

**UFRRJ**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DISSERTAÇÃO**

**Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Tratamento Cognitivo –  
Comportamental em Grupo para Transtorno de Ansiedade  
Generalizada.**

**Ellen Mariane Silva Santos**

**2022**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**

**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROTOCOLO DE  
TRATAMENTO COGNITIVO – COMPORTAMENTAL EM GRUPO  
PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA.**

**ELLEN MARIANE SILVA SANTOS**

*Sob a Orientação do Professor*  
**Wanderson Fernandes de Souza**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia.

Seropédica, RJ  
Janeiro de 2022

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S231a Santos, Ellen, 22/06/1993-  
Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Tratamento  
Cognitivo - Comportamental em Grupo para Transtorno de  
Ansiedade Generalizada / Ellen Santos. - Nova Iguaçu,  
2022.  
75 f.

Orientador: Wanderson Fernandes de Souza.  
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural  
do Rio de Janeiro, ROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA, 2022.

1. Transtorno de ansiedade generalizada. 2.  
Terapia Cognitivo Comportamental em grupo. 3. Ensaio  
Clínico Randomizado. I. Fernandes de Souza, Wanderson  
, 1978-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio  
de Janeiro. ROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
III. Título.

”O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001”

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ELLEN MARIANE SILVA SANTOS**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 31/01/2022

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Wanderson Fernandes de Souza (UFRRJ)  
Orientador

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez (UFRRJ)  
Membro Titular

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Luis Felipe de Oliveira Fleury  
(UNISUAM)Membro Titular



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTº DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO



**ATA DE DEFESA DE TESE Nº 64 / 2022 - DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)**

**Nº do Protocolo: 23083.016655/2022-46**

**Seropédica-RJ, 15 de março de 2022.**

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ELLEN MARIANE SILVA SANTOS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre(a), no Programa de Pós Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia-

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 31/01/2022

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

Membros da banca:

Wanderson Fernandes de Sousa - Dr. UFRRJ (Orientador)  
Lilian Maria Borges Gonzalez (UFRRJ)  
Luis Felipe de Oliveira Fleury (UNISUAM)

*(Assinado digitalmente em 15/03/2022 21:23 )*  
LILIAN MARIA BORGES GONZALEZ  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)  
Matrícula: 2077610

*(Assinado digitalmente em 15/03/2022 20:54 )*  
WANDERSON FERNANDES DE SOUZA  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)  
Matrícula: 1868924

*(Assinado digitalmente em 24/03/2022 15:34 )*  
LUIS FELIPE DE OLIVEIRA FLEURY  
ASSINANTE EXTERNO  
CPF: 146.509.647-76

Para verificar a autenticidade deste documento entre em  
<https://sipac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **64**, ano:  
**2022**, tipo: **ATA DE DEFESA DE TESE**, data de emissão: **15/03/2022** e o código de verificação:  
**082db19db6**

**“É justo que muito custe o que muito vale.”**

**Santa Tereza D’Ávila**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as vítimas do  
COVID-19.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que sempre me guia e protege em meio as caminhadas.

À minha família pelo apoio de sempre.

Ao meu orientador, pelo entendimento e liberdade ao longo do mestrado.

Aos meus amigos, por entenderem as ausências e permanecerem juntos.

E, por fim, a todos os participantes da pesquisa. Sem vocês esse estudo não aconteceria.



## **RESUMO**

SANTOS, Ellen Mariane S. **Avaliação da eficácia de um protocolo de tratamento cognitivo – comportamental em grupo para transtorno de ansiedade generalizada. 2022. 87p** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2022.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) tem como principal característica a preocupação persistente e excessiva. Estas preocupações são acompanhadas de sintomas físicos relacionados à hiperatividade autonômica e a tensão muscular. No TAG, as preocupações são construídas de formas irrealistas ou desproporcionais a realidade da situação gerando grande impacto na qualidade de vida do indivíduo. A Terapia Cognitivo Comportamental em grupo é apontada como uma possibilidade de tratamento para o TAG, com resultados satisfatórios e redução significativa de sintomas. O presente estudo teve como objetivo, avaliar a eficácia de um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental para o TAG que possui como foco principal a diminuição da intolerância à incerteza e questões interpessoais, associada também a técnicas de relaxamento. O protocolo foi composto por dez sessões de terapia que ocorreram uma vez por semana. Participaram da pesquisa 30 indivíduos que se inscreveram online, tendo 24 participantes finalizado todas as etapas da investigação. Para tal avaliação foi desenvolvido um estudo clínico randomizado composto por três grupos, sendo eles o grupo controle: grupo de lista de espera e grupo comparação. Os seguintes instrumentos foram aplicados pré e pós intervenção: Inventário de ansiedade de Beck (BAI), Inventário de depressão de Beck (BDI), Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia (PSWQ) e Inventário do Transtorno Geral de ansiedade (GAD – 7). Como resultados, o grupo experimental apresentou redução no nível de preocupação, ansiedade e depressão na comparação entre o pré e o pós tratamento, enquanto o grupo de lista de espera não apresentou nenhuma redução. Esta pesquisa possui algumas limitações devido ao pequeno número de participantes. Entretanto, os resultados encontrados são promissores e vão ao encontro de outros estudos sobre tratamento do TAG, além de propor um protocolo de tratamento cognitivo comportamental em grupo construindo para a população jovem brasileira.

**Palavras-chave:** Transtorno de ansiedade generalizada. Terapia cognitivo comportamental em grupo. Ensaio Clínico Randomizado.

## **ABSTRACT**

**SANTOS, Ellen Mariane S. Evaluation of the efficacy of a cognitive-behavioral group treatment protocol for generalized anxiety disorder. 2022 87p** Dissertation (Master in Psychology). Institute of Education, Department of Graduate Studies, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2022.

Generalized Anxiety Disorder (GAD) has as its main symptom a constant and excessive concern. This worry comes alongside physical symptoms related to autonomic hyperactivity and muscle tension. In GAD, the concerns are built up in unreal ways or disproportional to the real situation making a great impact on the individual's quality of life. Different studies point that Cognitive Behavioral Group Therapy is a possible treatment for GAD with satisfactory results and sound relief of symptoms. The present study has aimed at assessing the effectiveness of a protocol for the cognitive-behavioral treatment of GAD which focuses on decreasing the intolerance to uncertainty and interpersonal issues, associated with relaxation techniques as well. The protocol consisted of ten therapy sessions that happened once a week. Thirty individuals who enrolled online participated in the survey, twenty-four of which finished all the steps of the investigation. For this assessment, a randomized clinical trial composed of three groups (experimental, wait for the list control group, and comparison group) was conducted. The following instruments have been applied pre and post-intervention: Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), and Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD - 7). As for results, the experimental group showed a decrease in the level of worry, anxiety, and depression when pre and post-treatment scores were compared, whereas the wait list control group did not show any reduction. This research is somehow limited due to the low number of participants. However, the findings are promising and are aligned with other studies about the treatment for GAD, besides proposing a protocol for the cognitive-behavioral treatment of GAD in groups designed for the Brazilian young population.

**Keywords:** Generalized anxiety disorder. Cognitive-behavioral group therapy. Randomized clinical trial.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. CONTEXTO</b> .....	14
2.1. Objetivos.....	14
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
3.1. Transtorno de Ansiedade Generalizada.....	16
3.2. Terapia Cognitivo comportamental em grupo .....	21
3.3. Terapia Cognitivo comportamental para o TAG .....	23
<b>4. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS</b> .....	27
4.1 Proposta de protocolo.....	27
4.2 Delineamento .....	27
4.3 Instrumentos .....	33
4.4 Procedimentos.....	34
4.5 Aspectos éticos .....	35
4.6 Análise Estatística .....	36
<b>5. ARTIGO 1</b> .....	38
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS GERAIS</b> .....	63
<b>ANEXOS</b> .....	73
<b>APÊNDICE A</b> .....	84
Parecer do Comitê de Ética .....	84
Termo de Compromisso .....	85

## 1. INTRODUÇÃO

Ansiedade, assim como o medo, é uma emoção natural e de essencial papel, pois envolve uma série de respostas cognitivas, comportamentais, fisiológicas e afetivas no que diz respeito à vida. (Castilho, 2000). Porém, quando em excesso, pode causar prejuízos e sofrimento, o que caracteriza os transtornos de ansiedade. A ansiedade é sempre orientada para o futuro, ativada na presença de eventos imprevisíveis, gerando sintomas físicos e preparando o sujeito para um perigo iminente. Já o medo é a resposta emocional de alarme imediata a uma ameaça presente e está mais frequentemente associado aos picos de excitação autonômica necessários para uma ação, em geral, de fuga ou luta (Craske *et al.*, 2009).

A vida laboral, afetiva e social pode exigir muito de uma pessoa, pois a busca em equilibrar todas essas áreas nos expõe a contextos que podem desencadear alta ansiedade, abrindo possibilidades para o surgimento de patologias, fato que dificulta uma vida saudável. Por isso, o grupo dos transtornos de ansiedade é evidenciado como um dos mais prevalentes entre os transtornos mentais (Anselmi *et al.*, 2010; Kessler *et al.*, 2005).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5) apresenta sete tipos de transtornos de ansiedade como principais (APA, 2014). São eles: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada. Características de ansiedade e medo desproporcionais à realidade da situação são compartilhados por todos, assim como alterações comportamentais relacionadas. Os objetos e/ou situações que dão início à ansiedade/medo ou comportamento evitativo e a ideia cognitiva relacionada ao indutor são fatores que diferenciam os transtornos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 2005 houve um aumento de cerca de 15% no número de pessoas que sofrem de transtornos de ansiedade, o que equivale a cerca de 264 milhões afetadas. Essa alta prevalência pode ser um indicativo de como os transtornos de ansiedade podem apresentar altos custos se comparados com outros transtornos mentais, devido as ausências nos ambientes de trabalho e escolares (Rose & Tadi, 2021). Dentre os transtornos de ansiedade, os mais prevalentes são: o transtorno do pânico, fobia social e ansiedade generalizada, onde suas respectivas taxas de incidência são 10,3%, 6,0%, 2,7% e 2,2% (NICE, 2019).

Os transtornos de ansiedade podem ter diversas etiologias. Estas podem estar relacionadas à genética/ambiente, circuitos neurais envolvidos nas emoções, processos biológicos e tendências comportamentais (Petersen, 2011). Nem sempre o indivíduo que

possui predisposição genética ou que está em ambientes de risco vai desenvolver algum quadro patológico ligado à ansiedade, pois essas variáveis não são determinantes.

Um dos transtornos de ansiedade destacado no DSM- 5 (APA, 2014), é o Transtorno de Ansiedade Generalizada – TAG, ao qual é o tema central do presente trabalho. Ele é caracterizado por comportamentos de ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários campos, como por exemplo, o trabalho, família, escola e outros. Tendo como grande dificuldade, o controle desses comportamentos.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) tem como principal característica a preocupação persistente e excessiva. Estas preocupações são acompanhadas de sintomas físicos relacionados à hiperatividade autonômica e a tensão muscular. Entre esses sintomas são comuns a taquicardia, sudorese, insônia, fadiga, dificuldade de relaxar e dores musculares. As preocupações são generalizadas, excessivas, não sendo relacionadas a somente uma categoria, por vezes envolvendo temas que não preocupam a maioria das pessoas e de difícil controle. Como critério de diagnóstico é necessário também, que esses sintomas causem uma interferência no desempenho da pessoa ou um sofrimento significativo (APA, 2014).

Existem duas modalidades de tratamento para o TAG que atuam concomitantemente, sendo elas o tratamento farmacológico e psicoterapêutico. O tratamento farmacológico é conduzido pelo profissional do campo da medicina, que de acordo com as especificidades de cada indivíduo conduz a terapêutica mais adequada. Dentre os medicamentos mais utilizados no TAG pode-se destacar os: benzodiazepínicos, Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), antidepressivos tricíclicos e betabloqueadores (Leahy, 2011).

Hunot *et al.*, (2007) apontam que diversas abordagens psicoterapêuticas são utilizadas no tratamento do TAG, porém apresenta uma classificação de três grupos distintos de terapias, sendo elas: Terapias com abordagem Cognitivo-Comportamental, terapias com abordagem Psicodinâmica e as Terapias de apoio ativo. Desenvolvida por Aaron T. Beck, na década de 60, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) propõe que os transtornos psicológicos ocorrem devido a um modo distorcido ou disfuncional de perceber acontecimentos, influenciando as emoções e o comportamento (Beck, 1997).

A TCC possui algumas características que a distinguem das demais formas de psicoterapia, tendo como proposta um modelo de terapia breve, com um tempo de duração limitado, orientada em meta e focalizada em problemas, envolvendo um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas com a finalidade de mudança de padrões de pensamento (Clark & Beck, 2012). A TCC é educativa e enfatiza a participação e colaboração do paciente, onde o

terapeuta oferece suporte educativo quanto à demanda, fornecendo ferramentas para que o paciente consiga identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais, criando estratégias para lidar com o sofrimento, assim como prevenção de recaída (Beck, 2013).

Hunot *et al.*, (2007) a partir da análise de 25 trabalhos, apontam que 46% dos indivíduos atendidos na TCC apresentaram respostas clínicas positivas em relação aos indivíduos que receberam outros tratamentos ou estavam em fila de espera. Hawton, et al., (1997) destacam que o objetivo da TCC no tratamento dos transtornos de ansiedade é reduzir a ansiedade ensinando o paciente a identificar, manejar e modificar os pensamentos disfuncionais relacionados aos sintomas de ansiedade. Um dos primeiros registros da aplicação da TCC em grupo foi ainda na proposta da terapia racional emotiva, que é uma abordagem psicoterapêutica, apresentada por Albert Ellis em 1955, que também faz parte das terapias cognitivas comportamentais (Neufeld & Rangé, 2017).

Serviços públicos e privados, ao decorrer dos anos, começaram a utilizar o formato grupal considerando sua eficácia, entretanto um dos principais critérios determinantes na escolha do formato da Terapia Cognitivo-Comportamental de Grupo (TCC-G) foi a diminuição dos custos com tratamento, ao atender um número maior de pacientes ao mesmo tempo (Bieling *et al.*, 2006).

No Brasil, o início da prática da TCC em grupo foi por volta da década de 80, tendo como um dos primeiros trabalhos, a aplicação de um programa de treinamento de empatia em universitários (Falcone, 1998). Na atualidade, propostas em grupo têm sido desenvolvidas tendo diferentes focos e formatos, como grupos de apoio, psicoeducação, treinamento e terapêuticos. Um exemplo disso é o estudo de Dugas *et al.*, (2003) que em relação ao TAG, o evidenciou melhora significativa nos participantes, destacando que os ganhos obtidos no processo foram mantidos durante 24 meses.

## 2. CONTEXTO

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu no desenvolvimento do estágio curricular obrigatório da graduação em Psicologia. No decorrer do estágio, atuei na Divisão de Saúde da UFRRJ, onde é oferecido atendimento Psicológico aos universitários da instituição. Muitos dos pacientes que recorriam ao serviço apresentavam o Transtorno de Ansiedade Generalizada, e devido à grande demanda permaneciam muito tempo na lista de espera. Em consequência disso, o setor de Psicologia começou a oferecer atendimento em grupo. Foi a partir da experiência com a Terapia cognitiva em grupo para TAG que desenvolvi o trabalho de conclusão de curso da graduação em Psicologia, onde adaptei o protocolo de Pereira (2005) para o formato grupal e aplicando em um grupo de estudantes universitários, e avaliando a eficácia do tratamento.

Diante da trajetória com a temática, iniciei essa pesquisa de mestrado com a proposta de ampliar o trabalho já desenvolvido, aumentando o número de participantes e incluindo não apenas universitários, mas jovens adultos em geral. Considerando que muitas outras instituições públicas que oferecem atendimento Psicológico enfrentam altas demandas, os modelos de atendimento em grupo surgem como opção estratégica para expandir o oferecimento do atendimento. Por isso, torna-se relevante pesquisar sobre a eficácia dos tratamentos em grupo, uma vez que eles proporcionam otimização do serviço, e se comparados com os tratamentos individuais são menos pesquisados (Neufeld & Rangé, 2017).

### 2.1 Objetivos

A presente pesquisa contribuirá com o aprofundamento e aperfeiçoamento dos tratamentos em grupo para Transtorno de Ansiedade Generalizada buscando responder a hipótese se a Terapia Cognitivo Comportamental em grupo é eficaz no tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada. Para isso, tendo **como Objetivo Geral:**

Avaliar a eficácia do protocolo de tratamento cognitivo comportamental em grupo para o transtorno de ansiedade generalizada em jovens adultos.

E como **Objetivos Específicos**, buscou-se:

- Desenvolver um o protocolo de tratamento em grupo para TAG;
- Rastrear os sintomas da TAG nos participantes da pesquisa;

- Desenvolver grupo terapêutico através do protocolo para TAG;
- Mensurar os níveis de ansiedade pré e pós-tratamento;



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Transtorno de Ansiedade Generalizada

De acordo com estudos realizados por Moura *et al.*, (2018) o termo ansiedade advém do indo-germânico *angh*, que é traduzida para o português como o estreitamento ou constrição de algo”. Em latim o termo denomina-se como algo desconfortável e opressor, também podendo significar “falta de ar”. Em grego, *angh* significa estrangular, sufocar e oprimir. Em suas diversas denominações, o termo ansiedade trás o conceito de algo sufocante que causa falta de ar.

Para o aprofundamento do conceito de ansiedade Vianna *et al.*, (2010) aborda que os primeiros estudos ligados a ansiedade em seu aspecto mental tiveram início por volta do século XIX com Augustin-Jacob Landré-Beuvais (1772-1840) que caracterizou a ansiedade como “uma síndrome composta por aspectos emocionais e por reações fisiológicas”. Mais adiante, especificamente em 1869, George Miller Beard acrescentou em seus estudos ligados aos sintomas ansiosos a fadiga, dispersão, dores de cabeça e insônia (Millon, 2005; Nardi, 2006; Pereira, 1997 *apud* Viana, 2010).

