erceg-Hurn, D. M., Anderson, R. A., Campbell, B. N., Swan, A., Saulsman, L. M., ... Nathan, P. R. (2014). Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: an effectiveness trial. *J Affect Disord.*, 1(175),124-132. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.046.
- McGough, J. J., & Faraone, S. V. (2009). *Estimating the Size of Treatment Effects: Moving Beyond P Values. Psychiatry.* (Edgmont), 6(10), 21–29. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20011465>.
- McMellen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, C., & Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behav Res Ther*, 46(1), 122-129. doi: 10.1016/j.brat.2007.09.002.
- Mennin, D. (2004). *Emotion and the Acceptance-Based Approaches to the Anxiety Disorders.* Series in Anxiety and Related Disorders. Springer, Boston, MA. doi: 10.1007/0-387-25989-9_2.
- Mennin, D. S., Heimberg, R., Turk, C., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 43(10), 1281-1310. doi: 10.1016/j.brat.2004.08.008.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*, 28(6), 487-495. doi: 10.1016/0005-7967(90)90135-6.
- Ministério do Planejamento, O. e. G. (2010). Contagem Populacional. Brasil. Recuperado de <https://censo2010.ibge.gov.br>
- Milad, M. R., Rauch, S. L., Pitman, R. K., & Quirk, G. J. (2006). Fear extinction in rats: Implications for human brain imaging and anxiety disorders. *Biological Psychology* 73(1), 61–71. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.01.008.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A re-interpretation of "conditioning" and "problem- solving". *Harvard Educational Review*,17,102-148.
- Newman, M. G, Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., Boswell, J. F., Szkodny, L. E., & Nordberg, S.S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *J Consult Clin Psychol*, 79(2), 171-181. doi: 10.1037/a0022489.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: a review and synthesis of research

- supporting a contrast avoidance model of worry. *Clin Psychol Rev*, 31(3), 371-382. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.008.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*, 9, 275-297. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2004). National Collaborating Centre for Mental Health and the National Collaborating Centre for Primary Care. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: NICE clinical guideline 113. London, England: Author.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). National Collaborating Centre for Mental Health and the National Collaborating Centre for Primary Care. *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: NICE clinical guideline 113*. London, England: Author.
- Nilsson, H., & Kazemi, A. (2016). Reconciling and Thematizing Definitions of Mindfulness: The Big Five of Mindfulness. *Review of General Psychology*, 20(2), 183-193. doi:10.1037/gpr0000074.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd edition). New York: Oxford University Press.
- Oie, T. P., & Boschen, M. J. (2009). Clinical effectiveness of a cognitive behavioral group treatment program for anxiety disorders: a benchmarking study. *J Anxiety Disord*, 23(7), 950-957. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.06.004.
- Olatunji, B. O., Broman-Fulks, J. J., Bergman, S. M., Green, B. A., & Zlomke, K. R. (2010). A Taxometric Investigation of the Latent Structure of Worry: Dimensionality and Associations With Depression, Anxiety, and Stress. *Behavior Therapy*, 41(2), 212-228. doi: 10.1016/j.beth.2009.03.001.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Block-Lerner, J., LeJeune, C., & Herbert, J. D. (2004). ACT with anxiety disorders. In: S. C. Hayes, K. D. Strosahl (Eds.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 103–132). New York: Springer Science+Business Media, Inc.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia. *International Journal of*

Psychology and Psychological Therapy, 6(3), 397-416. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen6/num3/151/a-preliminary-investigation-of-the-use-of-EN.pdf>

- Ost, L. G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther*, 25(5), 397-409. doi: 10.1016/0005-7967(87)90017-9.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci*, 13(4), 413-421. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22275847>.
- Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S., Ortega, J., & Rodríguez-Valverde, M. (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behav Res Ther*, 46(1), 84-97. doi: 10.1016/j.brat.2007.10.008.
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *J Abnorm Psychol*, 95(3), 274-281. doi: 10.1037//0021-843x.95.3.274.
- Peirce, C. S. (1934-1935). *Collected Papers*, vol. 5, 6a ed. Charles Hartshorne. Cambridge, Mass.: The Belnap Press of Harvard University Press.
- Polk, K., & Schoendorff, B. (2014). *The ACT Matrix: A new Approach to Building Psychological Flexibility Across Settings and Populations*. Ed. New Haringer.
- Pozza, A., & Dèttore, D. (2017). Drop-out and efficacy of group versus individual cognitive behavioural therapy: What works best for Obsessive-Compulsive Disorder? A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Psychiatry Res*, 258, 24-36. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.056.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behav Res Ther*, 18(1), 51-60. doi: 10.1016/0005-7967(80)90069-8.
- Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2009). Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. *Rev Saude Publica*, 43(1), 147-153. doi: 10.1590/s0034-89102009000100019.
- Roche, B., Forsyth, J. P., & Maher, E. (2007). The impact of demand characteristics on brief acceptance and control-based interventions for pain tolerance. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 381-393. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.470.7767&rep=rep1&type=pdf>.

- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In S. M. Orsillo, L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213–240). New York: Springer, 2005.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and Avoidance of Internal Experiences in GAD: Preliminary Tests of a Conceptual Model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71–88. doi: 10.1007/s10608-005-1650-2.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive-Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54–68. doi: 10.1093/clipsy.9.1.54.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Ther*, 38(1), 72–85. doi: 10.1016/j.beth.2006.04.004.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76(6), 1083–1089. doi: 10.1037/a0012720.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2009). *Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies in practice*. New York: Guilford Press.
- Roemer, L., Williston, S. K., Eustis, E. H., & Orsillo, S. M. (2012). Mindfulness and Acceptance-Based Behavioral Therapies for Anxiety Disorders *Curr Psychiatry Rep*, 15(11), 410. doi: 10.1007/s11920-013-0410.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. doi: 10.1037/h0045357.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston, Houghton Mifflin.
- Ruscio, A. M., Borkovec, T. D., & Ruscio, J. (2001). A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 413–422. doi: 10.1037/0021-843X.110.3.413.
- Ruscio, A. M. (2002). Delimiting the boundaries of generalized anxiety disorder: Differentiating high worriers with and without GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(4), 377–400.
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder.

- Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1469-1482. doi:10.1016/j.brat.2003.10.007.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe, *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465-475. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056.
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M.T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469–480. doi: 10.1007/s10608-006-9055-4.
- Savoia, M. G., & Bernik, M. A. (2010). Programa de terapia comportamental em grupo aplicado a fóbicos sociais. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo* (Impresso), 55(2) 67-70. Recuperado de <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/338>
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of Mindfulness: Review on State of the Art. *Mindfulness*, 4(1), 3-17. doi: 10.1007/s12671-012-0122-5.
- 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. doi: 10.1002/cpp.393.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59(20), 22-33. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9881538> .
- Silva, F. S., & Cateli, S. (2019). Os modelos na ciência: traços da evolução histórico-epistemológica *Rev. Bras. Ensino Fis*, 41(4) 1-9. doi: 10.1590/1806-9126-rbef-2019-0029.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e Comportamento Humano*. Brasília: Ed. UnB/FUNBEC. (Trabalho original publicado em 1953).
- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behav Ther*, 45(6), 840-850. doi: 10.1016/j.beth.2014.07.001.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Bernd Löwe, D. S.W. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10),1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Glassco, J. D. (1996). Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy*, 27(4), 565-581. doi: 10.1016/S0005-7894(96)80044-X.
- Stein, D. J., Khoo, J. P., Ahokas, A., Jarema, M., Van Amreigen, M., Vavrusofa, L. ... Bodinat, C. D. (2018). 12-week double-blind randomized multicenter study of efficacy and safety of agomelatine (25–50 mg/day) versus escitalopram (10–20 mg/day) in out-patients with severe generalized anxiety disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 28(8),970-979. doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.05.006
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowmanb, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8),965–978. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.002.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J.M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, 68(4), 615-23. doi: 10.1037//0022-006x.68.4.615.
- Tavakoli, N., Broyles, A., Reid, E. K., Sandoval, J. R., & Correa-Fernández, V. (2019). Psychological inflexibility as it relates to stress, worry, generalized anxiety, and somatization in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 1-5. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.11.001.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, S., Plant S., Joseph, S., Weich, S., ... Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*, 27(5), 1- 63. doi: 10.1186/1477-7525-5-63.
- van Ingen, D. J., & Novicki, D. J. (2009). An effectiveness study of group therapy for anxiety disorders. *Int J Group Psychother*, 59(2):243-251. doi: 10.1521/ijgp.2009.59.2.243.
- Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155,104-109. doi:10.1016/j.jad.2013.10.031.
- Vowles, K. E., McNeil, D. W., Gross, R. T., McDaniel, M. L., Mouse, A., Bates, M., ... McCall, C. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behav Ther*, 38(4), 412-425. doi: 10.1016/j.beth.2007.02.001.

- Wampold, B. E. (2015). How important are common factors in psychotherapy?: An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. doi: 10.1002/wps.20238.
- Weinberger, J., & Rasco, C. (2007). Empirically supported common factors. In: S. G. Hofmann, J. Weinberger (Eds.) *The art and science of psychotherapy* (pp. 103-129). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320. doi: 10.1017/S1352465800015897.
- Wells, A. & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 37(6), 585-594. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00156-9.
- Wells, A. *Metacognitive Therapy Anxiety and Depression*. New Iorque: The Guilford Press, 2009.
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. M., Bjaastad, J. F., Oeding, K. ... Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 1-12. doi: 10.1016/j.brat.2014.03.007.
- Wetherell, J. L., Gatz, M., & Craske, M. G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 31–40. doi: 10.1037//0022-006x.71.1.31.
- Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L., Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther*, 37(3), 169-182. doi: 10.1080/16506070802078970.
- Wilson, E., & MacLeod, C. (2003). Contrasting two accounts of anxiety linked attentional bias: Selective attention to varying levels of stimulus threat intensity. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 212–218. doi: 10.1037/0021-843X.112.2.179.
- Wittchen, H. U. (1994). DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355-364. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950050015002.
- Wittchen, H. U., Lieb, R., Pfister H., & Schuster P. (2000). The waxing and waning of mental disorders: evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Compr Psychiatry*, 41(2), 122-132. doi: 10.1016/s0010-440x(00)80018-8.

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

ANEXOS¹⁴**ANEXO J - Cronograma do estudo**

	Ses- são	MINI	DASS- 21	HAM- A	PSWQ	AAQ- II-7	WHOQOL	CGI	FFMQ
Tria- gem		x							
Sem 0			x	x	x	x	x	x	x
Sem 1	x								
Sem 2	x								
Sem 3	x								
Sem 4	x								
Sem 5	x								
Sem 6	x		x	x	x	x		x	x
Sem 7									
Sem 8	x								
Sem 9									
Sem 10	x								
Sem 11									
Sem 12	x								
Sem13									
Sem 14	x		x	x	x	x	x	x	x
Sem26	x		x	x	x	x	x	x	x

¹⁴ Os demais anexos e documentos do apêndice foram extraídos desta versão da tese, e poderão ser disponibilizados pelo autor mediante envio de solicitação por e-mail: sampaiothi-ago@hotmail.com.

Anexo K - Fluxograma CONSORT modificado para ensaios controlados randomizados de tratamentos não-farmacológicos (Boutron et al., 2017)