Posteriormente, foi caracterizada como “síndrome do coração irritável” por Jacob Mendez DaCosta em 1871. Vianna *et al.*, (2010) ainda cita que, Sigmund Freud (1856-1939) em seus estudos clínicos, tratava dos transtornos ansiosos de maneira sistemática e separada da neurastenia. Freud chamou os quadros ansiosos de crise aguda de angústia/neurose de angústia. Esses estados de angústia causavam no indivíduo diversos sintomas de uma crise que posteriormente receberia o nome de ataque de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada.

O Transtorno de ansiedade generalizada (TAG), pode ser entendido como um estado persistente de ansiedade generalizada que envolve preocupação crônica, excessiva e invasiva que é acompanhada de sintomas físicos ou mentais de ansiedade que causam sofrimento significativo no dia a dia do paciente (Clark, 2012). O DSM- 5 (APA, 2014) estabelece alguns critérios diagnósticos para o Transtorno de ansiedade generalizada especificados no quadro abaixo.

## Quadro 2: Critérios diagnósticos para TAG

### Critérios Diagnósticos para TAG segundo DSM – 5

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional)

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses)

Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.

2. Fatigabilidade.

3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente.

4. Irritabilidade.

5. Tensão muscular.

6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo)

F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante).

**Fonte:** DSM-5 (APA, 2014).

Os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada, na maioria das vezes, não são capazes de identificar suas preocupações como “excessivas”, relatando sofrimento subjetivo decorrente da constante preocupação, incluindo prejuízos em seu funcionamento

social e/ou ocupacional. Leahy (2011) destaca que o TAG se dá de forma gradual, começando a partir de preocupações específicas e se expande para outras preocupações. Barlow (1988 *apud* Caballo, 2011), destaca a dificuldade que os pacientes com TAG têm de recordar quando começaram os seus sintomas, alegando o estado ansioso durante toda vida, como se as preocupações fizessem parte de sua personalidade. Segundo Caballo (2011, p. 211), “o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), encontra-se entre os transtornos de ansiedade mais frequentes”, porém mesmo sendo um transtorno bem frequente percebe-se que muitos pacientes não procuram o profissional para sanar suas dificuldades devido às preocupações e sim aos sintomas físicos.

Uma revisão com 87 estudos, em 44 países, indicou uma prevalência atual de 7,3% dos transtornos de ansiedade (Baxter *et al.*, 2013). A vida diária dos indivíduos diagnosticados com transtornos de ansiedade é, em maioria, bastante prejudicada, seja pela presença de sintomas ou crises, ou pelo medo delas. Isso interfere no grau de independência do indivíduo, que muitas vezes, precisam recorrer a ajuda de terceiros para realizar suas atividades rotineiras. Alguns cenários sociais são os mais temidos nos quadros ansiosos, como rompimentos sociais, relacionamentos e abandono, levando o indivíduo ao processo de evitação de atividades que poderiam propiciar prazer. Dessa forma, a identificação dessas dificuldades junto ao indivíduo pode ser um dos direcionamentos do tratamento terapêutico.

Um estudo realizado por Costa *et al.*, (2019), verificou alta prevalência de transtorno de ansiedade na população do ambulatório investigada: 27,4%, sendo que quando avaliados individualmente, os quadros mais prevalentes foram os de TAG e agorafobia. Neste estudo, as mulheres foram mais acometidas pelos transtornos de ansiedade, o que corrobora com os estudos da área, pois segundo Kinrys & Wygant (2019), as mulheres têm maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade ao longo da vida.

Em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou dados que apontam que a prevalência mundial do transtorno de ansiedade é de aproximadamente 3,6%, destacando que para as mulheres, atinge 7,7% e para os homens, 3,6%. No Brasil, o transtorno de ansiedade equivale a 9,3% da população geral, compreendendo o maior número de casos de ansiedade entre todos os países do mundo. (Zardi, 2019)

Dugas & Ladouceur (2003) identificaram os temas de preocupação mais prevalentes entre os portadores de TAG. Entre eles estão a família (79%), as questões econômicas (50%), o trabalho (43%) e as doenças (14%), constituindo este os temas mais comuns, mas destacam que também podem existir preocupações com relações interpessoais e com situações

cotidianas. O TAG apresenta uma alta porcentagem de comorbidades com depressão e outros transtornos de ansiedade, como fobia social, fobias específicas e pânico (Kessler; Berglund e Demler, 2005). Alguns estudos evidenciaram o TAG como preditor de transtornos secundários, tendo o transtorno depressivo maior como um dos mais frequentes (Kendler, *et al.*, 2007).

Caballo (2012, p. 533) ressalta a comorbidade do diagnóstico ao afirmar que “TAG, costuma aparecer junto a transtornos de humor, ou outros transtornos de ansiedade, transtornos relacionados a substâncias psicoativas e transtornos relacionados ao estresse”. A prevalência do transtorno em mulheres é maior que em homens; aquelas que têm 5,3% de prevalência ao longo da vida, estes, de 2,8% (Newman *et al.*, 2013).

Um estudo multicêntrico realizado em quatro capitais do Brasil, com pacientes atendidos na atenção primária da saúde pública e com o diagnóstico de algum tipo de transtorno mental identificou que aproximadamente 38% tinham possíveis transtornos de ansiedade (Gonçalves *et al.*, 2014). Um outro estudo brasileiro constatou que 19,9% da população em geral apresenta transtorno de ansiedade, sendo 2,3% o transtorno de ansiedade generalizada (Vasconcelos *et al.*, 2015).

O National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), principal estudo epidemiológico norte-americano, que avaliou 9.282 pessoas da comunidade, encontrou prevalência de 5,7% de TAG durante a vida, enquanto estudos europeus chegaram a relatar prevalência de até 6,9%. Em 2009, um estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais avaliou 5.037 indivíduos da cidade de São Paulo, indicou que 19,9% apresentam algum transtorno de ansiedade, sendo que 2,3% indicavam TAG; esses dados, segundo esse mesmo estudo, seriam equivalentes em outros grandes centros urbanos do Brasil (Zardi, 2019).

O indivíduo com Transtorno de Ansiedade Generalizada apresenta risco 33 vezes superior se comparado com a população geral de desenvolver transtorno depressivo. A presença de comorbidades dificulta o processo de tratamento e recuperação. Além de transtorno mentais, o TAG também apresenta correlação com doenças cardiovasculares e renais, sendo observado em 20% dos cardiopatas do sexo masculino e ocorrendo em 17% dos pacientes portadores de doença renal crônica (Culpepper, 2009).

Faucett *et al.*, (ano) acompanharam, ao longo de 10 anos, 954 pacientes, sendo um dos primeiros estudos a apontar a relação entre suicídio e ansiedade, relatando que durante o período do estudo, 32 suicídios foram registrados com forte correlação com sintomas ansiosos. Entretanto, poucos estudos associam especificamente o TAG (e suas comorbidades)

ao comportamento suicida, entretanto pacientes deprimidos com TAG apresentam 3 vezes mais chances de tentar suicídio se comparado com indivíduos com depressão e comorbidade (Thaipisuttikul, 2014).

Vasconcelos *et al.* (2015) realizou um estudo, onde observou-se que o risco de suicídio é cerca de 6 vezes maior onde existe comorbidade com depressão, em comparação àqueles que não apresentam depressão. Entretanto apontou que o TAG, isoladamente, associa-se a risco leve. Vulnerabilidade biológica, fatores psicológicos e ambientais parecem ter um papel relevante na patogênese do TAG. Pacientes com TAG colocam muita atenção em estímulos ameaçadores e tendem a interpretar estímulos ambíguos como ameaçadores e apresentam mais frequentemente características de personalidade com timidez e neuroticismo.

Baldwin *et al.*, (2014) destacam que, em geral, o TAG está associado aos eventos de vida indesejáveis ou traumáticos, sendo também apontados como fatores de risco, o apego inseguro e a desregulação emocional (Zuardi, 2016). A interação de diversos fatores psicossociais e ambientais é que caracteriza a etiologia dos transtornos de ansiedade. Além desses fatores, a vulnerabilidade genética também é um fator, se manifestando em disfunções neuropsicológicas e neurobiológicas. Comorbidades, estresse, hereditariedade, situações de traumas e abuso infantil são um desses fatores (Rose & Tadi, 2021).

Em relação à fisiopatologia do TAG, o mecanismo ainda não foi totalmente delimitado. Entretanto é observável que os sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos e outros sistemas de neurotransmissores desempenham um papel de extrema importância na resposta do corpo ao estresse e são comumente afetadas na ansiedade, sendo assim, o TAG estaria associado a uma redução da atividade do sistema serotoninérgico e a uma elevada atividade do sistema noradrenérgico. É a partir dos achados no campo da fisiopatologia até o momento que se delimitou os Inibidores Seletivo de Recaptação de Noradrenalina (ISRN) e os Inibidores Seletivo de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSS) como terapias medicamentosas para o TAG (Maron, 2017).

No que diz respeito ao tratamento do TAG, por se tratar de fatores ambientais e psicológicos, a psicoterapia em um sentido amplo se faz prioridade para indivíduos com TAG. Todavia, a terapia baseada em farmacológicos deve ser considerada em determinadas circunstâncias e de acordo com o acompanhamento dos profissionais especializados, quando o grau de sofrimento e as características do caso exigirem. As terapias de cunho Cognitivo Comportamental são a primeira escolha no tratamento do TAG por apresentam maior eficácia em comparação com outras formas de psicoterapia, isso devido ao fato da TCC desenvolver

habilidades cognitivas que possibilitam o portador do transtorno lidar de forma mais assertiva com os sintomas (Zuardi, 2016).

A ausência de tratamento ou um tratamento inadequado do Transtorno de Ansiedade Generalizada, pode resultar em piora no desempenho ocupacional, dificuldade no desempenho escolar, prejuízo da interação social, resultado em um prejuízo geral na qualidade de vida e na capacidade de relacionamentos sociais e afetivos. Além do TAG ser um dos transtornos mais subdiagnosticados, a adesão ao tratamento também é variante, uma vez que o custo elevado e os efeitos colaterais dos medicamentos geram um processo de evitação com o tratamento, o que acaba gerando as recaídas e reincidência de sintomas (Muscatello *et al.*, 2019). Dentre os sintomas que podem ressurgir estão a insônia, uso indevido de drogas ou álcool, depressão, isolamento social e até mesmo o risco de suicídio (Hall *et al.*, 2019).

### **3.2 Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo**

A Terapia Cognitivo Comportamental em grupo (TCC-G) se difere da modalidade individual nos aspectos relacionados às técnicas aplicadas. Entretanto, os pressupostos teóricos são os mesmos, onde entende-se que os transtornos psicológicos são mantidos por interpretações distorcidas dos eventos vividos, acarretando prejuízos no comportamento, humor e pensamento do indivíduo (Beck *et al.*, 2005). Sendo assim, a TCC-G tem como objetivo a reestruturação cognitiva dos pensamentos negativos e disfuncionais que o indivíduo apresenta diante das situações vividas, e com isso proporcionar o alívio de sintomas, por meio de técnicas comportamentais como exposições autoguiadas e in-vivo (Beck, 2007).

O trabalho em grupo apresenta alguns aspectos técnicos específicos que estruturam o trabalho a ser desenvolvido pelo terapeuta grupal. Neufeld (2011) destaca alguns passos necessários para o desenvolvimento de um grupo em TCC-G, sendo o primeiro deles a homogeneidade de sua composição. Esse aspecto refere-se à avaliação das características, fatores, demandas, objetivos e metas na composição do grupo. Fatores como idade, sexo e escolaridade podem afetar o desenvolvimento pleno trabalho, entretanto a autora salienta que além das características destoantes dos participantes, o objetivo e foco do grupo precisam ser homogêneos. A homogeneidade é preconizada pois ela proporciona aos participantes o senso

de pertencimento ao grupo, seja na identificação de características ou na identificação dos problemas.

Outro aspecto técnico da TCC-G diz respeito a configuração do grupo, sendo mais comum o trabalho em grupos fechados. Ou seja, uma vez que os integrantes do grupo forem definidos, não é permitida a entrada de novos membros. A autora salienta que a literatura em TCC-G tem apresentado trabalhos em grupos fechados, mas que dependendo do objetivo do trabalho grupos abertos e semi-abertos também podem ser uma possibilidade (Neufeld, 2015).

Bieling *et al.*, (2008) apontam um outro aspecto do trabalho em grupo, o qual definiu como “estágio pré grupo”, onde é feito todo planejamento da intervenção grupal. Esse aspecto se refere a definição do tipo de grupo, objetivo, número de sessões, participantes, estrutura, local, critérios de exclusão e inclusão. Os autores salientam que é nesse estágio onde a seleção e recrutamento dos participantes dos grupos são feitas, podendo utilizar-se de sessões de triagem, entrevistas e instrumentos de rastreio.

Um aspecto técnico muito importante na modalidade em grupo se refere a estrutura das sessões. White & Freeman (2003), propuseram uma estrutura de sessão para o grupo, onde não se difere muito da proposta para o trabalho individual. As sessões são estruturadas e baseadas em protocolos pré-estabelecidos, entretanto isso não impede a flexibilização do trabalho quando necessário. Fatores como rapport entre os membros e terapeutas, psicoeducação, agenda da sessão, tarefas de casa são constituintes da estrutura das sessões. A duração das sessões no modelo grupal varia entre 60 e 120 minutos, em encontros semanais, com duração da intervenção entre 8 e 16 sessões, em média (Neufeld, 2011).

Além dos aspectos técnicos outro fator importante na TCC-G são os aspectos terapêuticos envolvidos no processo. Irvin D. Yalom, apontou fatores terapêuticos importantes para o desenvolvimento de um trabalho em grupo eficaz, enfatizando que esses fatores não ocorrem separadamente, sendo eles: universalidade, altruísmo, compartilhamento de informações, instalação de esperança, recapitulação corretiva do grupo familiar primário, comportamento imitativo, coesão grupal, catarse, aprendizado interpessoal e desenvolvimento de técnicas de socialização (Yalom & Leszcz, 2006). Entretanto, o trabalho desses autores está ancorado na perspectiva das teorias psicodinâmicas, e para uma melhor compreensão desses fatores dentro da perspectiva da Terapia Cognitivo Comportamental em grupo, a autora Neufeld (2011) correlacionou os fatores de Yalom e Terapia Cognitivo Comportamental em grupo.

A autora aponta a instalação de esperança como um aspecto decisivo para adesão do indivíduo ao tratamento, destacando que esse aspecto é trabalhado no momento do contrato terapêutico e da psicoeducação, pois o compartilhamento de informações e funcionamento traz uma sensação de segurança e confiança ao indivíduo, proporcionando a esperança na melhora do quadro vivido. A universalidade é outro fator terapêutico, que se refere ao reconhecimento entre pares, onde os indivíduos, no meio do processo grupal percebem que não são os únicos a passarem por determinada problemática. Na TCC-G esse fator é propiciado a partir da homogeneidade do grupo, que é um dos aspectos técnicos do trabalho. Outro fator terapêutico, o altruísmo, é trabalhado em todo o processo, pois o grupo oferece um ambiente questionador de práticas, pensamentos e comportamento.

A recapitulação corretiva do grupo familiar primário pode ser correlacionada com o uso de técnicas com foco em habilidades sociais. Esse fator terapêutico diz respeito ao desenvolvimento e aprendizado de novas formas de experiências sociais e com isso novos comportamentos, ampliando possibilidades de enfrentamento. Os últimos fatores terapêuticos são a coesão grupal e a catarse, que dizem respeito ao desenvolvimento de ambiente acolhedor e de novas informações. Dentro da TCC esses fatores são de suma importância, uma vez que para alcançar a reestruturação cognitiva é necessário um ambiente propício e ativo (Neufeld, 2011).

### **3.3 A Terapia Cognitivo Comportamental para o TAG**

Diversos autores (Wells, 1995; Borkovec & Roemer, 1995) cunharam modelos visando explicar o funcionamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Dentre os modelos propostos pode-se destacar o modelo cognitivo de intolerância à incerteza dos autores Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston (1998), em que propõem que os pacientes com TAG experimentam sintomas de ansiedade quando confrontados com situações incertas ou ambíguas. Como respostas à essas situações, apresentam preocupações excessivas e a incerteza funciona como gatilho para as preocupações, independente da probabilidade real, ou não, do agente causador de incerteza. Diante da incerteza, o indivíduo acredita que a preocupação é um fator de prevenção e utiliza-se desse recurso como estratégia, impedindo formas mais saudáveis de enfrentamento.



Wells (1995) aponta que o principal fator de manutenção da TAG são as crenças relacionadas às preocupações que geralmente são negativas, o que resulta no ato de preocupar-se em se preocupar. Este modelo de explicação, metacognitivo, propõe que as preocupações fazem parte do funcionamento do ser humano e são importantes do ato de planejar e resolver problemas, porém em indivíduos com TAG as preocupações ganham aspectos de perigo, sendo isso resultado das crenças negativas em torno do assunto. Ou seja, as crenças negativas em torno do ato de preocupar-se que ganham o aspecto patológico no transtorno. Neste modelo a resposta à esse funcionamento disfuncional seria a reavaliação e desenvolvimento de novas crenças, propiciando formas de enfrentamento saudável.

O modelo de evasão cognitiva (Borkovec, 1993) propõe que a preocupação persistente, ao qual também podemos chamar de crônica, leva o indivíduo à evasão cognitiva, ou seja, ao processo de evitação e distração, para evitar pensamentos ameaçadores. A preocupação funcionaria como uma forma de preparação para eventos ruins, a fim de evitar desconforto emocional, e nesse sentido, o ato de evitar é o fator de manutenção do processo ansioso, pois ele impede os processos de extinção. O tratamento proposto por esse modelo utiliza-se de técnicas de exposição das emoções evitadas, levando a diminuição das preocupações e visando habituação.

Um estudo de Coutinho *et al.*, (2017) apresentaram um protocolo de tratamento cognitivo comportamental individual para o TAG, com adaptações para indivíduos com baixa escolaridade. Os resultados obtidos foram positivos e mostraram que as adaptações no protocolo foram essenciais para o sucesso terapêutico no caso apresentado.

Alguns ensaios clínicos randomizados foram avaliados no tratamento para o TAG em ambos os formatos individuais (Dugas & Robichaud, 2007; Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2006; Ladouceur *et al.*, 2000), bem como em grupos (Dugas *et al.*, 2003), com resultados que apoiam a eficácia de ambas as formas de tratamento quando comparado com grupos de listas de espera, entretanto nenhum desses estudos citados foram realizados no Brasil (Dugas *et al.*, 2003; Dugas & Robichaud, 2007; Ladouceur *et al.*, 2000).

Alguns protocolos foram cunhados visando o tratamento do TAG, dentre eles está o protocolo de Pereira (2005), em formato individual, fundamentado nas principais técnicas do tratamento cognitivo-comportamental para o TAG. O tratamento é composto por 13 sessões estruturadas, subdividido em algumas fases, onde os temas principais são: informar sobre o problema, automonitoria, treino de habilidades de manejo, exposição à preocupação, problemas interpessoais, reorientação existencial. Na construção do protocolo, Pereira (2005)

também destaca a importância de dar um foco maior aos problemas interpessoais dos pacientes com TAG. O autor destaca que:

*“O tratamento de problemas interpessoais pode exercer um efeito importante nos resultados da terapia, porém, necessita estudos experimentais para validar sua inclusão no tratamento deste transtorno.” (Pereira, 2005, p. 81).*

O protocolo é dividido em fases e os temas são: Autonitoria, treino de habilidades de manejo, exposição à preocupação, problemas interpessoais e reorientação existencial. O objetivo da autonitoria é que o cliente possa, através de registros diários, notarem a manifestação de sua ansiedade e analisarem o fruto de sua preocupação. Na fase da exposição a preocupação, o objetivo é que o cliente racionalize sobre sua preocupação e possa alcançar modos produtivos de pensar. Dentre as técnicas usadas nessa fase estão: treino em solução de problemas, treino em registro de pensamentos, desafio de preocupações. A fase sobre problemas interpessoais e reorientação existencial tem como foco ensinar o cliente a conviver sem a necessidade de aprovação pelas outras pessoas. O treino de assertividade (Barbosa, 2000) é umas das técnicas usadas nessa fase, pois busca desenvolver, no indivíduo, a capacidade de expressar sentimentos e pensamentos as outras pessoas de maneira direta, honesta e adequada, respeitando os direitos dos outros, assim como os seus próprios.

Stanley *et al.*, (2003) também propuseram um protocolo de tratamento para TAG em formato grupal, composto por 15 sessões com duração de 1h30m, tendo de 4 a 6 participantes e as temáticas trabalhadas foram: Psicoeducação sobre TAG, identificação e monitoramento dos sintomas, relaxamento muscular progressivo, reestruturação cognitiva e exposição gradual com hierarquia de 10 situações. Outro protocolo em formato grupal é o de Wetherell, Gatz e Craske (2003), onde os autores propuseram 12 sessões com duração de 1h30min, tendo de 4 a 6 pacientes e as temáticas foram: Psicoeducação sobre natureza e funcionamento da ansiedade, monitoramento de sintomas em situações ansiosas, treino de relaxamento, reestruturação cognitiva, exposição à preocupação, dessensibilização sistemática e prevenção do comportamento de preocupar-se.

Santos (2018) propôs um protocolo grupal para TAG, desenvolvido com 10 participantes, estruturado em 12 sessões semanais, com duração de 2 horas, sendo duas dessas sessões apenas para a técnica de *Mindfulness*. Na aplicação de seu protocolo, a autora evidenciou que protocolo obteve mais eficácia em relação aos aspectos comportamentais do que cognitivos, principalmente na redução modesta dos sintomas de preocupação e apontou a

necessidade de aperfeiçoamento do mesmo. Dentre essas possíveis alternativas para o aprimoramento do protocolo estão a ampliação das sessões, ampliação do trabalho cognitivo, dando maior ênfase à reestruturação cognitiva; aplicação do protocolo em uma amostra maior e utilização de instrumentos de rastreio que avaliem os aspectos cognitivos mais especificadamente.

## 4. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Este trabalho está dividido em duas partes. A primeira tratar-se-á da construção de um protocolo de intervenção cognitivo comportamental e para tal, buscou-se a partir de levantamentos bibliográficos na literatura nacional e internacional em materiais publicados e disponíveis eletronicamente (domínio público), bem como materiais impressos, obras (livros), artigos e demais trabalhos acadêmicos que abordam as informações acerca do tema apresentado. A segunda parte será um artigo onde apresentamos a pesquisa de campo que se constitui de um ensaio clínico randomizado, com a descrição de todo o procedimento metodológico e os dados encontrados, assim como a análise estatística dos mesmos e avaliação de seus resultados.

### 4.1 Proposta de protocolo

O protocolo desenvolvido a partir do presente trabalho, debruça-se sobre os conceitos apresentados aqui, fundamentando-se nas principais técnicas do tratamento cognitivo-comportamental para o TAG, sendo um dos primeiros modelos de protocolos fechados construídos no país, e não apenas adaptações transculturais. Entre as principais fundamentações do protocolo estão o papel da intolerância à incerteza e de problemas interpessoais na manutenção do TAG. O Quadro 1 apresenta o protocolo e a descrição de cada sessão.

Quadro 1 – Síntese do protocolo de tratamento em grupo para TAG

Plano de tratamento de <b>10 sessões</b> - Duração <b>2h00</b> - <b>6</b> Participantes
I - Avaliação pré tratamento: Triagem, aplicação dos instrumentos de rastreio.  Nesta sessão foram aplicados os instrumentos de avaliação em cada um dos participantes, além de uma entrevista clínica. A entrevista e aplicação dos instrumentos durou aproximadamente 50 minutos com cada participante. Foi necessário mais de um dia para cumprir a fase de avaliação pré tratamento.
<b>Sessão 1:</b> Integração do grupo; contrato terapêutico; funcionamento do grupo Agenda da sessão: Momento quebra gelo; Psicoeducação sobre TAG; Trabalhando questões interpessoais: Exercício “Como eu me vejo” Atividades: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ciclo da preocupação (Anexo 1);</li><li>• Folha de auto monitoria (Anexo 2);</li><li>• Tarefa de casa: preencher a folha ciclo de preocupação quando estiverem ansiosos.</li></ul>

<p><b>Sessão 2:</b> Psicoeducação sobre TAG; Trabalhando questões interpessoais: Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de intolerância a incerteza;</li> <li>• Folha de auto monitoria;</li> </ul>
<p><b>Sessão 3:</b> Revisão da sessão anterior e tarefas de casa; discutir as principais distorções cognitivas (Anexo 3); Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercício “Distinguindo situações, estados de Humor e pensamentos” (Anexo 4);</li> <li>• Tarefa de casa: Avaliar distorções cognitivas; folha de auto monitoria.</li> </ul>
<p><b>Sessão 4:</b> Revisão da sessão anterior e tarefas de casa; iniciar treino em registro de pensamentos; apresentar objetivo da técnica de relaxamento muscular progressivo; Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade “testando seus pensamentos” (Anexo 5)</li> <li>• Relaxamento muscular progressivo; (Anexo 6)</li> <li>• Tarefa de casa: Registrar pensamentos; Relaxamento muscular progressivo e Auto monitoria</li> </ul>
<p><b>Sessão 5:</b> Revisão da sessão anterior e tarefas de casa; Avaliar necessidade de certeza; Avaliar e desafiar crenças sobre a preocupação; Relaxamento muscular; Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade “Preocupação da Fantasia temida” (Anexo 7)</li> <li>• Relaxamento muscular progressivo;</li> </ul>
<p><b>Sessão 6:</b> Revisão da sessão anterior e tarefas de casa; Treino de assertividade: Dizer não; Introdução da estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direito Assertivo (Anexo 8)</li> <li>• Tarefa de casa: Registro de pensamentos, Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E (Anexo 9), treinar assertividade nas situações cotidianas (dizer não).</li> </ul>
<p><b>Sessão 7:</b> Revisão da sessão anterior e tarefas de casa; Treino de assertividade: Pedir mudança de comportamento, pedir ajuda e receber críticas; Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarefa de casa: Registro de pensamentos, Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E, treinar assertividade nas situações cotidianas (pedir ajuda e receber críticas).</li> </ul>
<p><b>Sessão 8:</b> Revisão da sessão anterior e tarefas de casa; Treino de assertividade: Fazer elogios; discutir crença de Albert Ellis: “É terrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do jeito que a gente quer”; Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaxamento mental (Anexo 10);</li> <li>• Tarefa de casa: Registro de pensamentos, relaxamento, treinar assertividade.</li> </ul>
<p><b>Sessão 9:</b> Revisão da sessão anterior e tarefas de casa; Exposição a preocupação; Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curtograma; (Anexo 11)</li> <li>• Tarefa de casa: Registro de pensamentos, relaxamento.</li> </ul>
<p><b>Sessão 10:</b> Revisão da sessão anterior e tarefas de casa; Construção do plano de trabalho; Aplicação dos instrumentos de avaliação.</p>

II - Avaliação pós tratamento: Aplicação dos instrumentos de avaliação em todos os grupos participantes da pesquisa.

Fonte: Elaboração própria

#### 4.1.2 Desenvolvimento do Protocolo

##### Sessão 1

Na primeira sessão foi iniciado com uma dinâmica quebra gelo, para facilitar o rapport entre os membros do grupo e o terapeuta. Questões como sigilo, atrasos e faltas foram abordados no contrato psicológico do grupo. Em seguida abordou-se a psicoeducação sobre a TAG, sendo apresentado o modelo cognitivo sobre a ansiedade e informações sobre a demanda.

Visando abordar as relações interpessoais, utilizou-se o exercício “como eu me vejo”, os pacientes registraram em uma folha, quadro abaixo, como enxergavam suas relações sociais numa escala de 0-10.

Relação	Desempenho atual 0-10	Como é:	Como gostaria que fosse:
Ex: Filha, irmã, amiga	Ex: 7		

Quadro 3: Exercício como eu me vejo. Fonte: Elaboração Própria

##### Sessão 2

Na segunda sessão, no primeiro momento trabalhou-se o exercício de casa do encontro anterior. A partir disso, introduziu-se a psicoeducação sobre o TAG e foi apresentado aos pacientes o modelo de intolerância a incerteza. Todo o processo de psicoeducação foi feito a partir de uma conversa e explicação entre os participantes do grupo.

### **Sessão 3**

Na terceira seção, os pacientes aprenderam a identificar suas distorções cognitivas mais frequentes, a partir de uma lista com as principais delas. Inicialmente, os pacientes apresentam dificuldade em distinguir emoções, sentimentos, situações e pensamentos, a fim de treina-los em relação a isso, utilizou-se o exercício “Distinguindo situações, estados de humor e pensamentos”

### **Sessão 4**

Nesta sessão trabalhou-se a aprendizagem das habilidades de enfrentamento através de questionamentos que compõe a folha “testando seus pensamentos”. Os pacientes utilizaram evidências para validar ou não suas interpretações dos acontecimentos.

Nesta sessão os pacientes serão submetidos ao relaxamento muscular progressivo que tem como objetivo treinar o cliente a perceber níveis diferentes de tensão muscular e utilizá-los como sinalizadores do início do processo de ansiedade.

### **Sessão 5**

Nesta sessão trabalhou-se a necessidade de certeza nas diversas situações da vida, e a partir da discussão sobre essa necessidade, identificar crenças sobre a preocupação. Através da atividade “Preocupação da Fantasia temida”, trabalhou-se avaliação sobre as crenças e o custo benefício de cada uma delas.

### **Sessão 6**

Na sexta sessão as relações interpessoais foram o foco, e com isso utilizou-se o treino de assertividade. O treino de assertividade iniciou-se com o comportamento de dizer não e para isso utilizou-se a atividade desenvolvida por Barbosa (2000), que destaca 20 autoafirmações, que foram lidas e debatidas. Nesta sessão foi introduzida a estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E (Rangé, 1995), com o objetivo de conduzir o paciente à aceitação das sensações corporais resultantes da TAG.

## **Sessão 7**

Nesta sessão, deu-se prosseguimento ao treino de assertividade, trabalhando situações em que este necessite pedir mudança de comportamento de alguém ou quando recebe uma crítica. A Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E foi utilizada novamente nessa sessão.

## **Sessão 8**

A sessão se inicia com um relaxamento mental, descrito em anexo. Treinou-se os pacientes na produção de imagens, visando com isso prepará-los para exposição imaginária na sessão seguinte. A terceira e última parte do treino de assertividade é apresentada aos participantes do grupo. Trabalhou-se a assertividade positiva, isto é, fazer elogios, receber elogios, oferecer ajuda etc. Essa atividade foi desenvolvida a partir de dramatizações.

Trabalhou-se a crença de Albert Ellis (É terrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do jeito que a gente quer), com o objetivo de trabalhar a aceitação para situações desagradáveis.

## **Sessão 9**

Nesta sessão inicia-se a busca de atividades que os pacientes gostam e não fazem, através do uso do curtograma, com o objetivo que os pacientes busquem atividades prazerosas e não vivam em torno da evitação de problemas. Esta atividade também tem objetivo da prevenção de recaída.

## **Sessão 10**

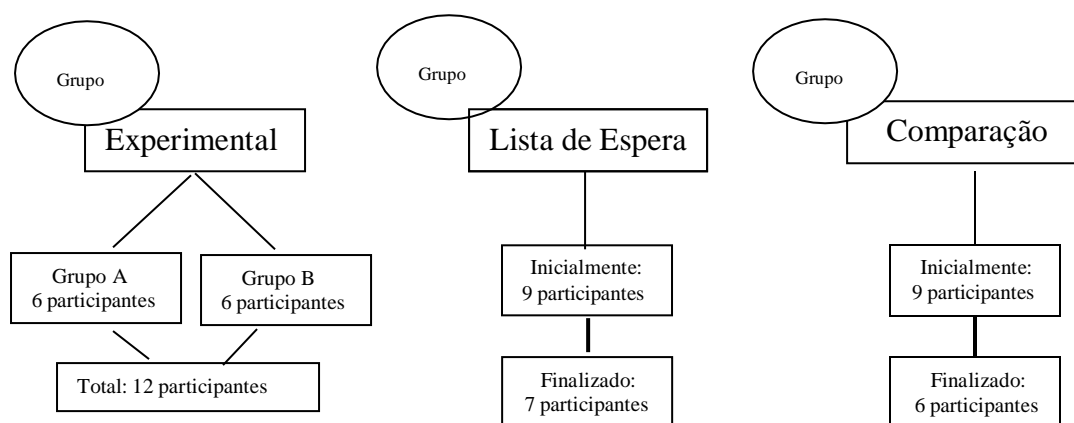
Nesta sessão trabalhou-se o fechamento do trabalho, traçando um plano de trabalho para os pacientes continuarem fazendo uso das técnicas de controle de ansiedade. Cada paciente construiu seu plano, escolhendo as técnicas que lhe foram mais benéficas ao longo do processo. Também foram aplicados os instrumentos psicométricos para avaliação da eficácia do tratamento.

## **4.2 Delineamento**



Foi desenvolvido um ensaio clínico randomizado estruturado em dois eixos: um em relação aos participantes com TAG que receberam a intervenção em grupo e outro com participantes com TAG que não receberam nenhum tipo de intervenção no primeiro momento (grupo de lista de espera). A pesquisa também contou com um grupo de comparação, com participantes que não apresentaram indicativos de transtornos mentais comuns durante o processo de triagem. Esses participantes foram convidados a permanecer na pesquisa nas etapas de avaliação pré e pós tratamento, estando cientes que não receberiam tratamento em nenhuma fase desse estudo.

O estudo se estruturou com cinco grupos com diferentes aspectos experimentais: um grupo experimental dividido em A e B, um grupo de lista de espera, e um grupo de comparação, totalizando inicialmente 30 participantes.



**Figura 1.** Deliniamento de Pesquisa

**Fonte:** Elaboração própria.

O grupo experimental foi dividido em A e B pois o protocolo construído nessa pesquisa foi estruturado para aplicação em grupo de 6 pessoas. O grupo lista de espera foi inicialmente planejado para ter 12 participantes e também seria dividido em grupo A e B, entretanto o número de inscritos na pesquisa não alcançou o número desejado. Por esse motivo, o grupo contou com 9 participantes, tendo sido finalizado com 7 participantes em decorrência de desistências. Também houveram três desistências no grupo comparação, tendo sido finalizado com 5 participantes.

### 4.3 Instrumentos

Foram utilizados para obtenção dos resultados da pesquisa os dados de natureza quantitativa obtidos através das seguintes escalas de autopreenchimento:

**a) Transtorno Geral de ansiedade (GAD – 7)** – Instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento da ansiedade. É composto por 7 itens, dispostos em uma escala de 4 pontos: 0 (nenhuma vez) e 3 (quase todos os dias). Sua pontuação varia de 0 a 21, avaliando a frequência de sinais e sintomas de ansiedade num período de duas semanas. Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade, valor igual ou maior que 10. A tradução para a língua portuguesa foi feita por Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY), com registro de evidência de validade no Brasil (MAPI RESEARCH INSTITUTE, 2006).

**b) Inventário de ansiedade de Beck (BAI)** – Escala do tipo Likert destinada a medir o nível de ansiedade através de 21 itens, que avaliam a presença e a intensidade dos sintomas ansiosos. A pontuação do teste pode indicar o grau mínimo de ansiedade (de zero a dez pontos); ansiedade leve, (de 11 e 19 pontos); ansiedade moderada, (entre 20 e 30); e ansiedade grave (entre 31 e 63 pontos) (Cunha, 2001).

**c) Inventário de depressão de Beck (BDI)** - Escala do tipo Likert, com vinte e um grupos de afirmações, é destinada a medir a intensidade da depressão. Os escores de pontuação podem variar da seguinte forma: 0 a 11, nível mínimo de depressão; 12 a 19, depressão leve; 20-35, depressão moderada; e 36-63 depressão severa (Cunha, 2001).

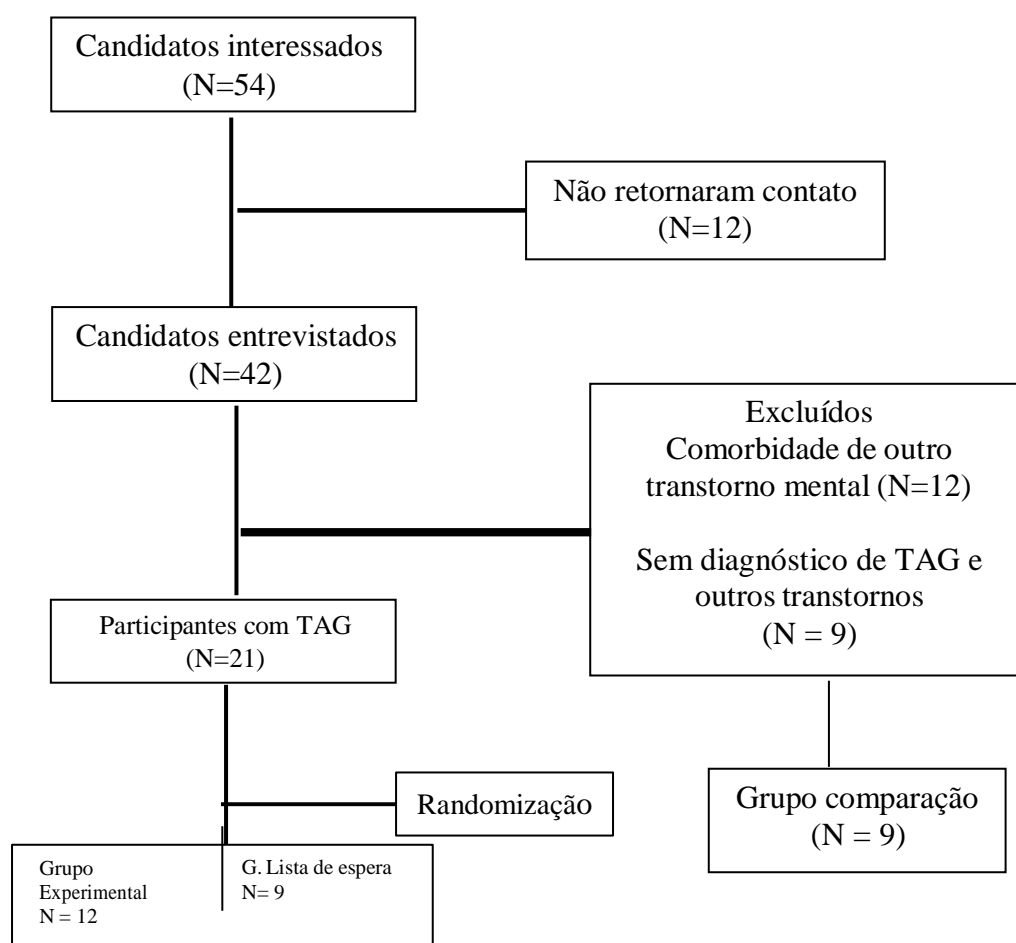
**d) Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia (PSWQ)** - Questionário de 16 itens de auto avaliação que mede a intensidade do nível de preocupação. Sendo amplamente utilizado para avaliar a tendência geral do indivíduo em se preocupar excessivamente. Foi desenvolvido especificamente para avaliar a intensidade e excesso de preocupação sem considerar aspectos específicos das preocupações. Cada item indica uma situação e é acompanhado por uma escala de respostas tipo-Likert de cinco pontos representando quanto adequado o indivíduo se sente em relação à situação dele ou dela. O

ponto de corte indicado para este instrumento é de 45 pontos, entretanto Clark & Beck (2012) apontam que em relação ao rastreio do TAG é necessário que se trabalhe com o ponto de corte de 60 ou mais, tendo em vista que a preocupação é uma característica presente em muitos outros transtornos. Através destas escalas e de uma ficha de Triagem Padrão identificar-se-á o nível de ansiedade generalizada, bem como as possíveis comorbidades que poderiam inviabilizar o tratamento.

#### **4.4 Procedimentos**

A proposta de intervenção do grupo terapêutico foi divulgada digitalmente com o título “Transtorno de ansiedade generalizada: grupo de tratamento” e os interessados realizaram suas inscrições em formulário online, onde foram solicitadas informações como nome, idade, telefone e disponibilidade de horário para as reuniões semanais. Em seguida a pesquisadora entrou em contato com os interessados para agendar uma entrevista inicial, na qual foram aplicados instrumentos de rastreio como parte da avaliação inicial.

Ao todo, 54 pessoas demonstraram interesse em participar da pesquisa. Dessas 54 pessoas, 12 pessoas não retornaram o contato inicial. No período das entrevistas iniciais 11 participantes foram excluídos por apresentarem comorbidade com outros transtornos mentais, e 9 participantes não apresentavam indicativo de transtorno mental, sendo esses alocados no grupo de comparação. Depois disso, restaram 21 participantes que foram distribuídos nos grupos experimental e lista de espera através da randomização por sorteio. Ao todo, finalizou-se o processo com 30 participantes selecionados.



**Figura 2.** Fluxograma dos participantes interessados na pesquisa

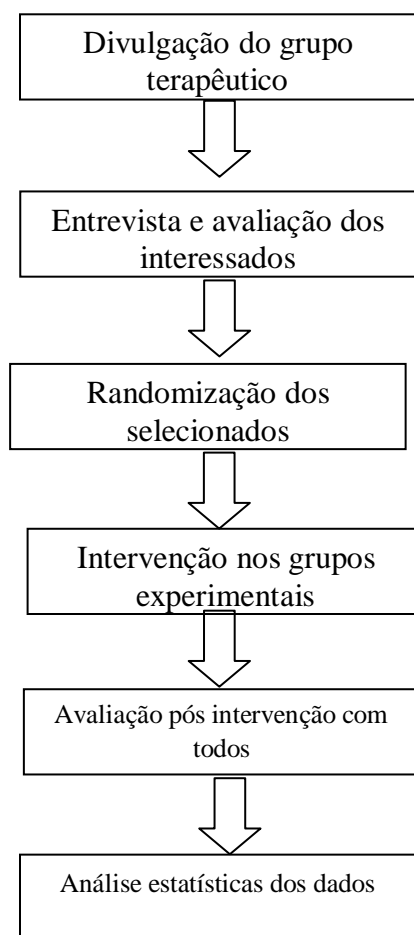
**Fonte:** Elaboração própria.

Os participantes foram esclarecidos sobre os procedimentos acerca da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram utilizados os seguintes instrumentos para rastreamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada e avaliação geral da saúde mental dos alunos: GAD-7, BAI, BDI e PSWQ. Essas mesmas escalas foram utilizadas como formas de avaliação pré e pós-intervenção. O principal critério de inclusão no grupo experimental e lista de espera foi o participante ser maior de 18 anos, atender aos critérios de diagnóstico para TAG estabelecidos no DSM – 5 e obtenção de níveis significativos nos instrumentos como apresentado a seguir. No GAD-7 foi necessário apresentar escore maior que dez, pois é a nota de corte do instrumento; No BAI e BDI necessário apresentar níveis de ansiedade e depressão moderada ou grave; No PSWQ foram

selecionados os participantes que apresentaram escore maior que sessenta, o que corresponde a alto nível de preocupação.

Para critérios de exclusão foram adotados os seguintes termos: participantes que apresentaram comorbidades como transtornos psicóticos ou abuso de substâncias, ser menor que 18 anos, estar em tratamento psicoterapêuticos nos últimos 12 meses. Os participantes foram esclarecidos, desde primeiro contato, sobre a possibilidade da lista de espera para oferta futura do tratamento. Para a distribuição dos participantes nos grupos experimental x lista de espera foi realizada randomização através de sorteio.

Os participantes que, na avaliação pré intervenção não apresentaram indicativo de TAG, foram distribuídos no grupo de comparação. Todos os participantes que permaneceram ao longo de toda pesquisa, participaram da última etapa, de avaliação pós intervenção, com objetivo fim de comparação da sintomatologia dos sintomas entre eles. Para maior entendimento, segue as etapas da pesquisa na figura abaixo:



**Figura 3.** Fluxograma da pesquisa  
**Fonte:** Elaboração própria.

Foi oferecido ao grupo de lista de espera, que ao fim da pesquisa, eles receberiam o tratamento ofertado ao grupo experimental. Todos os participantes do grupo de lista de espera manifestaram interesse em receber a intervenção ao fim da pesquisa.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética por meio da plataforma Brasil e foi aprovado através do **Parecer número 4. 800. 611**. Iniciada a pesquisa, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencheram um conjunto de questionários que avaliou características sociodemográficas e sintomatologia de transtornos de ansiedade. Durante esta fase da avaliação, todos foram devidamente informados que poderiam abandonar o estudo em qualquer etapa. Também foram avisados que suas informações se manterão anônimas e que nenhuma informação individual será disponibilizada.

#### **4.6 Análise estatística**

A análise dos dados foi feita através do programa SPSS versão 20 para Windows®, produzindo-se tabelas e gráficos. Foi realizada uma estatística descritiva onde foram apresentadas as proporções, valores médios e desvios-padrão (DP). Para a apresentação da estatística analítica foi feita a comparação entre os scores pré e pós intervenção utilizado-se teste não-paramétrico de comparação de médias para amostras pareadas e para as variáveis categóricas utilizaram-se os Teste de qui-quadrado e Exato de Fischer.

## **5. ARTIGO 1**

### **Eficácia do tratamento cognitivo comportamental em grupo para TAG<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado à revista Psicologia, saúde & doenças seguindo as normas da revista.

## **Eficácia do tratamento cognitivo comportamental em grupo para TAG<sup>2</sup>**

*Ellen Mariane Silva Santos<sup>1</sup>, Wanderson Fernandes de Souza<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Instituto de Educação, Mestranda em Psicologia e Psicóloga, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro;

<sup>2</sup> Departamento de Psicologia, Professor Associado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro;

### **Artigo Original**

**Número total de palavras: 4932**

**Responsável:** Ellen Mariane Silva Santos

**Endereço:** Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Instituto de Educação – PPGPSI  
BR 465, km 7 S/N – Campus Sede  
CEP: 23890-000 Seropédica- Rio de Janeiro

**Tel:** 21-97949-5092

**E-mail:** ellenmarianepsi@gmail.com

---

<sup>2</sup> Artigo apresentado à revista Psicologia, saúde & doenças seguindo as normas da revista.



## **Efetividade do tratamento cognitivo comportamental em grupo para TAG<sup>3</sup>**

*Effectiveness of group cognitive behavioral treatment for GAD*

### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a eficácia do protocolo de tratamento cognitivo comportamental em grupo para o transtorno de ansiedade generalizada em jovens adultos. **Métodos:** Foi realizado um estudo clínico randomizado com três grupos: experimental, lista de espera e grupo comparação. As escalas: Inventário de ansiedade de Beck (BAI), Transtorno Geral de ansiedade (GAD – 7), Inventário de depressão de Beck (BDI) e Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia (PSWQ) foram utilizadas para avaliar os sintomas antes e após a intervenção. A amostra foi descrita utilizando-se média e desvio padrão para as variáveis contínuas e frequências para as variáveis categóricas. **Resultados:** O grupo experimental apresentou melhora significativa em todas variáveis observadas, enquanto grupo de lista de espera não apresentou mudança nos sintomas avaliados antes e após a intervenção. O grupo comparação, que não tinha indicativo de transtorno mentais, também não apresentou diferença nos escores encontrados. **Discussão:** O protocolo de tratamento cognitivo comportamental apresentado no presente estudo se mostrou eficaz no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. Acredita-se que, apesar das limitações do presente estudo, ele contribui de forma positiva para a literatura da área uma vez que apresenta um protocolo de tratamento em grupo inédito.

**Palavras-chave:** Transtorno de ansiedade generalizada; Terapia em grupo; Estudo clínico randomizado.

### **ABSTRACT**

**Aim:** Evaluate the efficacy of the protocol for cognitive-behavioral treatment in groups of young adults with GAD. **Methods:** A randomized clinical trial composed of three groups (experimental, wait list control group and comparison group) was conducted. The rating scales: Beck Anxiety Inventory (BAI), Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD - 7), Beck Depression Inventory (BDI) and Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) have been used to assess the symptoms prior and after the intervention. The sample has been described using mean and standard deviation for the continuous variables and frequencies for the categorical variables. **Results:** The experimental group has shown significant improvement in all the observed variables, while the wait list control group has not shown any change in the symptoms assessed before and after the intervention. The comparison group, which had no indications of mental disorders, has not presented a difference in the scores either. **Discussion:** the protocol for cognitive-behavioral treatment presented in this paper has proved its efficacy in the treatment for generalized anxiety disorder. It is believed that, despite its limitations, this study contributes positively for the literature in this field since it presents a protocol for treatment in an unprecedented group.

**Key words:** Generalized anxiety disorder; Group therapy; Randomized clinical trial.

---

<sup>3</sup> Artigo apresentado à revista Psicologia, saúde & doenças seguindo as normas da revista.

## INTRODUÇÃO

A ansiedade é tida como uma emoção natural, um sentimento que cerca o homem em sua vida. A ansiedade tem como papel central ser um sinal de alerta, permitindo que o indivíduo permaneça atento a perigos e ameaças existente em sua realidade externa (Pitta, 2011). No entanto, ao atingir graus elevados e contínuos ela é considerada patológica, pois causa um desequilíbrio emocional no indivíduo, fazendo com que permaneça em um estado de alerta constante, representando assim o que denominamos como transtornos de ansiedade (Obelar, 2016).

A ansiedade patológica se configura a partir de sua intensidade, pelo padrão repetitivo, anacrônico e desproporcional frente a realidade, sendo caracterizada como um sentimento desagradável de preocupação recorrente e negativa em relação ao futuro (Pitta, 2011; Reyes & Fermann, 2017).

Em relação a prevalência, os transtornos mentais são os mais presentes no mundo (12,6% ao ano) (Brentini *et al.*, 2018). A Organização Mundial da Saúde organizou uma pesquisa, nos quais indicou que a proporção da população global com transtornos de ansiedade em 2015 era estimada em 3,6% (264 milhões de pessoas), significando um aumento de 14,9% em relação aos anos anteriores, tendo como relação o envelhecimento e aumento da população mundial. Uma variável importante diz respeito ao gênero, uma vez que maior parte das pesquisas aponta que os transtornos de ansiedade são mais comuns em mulheres (4,6%) do que homens (2,6%) se observado em um nível global. O Brasil se apresenta como um dos países com maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade, tendo uma média de 9,3% dos brasileiros sofrendo com algum tipo de transtorno de ansiedade (Andrade *et al.*, 2019).

Os principais transtornos de ansiedade são o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno do Pânico, Fobias Específicas, Ansiedade Generalizada, Ansiedade Social, e Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Eles se diferenciam a partir de suas características, como sentimentos envolvidos e a situação desencadeadora de ansiedade ou medo. Dentre os Transtornos de Ansiedade, descritos na décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e conforme os critérios da American Psychiatric Association (DSM-5), o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

O TAG se caracteriza pela recorrente ansiedade e preocupação excessivas acerca de eventos, atividades e estímulos, os quais causam no indivíduo um estado de nervosismo persistente, causando tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Segundo a o DSM-5, os critérios diagnósticos desse transtorno se referem ao tempo e presença de alguns sintomas. É necessário que o indivíduo apresente preocupação excessiva por pelo menos 6 meses, a qual deve ser acompanhada por pelo menos três dos seguintes sintomas: irritabilidade, fadigabilidade, inquietação, perturbação do sono, tensão muscular ou dificuldade de concentração (APA, 2014). O citado transtorno está entre um dos transtornos mentais mais encontrados na prática clínica e, historicamente foi considerado como um transtorno leve, entretanto, atualmente é avaliado como uma doença crônica, associada à comorbidades potencialmente graves, além de causar altos custos sociais e individuais (Reyes & Fermann, 2017).

Menezes *et al.*, (2017) apontam uma problemática em torno do processo diagnóstico do TAG. Por apresentar sintomas físicos como dor no peito, tremores, enjoos e dor de estômago, os pacientes acabam recorrendo a clínicos gerais ou gastroenterologistas, causando assim um sub diagnóstico, pois a possibilidade de transtorno mental dificilmente é considerada (Menezes *et al.*, 2017). Os sintomas do TAG podem causar prejuízo significativo no dia a dia do indivíduo, levando a incapacitação na realização de tarefas. Além desses prejuízos, o TAG também pode se associar a complicações como o abuso de drogas e os quadros depressivos com risco de suicídio além das dificuldades sociais e econômicas (Andrade *et al.*, 2019).

Diversas hipóteses são encontradas ao tentar identificar uma explicação etiológica do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Entre essas hipóteses estão a contribuição genética, que se entende pelo fato de que a presença de transtornos mentais podem ser desencadeadas pelo fato de ter familiares portadores de transtornos mentais. Também se inclui a eventos traumáticos, exposição a eventos altamente estressores e presença de outros transtornos mentais (Brentini *et al.*, 2018).

Essas teorias, entretanto, ainda não conseguem responder à questão da crescente prevalência de transtornos mentais, incluindo a acentuada prevalência do TAG. Muitas questões podem ser apontadas como contribuições para a progressão de ansiedade fisiológica para patológica como: pressões sociais, políticas, econômicas e avanço tecnológico, uma vez que a velocidade das mudanças atuais acaba gerando um estresse, que pode ser transformado

em raiva extrínseca, medo e ansiedade, em raiva intrínseca, como depressão (Brentini *et al.*, 2018).

Diante do diagnóstico de TAG, os dois principais tratamentos indicados são as psicoterapias e os medicamentos, sendo normalmente indicado a combinação das duas terapêuticas. A principal classe de medicamentos usados no tratamento dos transtornos de ansiedade são os antidepressivos, que podem, em sua maioria tratar com eficiência sintomas ansiosos, diminuindo a reação física e patológica dos fóbicos sociais em situação de exposição social, inibir ataques de pânico, etc. (Filho & Silva, 2013). Outro grupo de fármacos importantes são os benzodiazepínicos, conhecidos popularmente como calmantes, indutores de sono e ansiolíticos (Brentini *et al.*, 2018).

A Psicoterapia é apontada como a base principal do tratamento dos transtornos mentais, tendo a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) apresentado os melhores resultados científicos em relação a eficácia no tratamento (Brentini *et al.*, 2018). A TCC tem como principal objetivo a conscientização dos pacientes de que existem pensamentos, expectativas, atitudes e crenças negativas automáticas que contribuem para o desencadeamento de sentimentos negativos e ansiedade. A partir disso, é possível identificar padrões de pensamento, facilitando na identificação de padrões ansiosos e que fazer para alterá-los afim de reduzir o sofrimento gerado pela ansiedade (Saaed Sa *et al.*, 2019).

Dentre os formatos terapêuticos possíveis estão o individual e a terapia em grupo. A TCC em grupo tem como objetivo a reestruturação cognitiva dos pensamentos negativos e disfuncionais que o indivíduo apresenta diante das situações vividas, e com isso proporcionar o alívio de sintomas, por meio de técnicas comportamentais como exposições autoguiadas e in-vivo (Beck, 2007).

Diversos autores (Wells, 1995; Borkovec & Roemer, 1995) cunharam modelos visando explicar o funcionamento do TAG. Dentre os modelos propostos pode-se destacar o modelo cognitivo de intolerância à incerteza dos autores, Dugas *et al.*, (1998), em que propõem que os pacientes com TAG experimentam sintomas de ansiedade quando confrontados com situações incertas ou ambíguas. Diante da incerteza, o indivíduo acredita que a preocupação é um fator de prevenção e utiliza-se desse recurso como estratégia, impedindo formas mais saudáveis de enfrentamento.

Pereira (2005) em uma proposta de protocolo cognitivo comportamental para TAG, no formato individual, indicou que é necessário dar maior foco aos problemas interpessoais no tratamento do transtorno. O autor destaca que:

“O tratamento de problemas interpessoais pode exercer um efeito importante nos resultados da terapia, porém, necessita estudos experimentais para validar sua inclusão no tratamento deste transtorno” (Pereira, 2005, p. 81).

Alguns ensaios clínicos randomizados foram avaliados no tratamento para o TAG em ambos os formatos: individuais (Dugas & Robichaud, 2007; Gosselin *et al.*, 2006; Ladouceur *et al.*, 2000), bem como em grupos (Dugas *et al.*, 2003), com resultados que apoiam a eficácia de ambas as formas de tratamento quando comparado com grupos de listas de espera, entretanto nenhum desses estudos citados foi realizado no Brasil (Dugas *et al.*, 2003; Dugas & Robichaud, 2007; Ladouceur *et al.*, 2000).

Diante de tais achados, o presente trabalho se propôs a desenvolver um protocolo de tratamento cognitivo comportamental em grupo para o transtorno de ansiedade generalizada. Tal protocolo se fundamentou no modelo cognitivo de intolerância à incerteza dos autores Dugas *et al.*, (1998) e dos problemas interpessoais proposto por Pereira (2005) e para avaliar a eficácia do protocolo proposto, foi realizado um estudo clínico randomizado.

## **MÉTODOS**

A presente pesquisa se dividiu em dois momentos, sendo o primeiro deles a criação de um protocolo de tratamento cognitivo comportamental em grupo para o transtorno de ansiedade generalizada. O protocolo teve como foco diminuir a intolerância a incerteza e trabalhar questões interpessoais no TAG, que tem sido um dos aspectos mais observados como fatores de manutenção do transtorno. O protocolo contou com 10 sessões semanais, com duração de 2 horas e estruturado para 6 participantes por grupo. Para avaliação da efetividade do protocolo, foi desenvolvido um ensaio clínico randomizado estruturado em dois eixos: um em relação aos participantes com TAG que receberam a intervenção em grupo e outro com participantes com TAG que não receberam nenhum tipo de intervenção no primeiro momento (grupo de lista de espera).

A pesquisa também contou com um grupo de comparação, com participantes que não apresentaram indicativos de transtornos mentais comuns durante o processo de triagem.

Esses participantes foram convidados a permanecer na pesquisa nas etapas de avaliação pré e pós tratamento, estando cientes que não receberiam tratamento em nenhuma fase desse estudo.

**Tabela 1:** Resumo do protocolo de tratamento proposto.

PROTOCOLO DE TRATAMENTO - SANTOS (2022)	
Avaliação pré Intervenção	Triagem, aplicação dos instrumentos de rastreio
Sessão 1	Integração do grupo; contrato terapêutico; Psicoeducação sobre TAG;
Sessão 2	Psicoeducação sobre TAG; Trabalhando questões interpessoais
Sessão 3	Distorções cognitivas; Identificação de estamos de humor e pensamentos
Sessão 4	Iniciar treino em registro de pensamentos; técnica de relaxamento muscular progressivo;
Sessão 5	Avaliar e desafiar crenças sobre a preocupação; Relaxamento muscular;
Sessão 6	Treino de assertividade; Introdução da estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E
Sessão 7	Treino de assertividade; Introdução da estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E
Sessão 8	Treino de assertividade: Discução crença de Albert Ellis;
Sessão 9	Exposição a preocupação; Relaxamento muscular progressivo;
Sessão 10	Construção plano de trabalho para alta.
Avaliação pós Intervenção	Triagem, aplicação dos instrumentos de rastreio

**Fonte:** Elaboração própria.

O grupo experimental foi dividido em A e B pois o protocolo construído nessa pesquisa foi estruturado para aplicação em grupo de 6 pessoas. O grupo lista de espera foi inicialmente planejado para ter 12 participantes e também seria dividido em grupo A e B, entretanto o número de inscritos na pesquisa não alcançou o número desejado. Por esse motivo, o grupo contou com 9 participantes, tendo sido finalizado com 7 participantes em decorrência de desistências. Também houveram três desistências no grupo comparação, tendo sido finalizado com 5 participantes.

### *Participantes*

A pesquisa contou inicialmente com 30 participantes, sendo 12 participantes no grupo experimental, 9 no grupo de lista de espera e 9 no grupo comparação. Ao longo da pesquisa houveram 2 desistências no grupo de lista de espera e 4 desistências no grupo comparação, totalizando assim 26 participantes ao fim da pesquisa. Dentre esses participantes, 9 eram do gênero masculino e 17 do gênero feminino, em sua maioria brancos (88%) e com ensino superior completo, tendo uma média de idade de 25,7 anos (DP = 3,12).

### *Procedimentos*

A proposta de intervenção do grupo terapêutico foi divulgada digitalmente com o título “Transtorno de ansiedade generalizada: grupo de tratamento” e os interessados realizaram suas inscrições em formulário online, onde foram solicitadas informações como nome, idade, telefone e disponibilidade de horário para as reuniões semanais. Em seguida a pesquisadora entrou em contato com os interessados para agendar uma entrevista inicial, na qual foram aplicados instrumentos de rastreio como parte da avaliação inicial.

Ao todo, 54 pessoas demonstraram interesse em participar da pesquisa. Dessas 54 pessoas, 12 pessoas não retornaram o contato inicial. No período das entrevistas iniciais 12 participantes foram excluídos por apresentarem comorbidade com outros transtornos mentais, e 9 participantes não apresentavam indicativo de transtorno mental, sendo esses alocados no grupo de comparação. Depois disso, restaram 21 participantes que foram distribuídos nos grupos experimental e lista de espera através da randomização por sorteio. Ao todo, finalizou-se o processo de randomização com 30 participantes selecionados.

O principal critério de inclusão no grupo experimental e lista de espera foi o participante ser maior de 18 anos, atender aos critérios de diagnóstico para TAG estabelecidos no DSM – 5 e obtenção de níveis significativos nos instrumentos selecionados. Para critérios de exclusão foram adotados os seguintes termos: participantes que apresentaram comorbidades como transtornos psicóticos ou abuso de substâncias, ser menor que 18 anos, estar em tratamento psicoterapêuticos nos últimos 12 meses. Os participantes foram esclarecidos, desde primeiro contato, sobre a possibilidade da lista de espera para oferta futura do tratamento. Para a distribuição dos participantes nos grupos experimental x lista de espera foi realizada randomização através de sorteio.

Os participantes que, na avaliação pré intervenção não apresentaram indicativo de TAG, foram distribuídos no grupo de comparação. Todos os participantes que permaneceram ao longo de toda pesquisa, participaram da última etapa, de avaliação pós intervenção, com objetivo fim de comparação da sintomatologia dos sintomas entre eles.

#### *Aspectos éticos*

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética por meio da plataforma Brasil e foi aprovado através do Parecer número 4. 800. 611. Iniciada a pesquisa, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencheram um conjunto de questionários que avaliou características sociodemográficas e sintomatologia de transtornos de ansiedade. Durante esta fase da avaliação, todos foram devidamente informados que poderiam abandonar o estudo em qualquer etapa. Também foram avisados que suas informações se manterão anônimas e que nenhuma informação individual seria disponibilizada.

#### *Instrumentos*

Foram utilizados os seguintes instrumentos para rastreio do Transtorno de Ansiedade Generalizada e avaliação geral da saúde mental dos alunos: GAD-7, BAI, BDI e PSWQ. Essas mesmas escalas foram utilizadas como formas de avaliação pré e pós-intervenção. No GAD-7 foi necessário apresentar escore maior que dez; No BAI e BDI necessário apresentar níveis de ansiedade e depressão moderada ou grave que representa maior que 22 para o BAI e maior que 20 para o BDI; No PSWQ foram selecionados os participantes que apresentaram escore maior que sessenta, o que corresponde a alto nível de preocupação.

#### *Análise Estatística*

A análise dos dados foi feita através do programa SPSS versão 20 para Windows®, produzindo-se tabelas e gráficos. Foi realizada uma estatística descritiva onde foram apresentadas as proporções, valores médios e desvios-padrão (DP). Para a apresentação da estatística analítica foi feita a comparação entre os scores pré e pós intervenção utilizado-se teste não-paramétrico de comparação de médias para a amostras pareadas e para as variáveis categóricas utilizaram-se os Teste de qui-quadrado e Exato de Fischer.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados e analisados com o auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 16.0 (Nie *et al.*, 2003). Em relação às características sociodemográficas, a amostra total (n=30) foi, predominantemente, do gênero feminino (66,67%), com idade média de 25,7 anos (DP = 3,28). A predominância do gênero feminino na presente pesquisa vai de encontro com a literatura que salienta que o transtorno de ansiedade generalizada tem maior prevalência em mulheres (Newman *et. al.*, 2003; Tung *et al.* 2011).

Os resultados apresentados aqui se referem aos 3 grupos, sendo eles: grupo experimental, grupo lista de espera e grupo comparação. A idade média do grupo experimental foi de 24 anos (DP= 2,48), enquanto do grupo lista de espera foi de 26,33 anos (DP=3,57), já o grupo comparação apresentou idade média de 25,22 anos (DP=2,90), não resultando em diferenças significativas entre os grupos.

Com objetivo de realizar uma comparação entre os dados de pré e pós intervenção, de todos os grupos, foi realizado teste não-paramétrico de comparação de médias para amostras pareadas e para as variáveis categóricas utilizaram-se os Teste de qui-quadrado e Exato de Fischer.

### *Dados Pré intervenção*

No PSWQ, os participantes do grupo experimental (N=12) apresentaram escore médio 71,42 (DP=7,28), enquanto o grupo de lista espera (N=9) apresentou média de 68,78 (DP=9,60), e o grupo comparação apresentou escore médio 53,89 (DP=18,53). Houve diferença do grupo comparação com os outros dois, apresentando preocupação significativamente menor. No BAI, os participantes do grupo experimental (N=12) apresentaram escore médio 42,5 (DP=10,79), enquanto o grupo de lista espera (N=9) apresentou média de 38,11 (DP =5,77), enquanto o grupo comparação apresentou escore médio 15 (DP=2,64).

No BDI, o grupo experimental apresentou escore médio 36 (DP= 9,9), enquanto o grupo lista de espera apresentou 32,77 (DP-7,91) e o grupo comparação apresentou média 24,11 (DP=16,78). O grupo experimental e grupo de lista espera não apresentaram diferenças entre si em relação aos sintomas ansiosos em depressivos, enquanto o grupo comparação

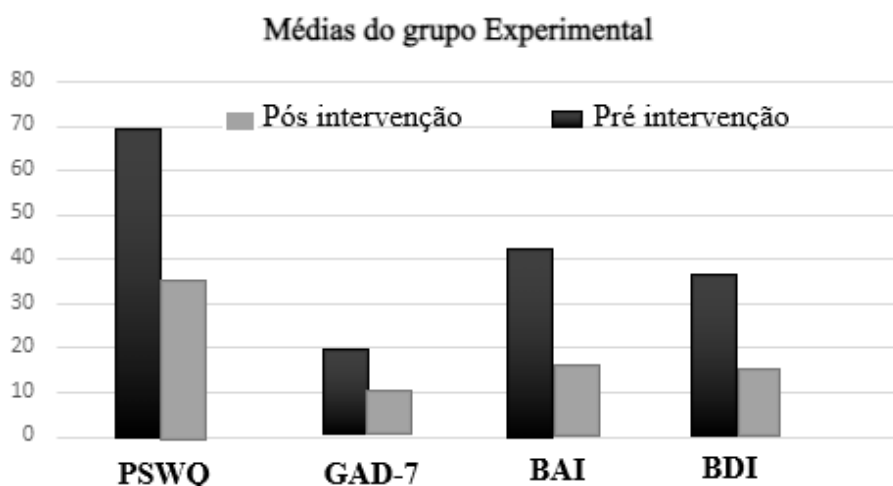
apresentou médias menores em relações aos sintomas ansiosos e depressivos, o que já era esperado, uma vez que esse era um dos critérios de inclusão na pesquisa.

No GAD-7, o grupo experimental apresentou score médio de 18,67 (DP=3,08), enquanto o grupo de lista de espera apresentou média 19,67 (DP=1,32) e o grupo comparação apresentou score médio 10,11 (DP=2,36). O grupo experimental e espera não apresentaram diferença entre si, enquanto o grupo comparação apresentou média menor que os outros dois. Isso aponta que o grupo comparação não apresentou diagnóstico de TAG, enquanto o o grupo experimental e lista de espera apresentaram.

#### *Análise Estatística Grupo Experimental*

No PSWQ, os participantes apresentavam no pré-teste um score médio de 71,42 (DP = 7,28), já no pós-teste o score médio foi de 40,75 (DP = 7,84), indicando uma redução de 30 pontos no nível de preocupação. Em relação ao GAD-7, no pré-teste os participantes apresentavam um score médio de 18,67 pontos (DP = 3,08), e no pós-teste evidenciaram um score médio de 10,08 (DP = 3,05) o que aponta uma redução de 8,59 pontos. Já em relação ao BAI, o score médio apresentados no pré-teste foi de 42,5 (DP = 9,9) e no pós-teste 17,75 (DP = 5,83) totalizando uma redução de 24,75 pontos nos sintomas ansiosos. No BDI o score médio pré-teste foi 36 (DP = 9,9) e pós-teste foi de 13,92 (DP = 3,9). O grupo experimental apresentou redução estatisticamente significativa em todas as variáveis apresentadas após a intervenção (p=0,016).

**Gráfico 1:** Médias do grupo pré e pós intervenção.



**Fonte:** Elaboração própria.

Outro ponto a ser destacado é em relação aos escores obtidos no Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia (PSWQ). A partir de algumas observações destacadas por Clark & Beck (2012), foi utilizado nesta pesquisa um ponto de corte de 60 pontos. Após a intervenção, a média do grupo experimental em relação ao instrumento citado foi de 40,75 apresentando uma redução que indica ausência de preocupação patológica. Considerando o objetivo do instrumento, que é avaliar o nível de preocupação do indivíduo, percebe-se que o protocolo proposto nessa pesquisa obteve êxito em relação a esse aspecto cognitivo do transtorno, que é um dos fatores principais de manutenção do TAG (Wells, 1995).

Na tabela abaixo (Tabela 1) resume-se os principais achados, relativos aos níveis de ansiedade pré e pós-intervenção identificados através do instrumento de rastreio BAI. Em relação ao nível de ansiedade antes da intervenção, 83,33% da amostra apresentava nível grave e 16,66% nível moderado, enquanto que após a intervenção 50% dos participantes apresentaram nível moderado, 41,66% nível leve, enquanto que apenas 8,33% (um participante) permaneceu em nível grave de ansiedade.

**Tabela 1:** Níveis de ansiedade pré e pós-intervenção.

<b>Nível de Ansiedade - BAI</b>		
<b>N</b>	<b>Pré</b>	<b>Pós</b>
1	Grave	Moderado
2	Grave	Leve
3	Grave	Grave
4	Grave	Moderado
5	Grave	Leve
6	Grave	Moderado
7	Grave	Moderado
8	Grave	Leve
9	Grave	Moderado
10	Grave	Leve
11	Moderado	Leve
12	Moderado	Moderado

**Fonte:** Elaboração própria.

Na Tabela 2 podem-se observar os níveis de depressão obtidos pré e pós-intervenção através do instrumento de rastreio BDI. Em relação ao nível de depressão antes da intervenção, 41,66% apresentaram nível grave, enquanto o restante (58,33%) apresentou nível moderado. Já em relação aos níveis de depressão pós-intervenção, 33,33% apresentaram nível mínimo, 58,33% nível leve e 8,33% nível moderado. Nota-se, em relação aos níveis apresentados pós-intervenção que nenhum participante apresentou nível grave, tendo todos participantes reduzido os níveis de sintomas depressivos.

**Tabela 2:** Níveis de Ansiedade e Depressão pós-intervenção.

<b>Nível de Sintomas Depressivos - BDI</b>		
N	Pré	Pós
1	Moderado	Mínimo
2	Grave	Leve
3	Moderado	Leve
4	Moderado	Leve
5	Grave	Leve
6	Moderado	Leve
7	Moderado	Mínimo
8	Grave	Leve
9	Grave	Moderado
10	Grave	Leve
11	Moderado	Mínimo
12	Moderado	Mínimo

**Fonte:** Elaboração própria.

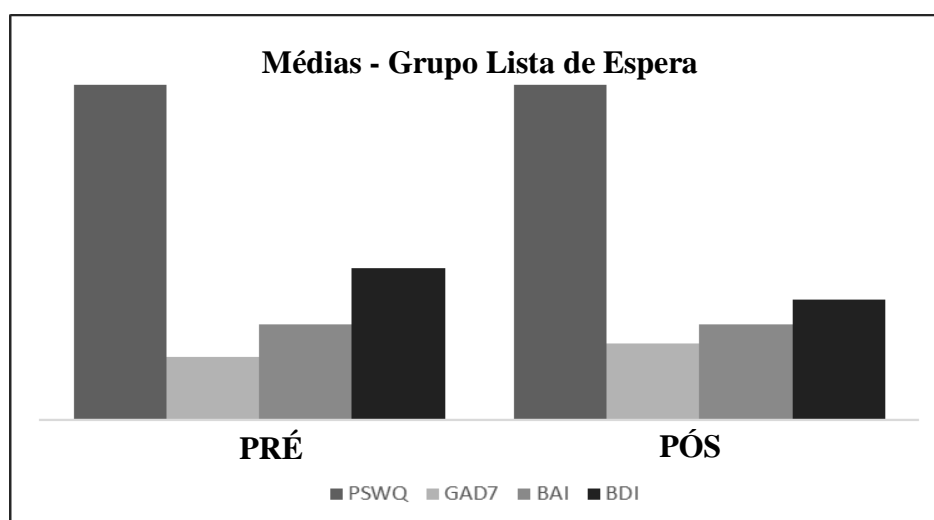
#### *Análise Estatística Grupo De Lista De Espera*

O grupo de lista de espera iniciou com 9 participantes, entretanto ao longo do estudo houveram 2 desistências. Com isso, a análise final do grupo foi feita com os participantes que continuaram na pesquisa (N=7).

No PSWQ, os participantes apresentavam no pré-teste um escore médio de 67,86 (DP = 10,86), já no pós-teste o escore médio foi de 65,57 (DP = 8,16), indicando uma redução de 2 pontos no nível de preocupação. Em relação ao GAD-7, no pré-teste os participantes

apresentavam um escore médio de 19,71 pontos (DP = 1,49), e no pós-teste evidenciaram um escore médio de 18 (DP = 3,05) o que aponta uma redução de 1,71 pontos. Já em relação ao BAI, o escore médio apresentados no pré-teste foi de 38,57 (DP = 9,9) e no pós-teste 39,29 (DP = 5,83) totalizando um aumento de 0,72 pontos nos sintomas ansiosos. No BDI o escore médio pré-teste foi 32,28 (DP = 9,9) e pós-teste foi de 26,29 (DP = 3,9) resultando em uma diferença de 5,99 pontos nos sintomas depressivos. O grupo de lista de espera não apresentou nenhuma redução significativa dos sintomas avaliados.

**Gráfico 2:** Médias do grupo pré e pós intervenção.



*Fonte:* Elaboração própria.

#### *Análise Estatística Grupo De Comparação*

O grupo de comparação iniciou com 9 participantes, entretanto ao longo do estudo houve 4 desistências. Com isso, a análise final do grupo foi feita com os participantes que continuaram na pesquisa (N=5).

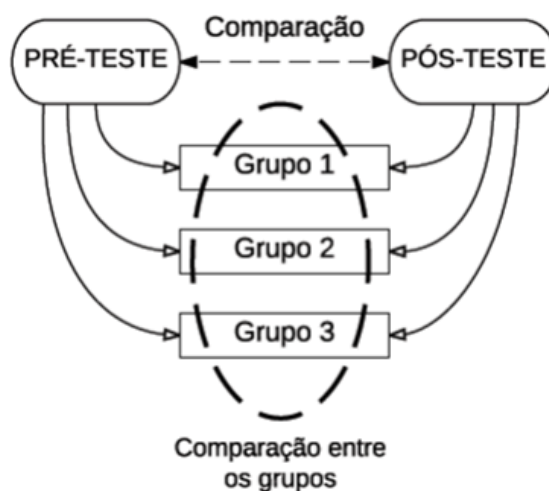
No PSWQ, os participantes apresentavam no pré-teste um escore médio de 53,89 (DP = 18,5), já no pós-teste o escore médio foi de 53,44 (DP = 9,76). Em relação ao GAD-7, no pré-teste os participantes apresentavam um escore médio de 10 pontos (DP = 2,73), e no

pós-teste evidenciaram um escore médio de 11,2 (DP = 1,22) o que aponta um aumento de 1,2 pontos. Já em relação ao BAI, o escore médio apresentados no pré-teste foi de 15,2 (DP = 1,24) e no pós-teste 15,4 (DP = 1,60). No BDI o escore médio pré-teste foi 24,2 (DP = 9,83) e pós-teste foi de 19,8 (DP = 3,9) resultando em uma diferença de 4,4 pontos nos sintomas depressivos. O grupo de comparação não apresentou nenhuma redução significativa dos sintomas avaliados, permanecendo sem indicativos de diagnóstico de transtornos mentais, tendo em vista que continuaram abaixo das linhas de corte dos instrumentos.

### *Análise Entre Grupos Pós Intervenção*

Os dados apresentados abaixo se referem as comparações dos resultados obtidos entre grupos após a intervenção, como exemplificado na imagem abaixo.

**Figura 1.** Fluxograma da trajetória de comparação dos resultados entre grupos



**Fonte:** Elaboração própria

No segundo momento da pesquisa, após a intervenção, em relação ao PSWQ, os participantes do grupo experimental (N=12) apresentaram escore médio 40,75 (DP=7,84), enquanto o grupo de lista espera (N=7) apresentou média de 65,57 (DP=8,16), enquanto o

grupo comparação apresentou escore médio 53,44 (DP=9,76). Após a intervenção o grupo experimental apresentou média inferior aos outros dois grupos, indicando que após a intervenção houve redução no nível de preocupação deste grupo, enquanto o grupo de lista de espera, que não recebeu intervenção, não apresentou diminuição de sintomas. Essa evidência vai de encontro com outras pesquisas que trabalharam com grupos experimentais e grupos de lista de espera e que também indicaram que o grupo de lista de espera manteve os mesmos níveis de sintomas ao longo do estudo (Dugas *et al.*, 2003; Dugas & Robichaud, 2007; Ladouceur *et al.*, 2000).

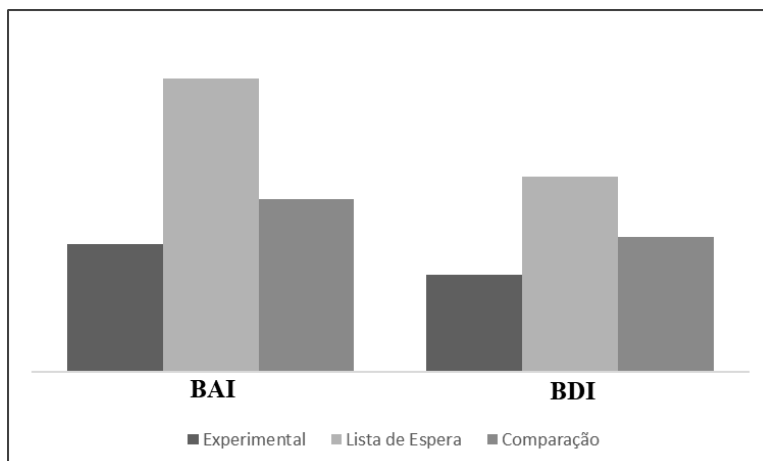
**Gráfico 3:** Médias do grupo pós intervenção.



**Fonte:** Elaboração própria.

No BAI, os participantes do grupo experimental (N=12) apresentaram escore médio 17,75 (DP=5,83), enquanto o grupo de lista espera (N=9) apresentou média de 39,29 (DP=11,7), enquanto o grupo comparação apresentou escore médio 15,4 (DP=3,57). No BDI, o grupo experimental apresentou escore médio 13,92 (DP= 3,9), enquanto o grupo lista de espera apresentou 26,29 (DP=6,9) e o grupo comparação apresentou média 19,8 (DP=11,3). O grupo experimental apresentou níveis menores que o grupo de lista de espera e comparação em relação aos sintomas ansiosos e depressivos, indicando que a intervenção obteve sucesso, uma vez que os participantes que receberam a intervenção apresentaram níveis menores até se comparados com o grupo comparação, onde os participantes não tem indicativos de transtornos mentais.

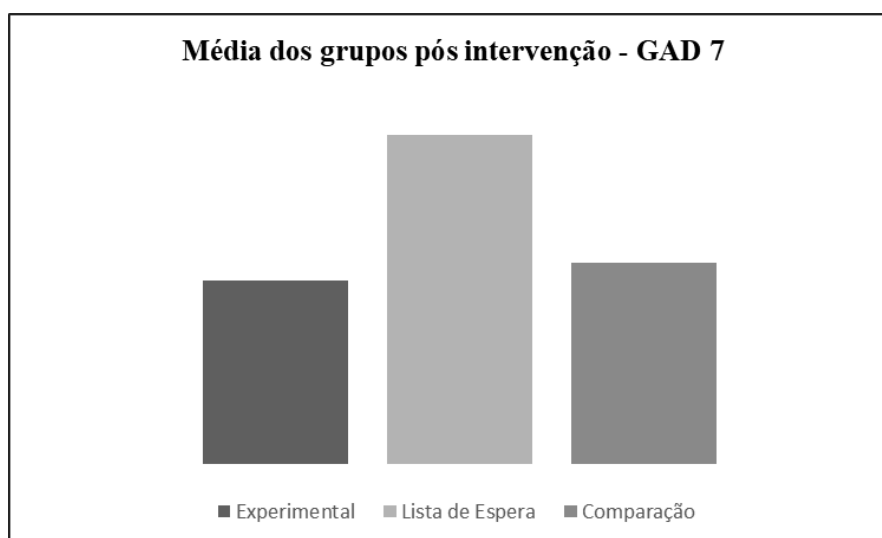
**Gráfico 4:** Médias dos grupos pós intervenção – BAI E BDI.



**Fonte:** Elaboração própria.

No GAD-7, o grupo experimental apresentou score médio de 10,08 (DP=2,06), enquanto o grupo de lista de espera apresentou média 18 (DP=3,05) e o grupo comparação apresentou score médio 11,2 (DP=2,58). O grupo experimental apresentou score menor que os outros dois grupos em relação a essa variável.

**Gráfico 5:** Médias do grupo pós intervenção – GAD-7



**Fonte:** Elaboração própria.



Através da observação clínica do desenvolvimento do trabalho em grupo, podem-se destacar os seguintes ganhos: Percepção maior dos participantes que não são os únicos a conviver com o TAG; Aprendizagem facilitada, a partir das trocas de experiências com os demais participantes; Criação de um repertório maior de estratégias de enfrentamento a partir da experiência do outro e instilação de esperança, o que corrobora com os benefícios da terapia em grupo encontrados na literatura (Yalom, 2008; Neufeld, 2011).

A análise entre grupos aponta que o grupo que recebeu intervenção apresentou melhora em todas as variáveis analisadas: Preocupação, ansiedade, depressão e sintomas específicos do TAG. Isso aponta a efetividade da Terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada, tal como outras pesquisas nesta área também apontaram (Dugas *et al.*, 2003; White *et al.*, 1992; Couvin *et al.*, 2008).

Outro aspecto importante de ser salientado diz respeito as desistências ao longo da pesquisa. Alguns autores apontam uma possível desvantagem no tratamento em grupo, pois em suas pesquisas foram encontradas altas taxas de abandono se comparados com protocolos no formato individual (Dugas *et al.*, 2003; Van der Heinden *et al.*, 2013). A presente pesquisa contou com 6 desistências, finalizando com uma amostragem total de 24 participantes. Entretanto, apesar das desistências, nenhuma delas foi no grupo experimental, o que aponta uma boa adesão ao tratamento por parte dos participantes que receberam o tratamento, sendo essa uma característica fundamental para melhora do paciente (Bieling *et al.*, 2008; Yalom *et al.*, 2008).

Apesar dos resultados satisfatórios é importante salientar que a presente pesquisa encontra uma limitação no que diz respeito ao número satisfatório de participantes, apesar da enorme divulgação. Uma das hipóteses para esse fato é a de que o período pandêmico enfrentado no país, por conta da COVID-19, impactou na disponibilidade dos indivíduos em participarem de um estudo presencial. Outra hipótese é que maior parte dos indivíduos com TAG desconhecem o transtorno e acreditam que os sintomas vivenciados são característicos de sua personalidade, e com isso não buscam tratamento especializado. Essa segunda hipótese também foi apontada por Coutinho (2011) em sua pesquisa experimental com 8 participantes diagnosticados com TAG. Muito embora este trabalho apresente as limitações apresentadas, é importante salientar os resultados positivos obtidos através da melhora dos participantes que receberam a intervenção, apontando a efetividade do protocolo. Dessa forma, é necessário que o protocolo proposto nesta pesquisa seja aplicado em um número maior de participantes para

que, assim, seja possível analisar sua eficácia de forma mais ampla. Sendo assim, uma alternativa para a melhora desse estudo é o aumento do número de participantes.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, J. V., Pereira, L. P., Vieira, P. A., Silva, J. V. S., Silva, A. M. S., Bonisson, M. B., Castro, J. V. R. (2010). Ansiedade, um dos problemas do século XXI. *Revista de Saúde da ReAGES*, 2(4), 34-39.
- Andrade, L.; Walters, E. E.; Gentil, V.; Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 7(37), 316-325.
- Brentini, L. C.; Brentini, B. C., Araújo, E. C. S., Aros, A. C. S. P. C., Aros, M. S. (2018). Transtorno de Ansiedade Generalizada no contexto clínico e social no âmbito da saúde mental. *Revista Nucleus*, 15(1), 237-247.
- Cavalcante, J. R. M., Guimarães, J. P., Filho, J. C., Junior, A. G. (2019). SEBRAE – Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas, Série Saúde e bem-estar no ambiente de trabalho. Com a ansiedade não se brinca, 3, 1-8.
- 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., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminar testo f a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.
- Filho, O. C. S., Silva, M. P. (2013). Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. *Revista Adolescência & Saúde*, 10(3), 31-41.
- Hawton, Keith *et al.* (1997). Tradução de Alvamar Lamparelli. Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: guia prático. São Paulo: Martins Fontes, 1-613.

- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., Teixeira, V. (2007). Terapias Psicológicas para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. *La Biblioteca Cochrane Plus*. (1), 1-74.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964.
- Menezes, A. K. S.; Moura, L. F.; Mafra, V. R. (2020). Transtorno de ansiedade generaliza: uma revisão da literatura e dados epidemiológicos. *Revista Amazônica Science & Healt*. 5(3), 42-49.
- Neufeld, C. B, Rangé, Bernard. P. (2017). Terapia Cognitivo – comportamental em grupos: das evidências à prática. Porto Alegre: Artmed, 1-400.
- Obelar. R. M. (2016). *Avaliação psicológica nos transtornos de ansiedade: estudos brasileiros* [Monografia]. Instituto de Psicologia, Curso de Especialização em Avaliação Psicológica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pereira, A. L. S. (2005). Construção de um protocolo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada. [Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. da UFRJ. [http://teses.ufrj.br/IP\\_m/AndreLuizDosSantosPereira.pdf](http://teses.ufrj.br/IP_m/AndreLuizDosSantosPereira.pdf).
- Pitta, J. C. N. (2011). Como diagnosticar e tratar transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, 68(12), 6-13, 2011.
- Reyes, A. N., Fermann, I. L. (2007). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. [*Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder*]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 13(1), 49- 54.
- Rose G. M., & Tadi P. (2021). Social anxiety disorder. *StatPearls*, 1(2), 1-7.

- Serretti, A., Nassif M., Costa-Júnior, F. M. (2010). Mutismo seletivo infantil: avaliação e intervenção em ludoterapia comportamental. *Mimesis*, 32(2), 141- 16.
- Tung, T. C., Corchs, F. Justo, L. P. Manual informativo: transtorno de ansiedade - ABRATA (Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos). (2011). 1-8. [http://www.abrata.org.br/site2018/wpcontent/uploads/2019/07/T\\_RANSTORNO-ANSIEDADE.pdf](http://www.abrata.org.br/site2018/wpcontent/uploads/2019/07/T_RANSTORNO-ANSIEDADE.pdf).
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., Gelder, M. (2016). Social Phobia: The Role of In-Situation Safety Behaviors in Maintaining Anxiety and Negative Beliefs – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(5), 669–674. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.010>
- Wells, A., Papageorgiou, C. (1995). Worry and Incubation of Intrusive Images Following Stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 579-583.
- White J. R, Freeman A. S, (eds) (2003). Terapia cognitiva-comportamental para populações e problemas específicos. São Paulo: Roca.
- Zuardi, A. (2017). Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. *Medicina (Ribeirão Preto Online)*, 50(1), p. 51-55.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno de ansiedade generalizada é caracterizado pela presença de ansiedade excessiva e preocupações incontroláveis, afetando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos portadores do transtorno. Para ser diagnosticados, existem alguns critérios diagnósticos especificados no DSM – V, como: presença de ansiedade e preocupação excessiva, dificuldade no controle da preocupação. Além disso, também é necessário apresentar pelo menos três dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de nervos à flor da pele, fadiga, dificuldade de se concentrar ou sensação de branco, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono, devendo estar presente por no mínimo seis meses (APA, 2014).

Dentre as possibilidades de tratamento encontra-se a Terapia Cognitiva Comportamental, na modalidade individual ou em grupo. Apesar da pequena quantidade de estudos sobre a TCC em grupo na TAG, alguns estudos apontaram melhoras significativas no tratamento em grupo para esse transtorno (Dugas *et al.*, 2003). Neste sentido o objetivo desse estudo foi construir e avaliar a eficácia de um protocolo em grupo no tratamento do TAG.

O protocolo desenvolvido no presente trabalho foi cunhado para a população brasileira, tendo como principais fundamentações teóricas o papel da intolerância à incerteza e de problemas interpessoais na manutenção do TAG. A partir da aplicação do protocolo no grupo experimental, foi possível identificar a diminuição de sintomas em todas as variáveis analisadas a partir da aplicação das escalas administradas. Esses ganhos positivos não foram encontrados no grupo de lista de espera e comparação, evidenciando.

Este estudo se mostrou bastante relevante, primeiramente pela construção de um protocolo de tratamento cognitivo comportamental em grupo para o Transtorno de ansiedade generalizada, sendo um dos primeiros no País, uma vez que até o momento tivemos apenas adaptações transculturais de protocolos de autores internacionais. Acredita-se que este trabalho contribui positivamente à literatura da área, especialmente no que se refere ao TAG que é um dos transtornos de ansiedade menos pesquisados se comparados com os outros como aponta Neufeld & Rangé (2017).

Dessa forma, conclui-se que a realização de estudos clínicos randomizados, é importante na avaliação de tratamentos psicológicos efetivos para determinados transtornos mentais, e com isso contribuem para o aperfeiçoamento da prática profissional, auxiliando a traçar estratégias de prevenção, tratamento e monitoramento, permitindo que os indivíduos

diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Generalizada possam ter cada vez mais acesso a tratamentos de qualidade.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS

- American Psychiatric Association – APA (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, (5).
- Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M., Araújo, C. L., Rohde, L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 135-142.
- Andrade L.H., Wang Y.P., Andreoni S., Silveira C.M., Alexandrino-Silva C., Siu E. R., Nishimura, R. Anthony, J. C., Gattaz, W. F., Kessler, R. C., Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 7(2). 10.1371/journal.pone.0031879.
- Baldwin D., Stein M., Hermann R. (2014). Generalized anxiety disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. <http://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>
- Barbosa, J. I. C. (2000). Sinto-me estressado por não saber dizer não. In: LIPP, M. E. N. (org.). O stress está dentro de você. São Paulo: Contexto.
- Brown, T., O’Leary, T. A., Barlow, D. H. (1999). Transtorno de ansiedade generalizada. IN: Barlow, D. H. (Org.). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G. A. (2015). Prevenção de recaída baseada em mindfulness para comportamentos aditivos: Um guia para o clínico. Rio de Janeiro: Cognitiva.
- Beck, J. S. (2013). Terapia Cognitivo Comportamental – Teoria e Prática. Trad. Sandra Mallmann da Rosa. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed.



- Brentini, L. C., Brentini, B. C., Araújo, E. C. S., Aros, M. S. Aros, A. C. P. C. (2018). Transtorno de Ansiedade Generalizada no contexto clínico e social no âmbito da saúde mental, 15(1), *Revista Nucleus*, 237-247.
- Borkovec, T. D., Abel, J. L., Newman, H. (1995). Effects of Psychotherapy on Comorbid Conditions in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 479-483.
- Caballo, V. E. (1996). Manual de técnicas e modificação do comportamento. São Paulo: Editora Santos.
- Caballo, V. E. (2012). Manual para avaliação clínica dos transtornos psicológicos: estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade – São Paulo: Santos.
- Caballo, V. E. (2011). Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtorno de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos- São Paulo.
- Caballo, V. E., Simon, M. A. (2011). Manual de psicologia clínica e infantil e do adolescente: transtornos gerais -São Paulo: Santos.
- Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., Manfro, G. G. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 22 (supl.II), 20-23. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462000000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600006&lng=en&nrm=iso).
- Castillo, C. S., Landeira-Fernandez, J. (2007). Propriedades psicométricas e estrutura latente da versão em português do questionário de preocupação do Estado da Pensilvânia. Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Metrologia]. Área de concentração: Metrologia para Qualidade e Inovação (Pós-MQI), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. p.123.
- Clark, D. A. (2012). Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade / David A. Clark, Aaron Beck, Porto Alegre: Artmed.

- Andrade, J. V., Pereira, L. P., Vieira, P. A., Silva, J. V. S., Silva, A. M. S., Bonisson, M. B., Castro, J. V. R. (2010). Ansiedade, um dos problemas do século XXI. *Revista de Saúde da ReAGES*, 2(4), 34-39.
- Andrade, L.; Walters, E. E.; Gentil, V.; Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 7(37), 316-325.
- Brentini, L. C.; Brentini, B. C., Araújo, E. C. S., Aros, A. C. S. P. C., Aros, M. S. (2018). Transtorno de Ansiedade Generalizada no contexto clínico e social no âmbito da saúde mental. *Revista Nucleus*, 15(1), 237-247.
- Filho, O. C. S., Silva, M. P. (2013). Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. *Revista Adolescência & Saúde*, 10(3), 31-41.
- Castillo, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2000, v. 22, suppl 2 [Acessado 8 Fevereiro 2022] , pp. 20-23. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>>. Epub 24 Jan 2001. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>.
- Cavalcante, J. R. M., Guimarães, J. P., Filho, J. C., Junior, A. G. (2019). SEBRAE – Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas, Série Saúde e bem-estar no ambiente de trabalho. Com a ansiedade não se brinca, 3, 1-8.
- Cruz, A. P. M., & Landeira-Fernandez, J. (2001). A Ciência do Medo e da Dor. *Ciência Hoje*, 29(174).
- Culpepper L. (2009). Generalized anxiety disorder and medical illness. *J. Clin. Psychiatry*. 70( Suppl II), 20-24.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., P. D. S., Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26(12), 1066-1085.

- Costa, C. O., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. M. Silva, R. A. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]*. 68(2), 92-100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminar teste f a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.
- Eunaihara, L. L. M., Borba, S. (2016). Como lidar com o transtorno de ansiedade generalizada na perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. *SynThesis Revista Digital FAPAM*. 7(7), 82-97.
- Falcone, E. M. O. (1998). A avaliação de um programa de treinamento da empatia em universitários. [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fawcett J., Scheftner W.A., Fogg L., Clark D.C., Young M.A., Hedeker D., Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 147(9), 1189-1194.
- Gonçalves, D. A., Mari, J. J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., Campos, M. Portugal, F. B., Ballester, D., Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(3), 623-632.

- Hawton, Keith *et al.* (1997). Tradução de Alvamar Lamparelli. Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: guia prático. São Paulo: Martins Fontes, 1-613.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., Teixeira, V. (2007). Terapias Psicológicas para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. La Biblioteca Cochrane Plus. (1), 1-74.
- Heldt E., Cordioli A.V., Knijnik D.Z., Manfro G. G. Terapia cognitivo comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: Cordioli AV (org.). *Psicoterapias abordagens atuais*. (3). Porto Alegre: Artmed.
- Jacobsen, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago, *University of Chicago Press*, p. 493.
- Judd L.L., Kessler R.C., Paulus M.P., Zeller P.V, Wittchen H.U., Kunovac J.L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 6-11.
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry.* 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry,* 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DS M –IV disords in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry,* 62(2), 617-627.
- Knapp, P. *et al.* (2007). Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed.

- Knapp, P., Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30(Supl. II) 54-64. <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a02v30s2.pdf>.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964.
- Leahy, R. L. (2010). *Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre. Artmed.
- Leahy, R. L. (2011). *Livre de ansiedade*, Porto Alegre: Artmed.
- MAPI RESEARCH INSTITUTE. (2006). Certificate of linguistic validation certificate: general anxiety disorder-7 (GAD-7). Lyon, FR: Mapi Research Institute.
- Maron E. (2017). Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 19(2), 147- 158.
- Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., Menz, P. R. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 9(1), 423-441.
- Muller, J. L. *et al.* (2016). Psicodiagnóstico e ansiedade. In: HUTZ, C. S. *et al.* *Psicodiagnóstico: Avaliação Psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Neufeld, C. B, Rangé, Bernard. P. (2017). *Terapia Cognitivo – comportamental em grupos: das evidências à prática*. Porto Alegre: Artmed, 1-400.

- Neufeld, C. B., Brust, P. G., Stein, L. M. (2008). Adaptação de um método de investigação do impacto da emoção na memória. *Psico-USF*, 13(1), 21–29. <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a04.pdf>
- Neufeld, C. B., Brust, P. G., Stein, L. M. (2010). Compreendendo o fenômeno das falsas memórias: Falsas memórias: Fundamentos científicos e suas aplicações clínicas e jurídicas. Porto Alegre: Artmed. 21–41.
- Neufeld, C. B., Brust-Renck, P. G., Rocha, A. F., SOssella, M., Rosa, F. H. (2013). Falsas memórias e diferenças individuais: um estudo sobre fatores de personalidade e qualidade da memória. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 26(2), 319–326. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200012>
- Neufeld, C. B. Intervenções em grupo na abordagem cognitivo comportamental. In B. Rangé (org.), *Psicoterapias cognitivas comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2. Ed., PP. 737-750). Porto Alegre: Artmed, 2011
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). (2019). Nice Guideline. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Subject to Notice of rights, United Kingdom, 1-41. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorderin-adults-management-35109387756997>.
- Obelar, R. M., Albornoz, A. C. G. (2016). Avaliação Psicológica dos Transtornos de Ansiedade: Estudos Brasileiros, Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Oliveira, M. A. Duarte, A. M. M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 183-199.
- Pereira, A. L. S. (2005). Construção de um protocolo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada. [Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em

Psicologia do Instituto de Psicologia]. Universidade Federal Rio de Janeiro, UFRJ, 2005. [http://teses.ufrj.br/IP\\_m/AndreLuizDosSantosPereira.pdf](http://teses.ufrj.br/IP_m/AndreLuizDosSantosPereira.pdf)

Petersen, C. (2011a). Evidências de efetividade e procedimentos básicos para terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 13(1), 39-50.

Petersen, C. (2011b). Avaliação inicial em crianças: a dimensão bioecológica do desenvolvimento humano. In C. Petersen, & R. Wainer (Eds.), *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte*. Porto Alegre: ArtMed.

Petersen, C., Bunge, E., Mandil, J., Gomar, M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. In: Petersen C; Weiner R. *Terapias Cognitivo-Comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte*. ArtMed, Porto Alegre.

Pitta, J. C. N. (2011). Como diagnosticar e tratar transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, 68(12), 6-13, 2011.

Rangé, B.P. (org.). (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas, SP: Editorial Psy.

Rangé, B.P. (org.). (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas, SP: Editorial Psy.

Rangé, B.P. (org.). (2001). *Terapia Cognitivo-Comportamental: um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Reyes, A. N., Fermann, I. L. (2007). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. [*Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder*]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 13(1), 49- 54.

Rose, G. M, Tadi, P. (2021). Social anxiety disorder. *StatPearls*, 2021; 1(2):1-7.

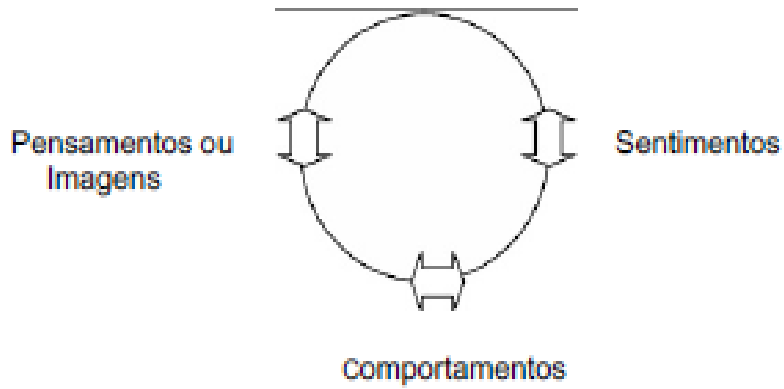
- Serretti, A. N. M., Costa-Júnior, Florêncio M. (2010). Mutismo seletivo infantil: avaliação e intervenção em ludoterapia comportamental. *Mimesis*, Bauru, 32(2), 141- 166.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Thaipisuttikul P, Ittasakul P, Waleeprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. (2014). Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 10, 2097-103.
- Tung, T. C., Corchs, F. Justo, L. P. Manual informativo: transtorno de ansiedade - ABRATA (Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos). (2011). 1-8. [http://www.abrata.org.br/site2018/wpcontent/uploads/2019/07/T\\_RANSTORNO-ANSIEDADE.pdf](http://www.abrata.org.br/site2018/wpcontent/uploads/2019/07/T_RANSTORNO-ANSIEDADE.pdf).
- Vasconcelos, J. R. O., Lôbo, A. P. S.; Melo, V. L. (2015). Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]*. 64(4), 259-265. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000087>.
- Vianna, R. B., Campos, A. A., Landeira-Fernandez, J. (2010). Histórico, diagnóstico e epidemiologia da ansiedade infanto-juvenil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 37-57.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., Gelder, M. (2016). Social Phobia: The Role of In-Situation Safety Behaviors in Maintaining Anxiety and Negative Beliefs – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(5), 669–674. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.010>
- Wells, A., Papageorgiou, C. (1995). Worry and Incubation of Intrusive Images Following Stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 579-583.



- White J. R., Freeman A.S, (eds) (2003). *Terapia cognitiva-comportamental para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca.
- Yalon, I. D., Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Editora Artmed, Porto Alegre.
- Zuardi, A. (2017). Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*, 50(supl.1), 51-55.
- Menezes, A. K. S.; Moura, L. F.; Mafra, V. R. (2020). Transtorno de ansiedade generaliza: uma revisão da literatura e dados epidemiológicos. *Revista Amazônica Science & Healt*. 5(3), 42-49.

## ANEXO 1 – CICLO DA PREOCUPAÇÃO

### Ciclo da Preocupação



MEUS PENSAMENTOS OU IMAGENS SÃO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MINHAS SENSACIONES FÍSICAS SÃO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MEUS COMPORTAMENTOS SÃO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Retirado de Babior e Goldman (1996) p.24*

## ANEXO 2 – AUTO MONITORIA

### Automonitoria

Por favor, marque com um X, a intensidade ou a porcentagem do que é pedido.

<b>Ansiedade Média</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	<b>S E G U N D A</b>
<b>Ansiedade Máxima</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Tristeza</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Satisfação</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>(%) do Dia Preocupado</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Ansiedade Média</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	<b>T E R Ç A</b>
<b>Ansiedade Máxima</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Tristeza</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Satisfação</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>(%) do Dia Preocupado</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Ansiedade Média</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	<b>Q U A R T A</b>
<b>Ansiedade Máxima</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Tristeza</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Satisfação</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>(%) do Dia Preocupado</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Ansiedade Média</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	<b>Q U I N T A</b>
<b>Ansiedade Máxima</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Tristeza</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Satisfação</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>(%) do Dia Preocupado</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Ansiedade Média</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	<b>S E X T A</b>
<b>Ansiedade Máxima</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Tristeza</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Satisfação</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>(%) do Dia Preocupado</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Ansiedade Média</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	<b>S Á B A D O</b>
<b>Ansiedade Máxima</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Tristeza</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Satisfação</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>(%) do Dia Preocupado</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Ansiedade Média</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	<b>D O M I N G O</b>
<b>Ansiedade Máxima</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Tristeza</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Satisfação</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>(%) do Dia Preocupado</b>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

## ANEXO 3 – DISTORÇÕES COGNITIVAS

1. **Pensamento Dicotômico:** é a tendência de interpretar todas as experiências em termos de categorias opostas e polarizadas (preto/branco, tudo/nada, sempre/nunca, perfeição/fracasso, absoluta segurança/perigo total). Ex.: "Se não estudei todo o conteúdo, então não sei nada"; ou "se eu não me sair sempre bem (no trabalho etc.), isto significa que sou um fracasso"; "Como não sou tão extrovertido, não sou capaz de fazer amizades novas..."
2. **Abstração Seletiva:** é a tendência a focalizar apenas um detalhe retirado de um contexto, ignorando outros aspectos também importantes, e conceber a totalidade da experiência com base no fragmento. Ex.: "sou impotente" (após uma falha erétil); "Só tem pessoas arrogantes aqui..." (desconsiderando outras)
3. **Inferência Arbitrária:** é a tendência a chegar a uma conclusão (ou regra) na ausência de provas suficientes, ou por meio de um raciocínio lógico falho. Ex.: "não sou atraente para as mulheres" (depois de algumas rejeições);
4. **Hipergeneralização:** é a tendência a ver um evento negativo um padrão interminável de perigos ou sofrimentos. Ex. "tudo sempre dá errado para mim" (depois de bater com o carro);
5. **Desqualificação do Positivo:** é a tendência a rejeitar experiências ou fatos positivos por insistir que "não contam", por qualquer motivo. Ex.: "sou burra e doente" (mesmo tendo passado em dois vestibulares); ou "não perdi o controle ainda" (desconsiderando que nunca aconteceu nada durante inúmeros ataques de pânico).
6. **Erro Oracular:** é a tendência a antecipar que "as coisas vão dar errado" de qualquer maneira, sem base para essa afirmação. Ex.: "eu sei que vou ser rejeitada".
7. **Raciocínio Emocional:** é a tendência a tomar as próprias emoções como provas de uma "verdade". Ex.: "se sinto pânico é porque essa situação é muito perigosa".
8. **Rotulação:** é a tendência a descrever erros ou medos por características estáveis do comportamento, por rótulos pessoais. Ex.: "eu sou um fracasso" ao invés de "falhei nisso".
9. **Tirania dos "Deveria":** é a tendência a dirigir a própria vida em termos de "deverias" e "não deverias", por avaliações de "certo" ou "errado", em vez de dirigi-la por seus desejos. Ex.: "eu deveria estudar mais" em vez de "eu quero (ou não quero) estudar mais".
10. **Personalização:** é a tendência a se ver como causador de fatos ruins, sem o ser, de fato. Ex.: "se algo acontecer ao meu casamento, a culpa é só minha".
11. **Leitura Mental:** é a tendência a antecipar negativamente, sem provas, o que as pessoas vão pensar sobre você. Ex.: "se entrar em pânico aqui todos vão pensar que sou doente".
12. **Catastrofização:** é a tendência a exagerar a probabilidade e a magnitude dos efeitos de uma situação antecipada. Ex.: "Minha carreira acabou" (depois de cometer uma falha no trabalho); "Meu filho deve ter sofrido um acidente!" (depois de 1 hora de atraso para chegar em casa).
13. **Acusação:** é a tendência a colocar outras pessoas como fontes dos nossos sentimentos negativos, sem nos responsabilizarmos para mudar a nós mesmos. Ex.: Meus pais são responsáveis por todos meus problemas

Retirado de Rangé (2001) e Heimberg, Turk e Mennin (2004).

## ANEXO 4 – DISTINGUINDO SITUAÇÕES, ESTADOS DE HUMOR E PENSAMENTO

### EXERCÍCIO: Distinguindo situações, estados de humor e pensamentos

A Folha de Exercícios 6.1 é uma atividade que ajuda você a identificar e distinguir os diferentes aspectos de sua experiência. Escreva na linha à direita se o item da coluna da esquerda é um pensamento, um estado de humor ou uma situação. Os três primeiros itens foram preenchidos como exemplos.

#### FOLHA DE EXERCÍCIOS 6.1 Distinguindo situações, estados de humor e pensamentos

	Situação, estado de humor ou pensamento?
1. Nervoso.	<i>Estado de humor</i>
2. Em casa.	<i>Situação</i>
3. Não vou conseguir fazer isso.	<i>Pensamento</i>
4. Triste.	
5. Falando com um amigo ao telefone.	
6. Irritado.	
7. Dirigindo meu carro.	
8. Sempre vou me sentir assim.	
9. No trabalho.	
10. Vou ficar louco.	
11. Bravo.	
12. Não presto.	
13. Às 16h.	
14. Algo terrível vai acontecer.	
15. ...	
16. Desanimado.	
17. Nunca vou superar isso.	
18. Sentado em um restaurante.	
19. Estou fora de controle.	
20. Sou um fracasso.	
21. Conversando com minha mãe.	
22. Ela está sendo arrogante.	
23. Deprimido.	
24. Sou um perdedor.	
25. Culpado.	

Retirado de: A mente vencendo o humor, de Dennis Greenberger e Christine A. Padesky. 1995

## ANEXO 5 – TESTANDO SEUS PENSAMENTOS

### Testando Seus Pensamentos

- Qual é a situação:  
\_\_\_\_\_
- O que estou pensando ou imaginando?  
\_\_\_\_\_
- Quanto acredito nisso? um pouco médio muito (ou avalie de 0 a 10: \_\_\_\_\_ )
- Como esse pensamento fez me sentir? zangado triste nervoso outro: \_\_\_\_\_
- Quão forte é o sentimento? um pouco forte médio muito forte (ou avalie de 0 a 10: \_\_\_\_\_ )
- O que me faz pensar que o pensamento é verdadeiro?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- O que me faz pensar que o pensamento não é verdadeiro ou totalmente verdadeiro?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Há alguma outra forma de ver isso?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Qual o pior que poderia acontecer? Eu poderia sobreviver a isso?  
\_\_\_\_\_
- Qual o melhor que poderia acontecer?  
\_\_\_\_\_
- O que é o que mais provavelmente irá acontecer?  
\_\_\_\_\_
- O que acontecerá se continuar a pensar da mesma forma?  
\_\_\_\_\_
- O que aconteceria se eu mudasse o meu pensamento?  
\_\_\_\_\_
- O que eu diria para um amigo meu se isso acontecesse com ele?  
\_\_\_\_\_
- O que eu deveria fazer agora?  
\_\_\_\_\_
- Quanto eu acredito nesse pensamento negativo agora?  
um pouco médio muito (ou avalie de 0 a 10: \_\_\_\_\_ )
- Quão forte está o meu sentimento negativo agora?  
um pouco forte médio muito forte (ou avalie de 0 a 10: \_\_\_\_\_ )

Retirado de Pereira (2005)

## ANEXO 6 – RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Cerre o pulso direito, sentindo a tensão no pulso e antebraço... cerre o pulso esquerdo, sentindo a tensão no pulso e antebraço... dobre o cotovelo e tensione o bíceps, mantendo as mãos relaxadas... estique o braço e tensione o tríceps, deixando a parte inferior dos braços apoiada na cadeira, com as mãos relaxadas...franza a testa ao levantar as sobrancelhas... aproxime as sobrancelhas (como se as franzisse)... contorça os músculos ao redor dos olhos... tensione o maxilar ao cerrar os dentes... pressione com força a língua aberta contra o céu da boca, com os lábios fechados, e perceba a tensão na garganta... pressione os lábios um contra o outro (como se fosse fazer beijo)... empurre a cabeça para trás o máximo que puder (contra a cadeira)... encoste o queixo no peito... curve os ombros em direção às orelhas... curve os ombros em direção às orelhas e descreva um círculo...  
Preste atenção na sua respiração. Procure respirar calmamente, através do diafragma, e libere o ar lentamente... procure seu ritmo ideal... Tensione os músculos da barriga... encolha a barriga...afaste a parte inferior das costas da cadeira... tensione as nádegas e a batata da perna ao pressionar os calcanhares no chão, mantendo as pernas esticadas... tensione as batatas das pernas ao pressionar os pés e dedos para baixo... tensione as canelas ao curvar os pés e os dedos para cima...continue respirando calma e regularmente com a barriga.

**Realizar o Relaxamento diariamente. Anotar o grau de relaxamento experimentado numa escala de 0 a 100.**

Retirado de Clark (1997) p. 133

## ANEXO 7 – EXERCÍCIO DA PREOCUPAÇÃO DA FANTASIA TEMIDA

Primeiro, identifique os piores medos por trás de sua atual preocupação e estime os custos e benefícios; depois, concentre-se na imagem do pior medo e repita para si mesmo a afirmação que o acompanha, durante 15 minutos. A intervalos de 3 minutos, estime e registre o nível de ansiedade.

<b>Identifique os piores medos por trás de sua com isso atual preocupação</b>	<b>Custo de se preocupar com isso</b>	<b>Benefício de se preocupar</b>
<b>Repita a imagem temida e a afirmação que a acompanha</b>	<b>Intervalos de três minutos</b>	<b>Ansiedade (0-100%)</b>

Retirado de Leahy (2006) p. 172



## ANEXO 8 – DIREITO ASSERTIVO

Tenho o direito de me colocar em primeiro lugar às vezes.

Tenho o direito de não antecipar as necessidades e os desejos dos outros.

Tenho o direito de decidir se satisfaço as necessidades de outras pessoas ou se comporto-me segundo meus interesses, desde que não viole os direitos dos demais.

Tenho o direito de ser tratado com respeito e dignidade.

Tenho o direito de ser ouvido e levado a sério.

Tenho o direito de expressar meus pensamentos, sentimentos e opiniões e aceitá-los como legítimos, independentemente da opinião dos outros.

Tenho o direito de errar, desde que assumo a responsabilidade pelas consequências do meu erro.  
Tenho o direito de mudar de opinião.

Tenho o direito de questionar o que não gosto e de mostrar minha insatisfação se receber um tratamento injusto.

Tenho o direito de dizer “não” aos pedidos dos outros, sem sentir-me culpado ou egoísta por isso.

Tenho o direito de pedir o que quiser, respeitando o direito da pessoa de dizer “não”.

Tenho o direito de negociar mudanças que me beneficiem, respeitando os direitos dos outros.

Tenho o direito de receber formal reconhecimento por minhas qualidades, habilidades ou pelo meu trabalho.

Tenho o direito de estar só, mesmo que outros solicitem a minha companhia.

Tenho o direito de não dar justificativas para os outros.

Tenho o direito de não assumir responsabilidade pelo problema de outra pessoa.

Tenho o direito de não confiar apenas na boa vontade dos outros.

Tenho o direito de obter aquilo pelo que paguei.

Retirado de Barbosa (2000) apud Pereira (2005)

## ANEXO 9 – ESTRATÉGIA A.C.A.L.M.E – S.E

Para lidar com sua ansiedade, lembre-se de

### A.C.A.L.M.E.-S.E.

A chave para lidar com um estado de ansiedade é aceitá-lo totalmente. Permanecer no presente e aceitar sua ansiedade fazem-na desaparecer. Para lidar com sua ansiedade você pode utilizar a estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E., de oito passos. Usando-a você estará apto(a) a aceitar a sua ansiedade até que ela desapareça.

1. **Aceite sua ansiedade:** Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo, assim como você aceitaria um hóspede inesperado e desconhecido. Não lute contra ela. Resistindo você estará prolongando e intensificando o seu desconforto.
2. **Contemple as coisas em sua volta:** Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que você sente. Olhe em volta de você, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como um meio de afastar-se de sua observação interna. Quanto mais você puder separar-se de sua experiência interna e ligar-se nos acontecimentos externos, melhor você se sentirá.
3. **Aja com sua ansiedade:** Normalize a situação. Aja como se você não estivesse ansioso(a), isto é, funcione com ela. Não se desespere, interrompendo tudo para fugir. Se você fugir a sua ansiedade vai diminuir mas o seu medo vai aumentar, donde da próxima vez a sua ansiedade vai ser pior. Continue agindo bem devagar.
4. **Libere o ar de seus pulmões, bem devagar!** Respire bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Ao exalar, não sopre: apenas deixe o ar sair lentamente por sua boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, e você descobrirá como isso é agradável.
5. **Mantenha os passos anteriores:** Repita cada um passo a passo. (1) aceite sua ansiedade; (2) contemplar; (3) agir com ela e (4) respirar calma e suavemente até que ela diminua e atinja um nível confortável.
6. **Examine agora seus pensamentos:** Você deve estar antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Examine o que você está dizendo para você mesmo(a) e reflita racionalmente para ver se o que você pensa é verdade ou não. Lembre-se você está ansioso(a): isto pode ser desagradável, mas não é perigoso.
7. **Sorria, você conseguiu!** Você merece todo o seu crédito e seu reconhecimento. Você conseguiu, sozinho(a) e com seus próprios recursos, tranquilizar-se e superar este momento. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.
8. **Espere o melhor:** Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado definitivamente de sua ansiedade, para sempre. Ela é necessária para você continuar vivo(a). O que pode estar errado é o que você está pensando a partir dela. Enriqueça sua memória com esta experiência, entre outras importantes da sua vida. Você se tornou uma pessoa diferente agora: mais realista, mais conhecedora de suas capacidades, mais segura, mais confiante.

Retirado de Rangé (1995)

## ANEXO 10 – RELAXAMENTO MENTAL

Você agora irá gastar algum tempo em um lugar onde você se sente seguro e com uma sensação de bem-estar. É ao lado de uma piscina, de água tranqüila, que reflete os raios solares de um lindo dia quente. Você está sentado confortavelmente à beira da piscina, absorvendo os raios quentes do sol e olhando para os reflexos da água. Conforme você for imaginando-a em sua mente, transporte a piscina para um lugar onde você se sinta especialmente confortável. Pode ser em uma montanha, em um parque da cidade, no seu quintal, ou em algum lugar favorito de sua infância...

Entre em contato com esse lugar agora, e perceba os detalhes dessa imagem, como se você a estivesse desenhando. Circunde sua piscina com suas plantas e flores favoritas. Coloque alguns pequenos objetos em volta que tornem esse lugar especial para você. Flores, Pedras, ervas aromáticas, pedaços de lenha ou folhas... Note a quentura do sol... O murmuro suave da brisa movendo a água... A essência das flores... O gorjeio dos pássaros ou a melodia do vento, ou quem sabe o riso de uma criança que está distante. Sente-se nesse lugar de paz e tranquilidade e absorva essa sensação. Utilize sua respiração suave para aumentar a sua sensação de presença nesse lugar.

Você poderá voltar a esse lugar sempre que precisar se refrescar e se sentir seguro e confortável. Agora está na hora de partir, de voltar para um lugar que talvez você se sinta um pouco menos confortável. Imagine você agora saindo desse lugar seguro para um que lhe cause mais ansiedade, mas tente manter o sentimento que você teve quando estava sentado em sua piscina... As sensações de calma e segurança que você teve próximo a sua piscina estão à disposição pra você sempre que quiser senti-los novamente.

Permita-se sentir a mesma experiência de calma e conforto, agora nesse lugar mais estressante. Lembre-se que sua respiração poderá lhe ajudar. Antes de desviarmos nossa atenção desses lugares que estivemos, e voltarmos para o estado de grupo, volte novamente para o seu lugar de tranquilidade a beira da piscina. Tire uma foto mental desse lugar. Essa foto estará disponível quando quiser visitar esse lugar novamente. Agora calmamente desvie sua atenção para o som da minha voz, a presença das outras pessoas do grupo, a cadeira que vocês estão sentados, a sala em que estamos. Quando estiverem prontos abram os olhos.

Respire fundo enquanto eu conto – inspire, 2,3,4,5,6, segure,2,3, expire, 2,3,4,5,6. Isso...

Retirado de Babior e Goldman (1996) p. 130 apud Pereira (2005)

**ANEXO 11 – CURTOGRAMA**

**GOSTO**

<b>NÃO</b>			<b>FAÇO</b>
<b>FAÇO</b>			

**NÃO GOSTO**

(005)

## APÊNDICE A



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
AUGUSTO MOTTA/ UNISUAM



Continuação do Parecer: 4.800.611

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1700247.pdf	18/02/2021 21:55:02		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoEllen.docx	18/02/2021 21:53:58	ELLEN MARIANE SILVA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDemestrado2021EllenBrasil.doc	18/02/2021 21:05:53	ELLEN MARIANE SILVA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEEllen2021.docx	18/02/2021 21:05:38	ELLEN MARIANE SILVA SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Junho de 2021

---

**Assinado por:**  
**Arthur de Sá Ferreira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Dona Isabel, 94, TEL: (21)3882-0797 ( Ramal: 9943)

**Bairro:** Bonsucesso **CEP:** 21.032-060

**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)3882-0797

**E-mail:** comitedeetica@sou.unisuam.com.br

## **APÊNDICE B**

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
*PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA*

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado participante:

Esta pesquisa se insere como parte do mestrado acadêmico da psicóloga Ellen Mariane Silva Santos, intitulado “Avaliação da eficácia de um protocolo de tratamento Cognitivo – Comportamental em grupo para Transtorno de Ansiedade generalizada”, sob a orientação do Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) tem como principal característica a preocupação persistente e excessiva. Estas preocupações são acompanhadas de sintomas físicos relacionados à hiperatividade autonômica e a tensão muscular. Entre esses sintomas são comuns a taquicardia, sudorese, insônia, fadiga, dificuldade de relaxar e dores musculares. As preocupações são generalizadas, excessivas, não sendo relacionadas a somente uma categoria, por vezes envolvendo temas que não preocupam a maioria das pessoas e de difícil controle. Como critério de diagnóstico é necessário também, que esses sintomas causem uma interferência no desempenho da pessoa ou um sofrimento significativo.

Uma das modalidades de tratamento para o TAG é o tratamento psicoterápico individual ou em grupo. O objetivo desse trabalho é ofertar um protocolo de tratamento em grupo para TAG e avaliar sua eficácia a partir do monitoramento antes e após a intervenção. A pesquisa abrange uma intervenção pautada na Terapia Cognitivo Comportamental em grupo, tem como objetivo a reestruturação cognitiva dos pensamentos negativos e disfuncionais que o indivíduo apresenta diante das situações vividas, e com isso proporcionar o alívio de sintomas, por meio de técnicas comportamentais.

Haverá dois grupos destinados para os participantes que apresentarem sintomas de Transtorno de Ansiedade Generalizada: o grupo experimental, que receberá a intervenção e o grupo de lista de espera, que receberá a mesma intervenção, porém de forma postergada. A divisão dos participantes nesses dois grupos será realizada de forma aleatória, sendo definida através de sorteio. Portanto, ao participar dessa pesquisa, e caso preencha os critérios diagnósticos para TAG, você poderá ser sorteado para a intervenção em grupo no primeiro momento da pesquisa ou posteriormente, caso seja do seu interesse. Haverá ainda um grupo

que será formado pelos participantes sem diagnóstico de TAG e que, portanto, não receberá intervenção.

Os procedimentos dessa pesquisa envolverão 12 encontros presenciais, sendo 10 encontros clínicos em grupo, com duração de 2 horas cada, e 2 encontros relativos a testagem e entrevista, onde você responderá a diferentes questionários psicológicos relativos aos seus sintomas. Após o primeiro encontro, onde você responderá os questionários, será possível avaliar se você preenche os critérios diagnósticos para TAG. Caso isso ocorra, realizaremos um sorteio onde será definido o grupo de pesquisa que você participará: o grupo que receberá intervenção na primeira fase ou grupo que receberá a intervenção após o término da primeira fase, aproximadamente 3 meses depois.

Caso você apresente indicativo de outros transtornos mentais, não poderá participar do estudo, uma vez que este objetiva avaliar o Transtorno de ansiedade generalizada em específico. Neste caso, se for do seu interesse, o encaminharemos para Serviço de atendimento Psicológico de uma das universidades do Rio de Janeiro. Por fim, se após responder aos questionários e avaliação você não preencher os critérios diagnósticos para TAG e também não apresentar indicativo de outros transtornos mentais comuns, será solicitado para participar somente do último encontro relativo a aplicação de questionário e avaliação.

Em nenhum momento da pesquisa haverá remuneração financeira pela sua participação. Todas as informações reunidas ao longo da pesquisa serão utilizadas apenas com fins de pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados.

Esta pesquisa contribuirá para o aprimoramento de intervenções em grupo para o tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada. Os possíveis riscos de sua participação podem envolver cansaço no preenchimento das escalas, no processo de avaliação ou desconforto em participar de uma atividade grupal. Caso se sinta desconfortável poderá interromper sua participação e indicar seu desconforto a pesquisadora responsável que fará o acolhimento e encaminhamentos necessários. Caso não queira continuar com sua participação, poderá retirar seu consentimento, não havendo quaisquer prejuízos ao fazê-lo. Caso não deseje participar da pesquisa, sinta-se a vontade para não assinar esse termo. Cabe ressaltar que somente poderão fazer parte desta pesquisa aqueles que assinarem esse documento. Uma via desse documento será entregue a você e outra de igual teor ficará com a pesquisadora responsável

Caso deseje maiores informações, pode entrar em contato a qualquer momento com ellenmarianepsi@gmail.com.

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do documento de identidade \_\_\_\_\_, fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**Se desejar receber os resultados desta pesquisa, forneça seu e-mail ou telefone abaixo.**

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável (Orientador): Wanderson Souza – Professora Dr. do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Telefone de contato: (21) 987229245. E-mail: wanderson.souza@gmail.com.

Pesquisador executante: Ellen Mariane – Psicóloga e Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Telefone de contato: (21) 979495092. E-mail: ellenmarianepsi@gmail.com

Comitê de ética da UFRRJ – eticacep@ufrj.br.