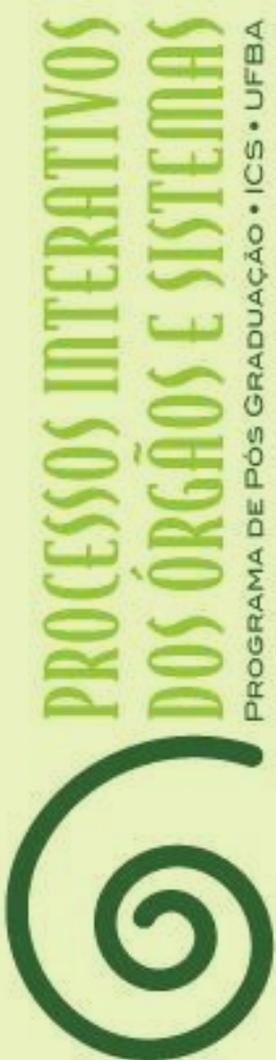


Érica Panzani Duran



Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia do tratamento on-line com terapia cognitiva processual, promoção da saúde baseada em mindfulness e psicoterapia positiva para transtorno de estresse pós-traumático durante a pandemia COVID-19

Salvador
2023

Érica Panzani Duran

Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia do tratamento on-line com terapia cognitiva processual, promoção da saúde baseada em *mindfulness* e psicoterapia positiva para transtorno de estresse pós-traumático durante a pandemia COVID-19

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador
2023

Dados internacionais de catalogação na fonte

D948 Duran, Érica Panzani

Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia do tratamento on-line com terapia cognitiva processual, promoção da saúde baseada em *mindfulness* e psicoterapia positiva para transtorno do estresse pós-traumático durante a pandemia COVID-19/Érica Panzani Duran. – Salvador, 2023.

194 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências Ciências da Saúde/Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, 2023.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Transtorno de estresse pós-traumático. 2. Terapia cognitiva processual.
3. Psicoterapia positiva. 4. Promoção da saúde baseada na atenção plena.
5. COVID-19. I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Universidade Federal da Bahia.
III. Título.

CDU 616-03:616.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Ciências da Saúde



PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS
Programa de Pós-Graduação - ICC - UFBA



TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DE TESE

ÉRICA PANZANI DURAN

ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO PARA AVALIAR A EFICÁCIA DO TRATAMENTO ONLINE COM TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE BASEADA EM MINDFULNESS E PSICOTERAPIA POSITIVA PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Salvador Bahia, 20 de dezembro de 2023

COMISSÃO EXAMINADORA:

DocuSigned by:
Kátia Petribú
7383F30FE3C94D0

PROF.ª DR.ª KÁTIA CRISTINA LIMA DE PETRIBÚ (EXAMINADORA EXTERNA)

DocuSigned by:
SIMONE GARCIA MACAMBIRA
3335B3EEC696A84

PROF.ª DR.ª SIMONE GARCIA MACAMBIRA (EXAMINADORA INTERNA)

PROF. DR. RICARDO HENRIQUE ARAÚJO (EXAMINADOR EXTERNO)

PROF. DR. IRISMAR REIS DE OLIVEIRA (EXAMINADOR INTERNO)

DocuSigned by:
EDUARDO PONDE DE SENA
F5C0CE104BE34E9

PROF. DR. EDUARDO PONDE DE SENA (EXAMINADOR INTERNO)

Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale do Canela – Salvador/BA – CEP 40.110-100

Tel.: (71) 3283-8959 – E-mail: ppgorgsistem@ufba.br

Dedico esta tese a **Deus**, fonte inesgotável de força e sabedoria, que me guiou através dos desafios e incertezas deste caminho.

Em especial, dedico este trabalho à memória de meu **pai**, cuja partida prematura, agravada pela tragédia do COVID-19, me ensinou sobre a fragilidade da vida e a importância de valorizar cada momento. Sua ausência deixou um vazio imenso, mas também um legado de perseverança e amor.

À minha querida **mãe**, esta dedicatória carrega um profundo agradecimento pela sua força inabalável e pela capacidade de enfrentar as adversidades com coragem e resiliência. Sua presença e apoio foram fundamentais em cada passo desta jornada, oferecendo conforto e incentivo nos momentos mais difíceis.

Esta tese é um tributo ao amor e sacrifício de ambos, que moldaram minha vida e carreira. A herança de vocês será sempre a bússola que me guia.

AGRADECIMENTOS

Nesta jornada de descobertas e desafios, onde a luz do conhecimento brilhou sobre as sombras do TEPT em tempos de COVID-19, cada passo foi um verso na poesia da minha vida acadêmica.

Ao Professor Dr. Irismar Reis de Oliveira, minha gratidão canta como uma sinfonia de sabedoria e orientação, suas palavras sendo o farol que clareou meu caminho neste mar de incertezas. Seu maior legado, a habilidade de transformar réus em inocentes, converter culpa em cura, trouxe aos pacientes com TEPT uma magia transformadora, essencial para sua jornada de recuperação. Sua contribuição é, sem dúvida, inestimável.

Um agradecimento especial ao Professor Roberto Paulo C. Araújo, que com uma mente aberta e um coração generoso, permitiu que vozes de fora da Bahia ecoassem nos corredores da pós-graduação. Seu voto de confiança não foi apenas um presente para mim, mas um símbolo de inclusão e diversidade no mundo acadêmico.

Aos Professores Leonardo Machado e Marcelo Demarzo, arquitetos de sonhos e mestres da mente, cujas lições teceram cores de otimismo e paz em minha tapeçaria acadêmica. Leonardo, com seu toque de psicologia positiva, pintou sorrisos no cotidiano do aprendizado. Marcelo, com a serenidade do *mindfulness*, plantou jardins de tranquilidade em nossa colaboração.

Aos avaliadores, estrelas em meu céu noturno – Glícia Prates, Flávia Leite, Aline Boschi, Curt Hemanny, Danielly Sotto, Clara Carvalho, Lorena Macedo: cada um de vocês adicionou um brilho único à constelação deste projeto.

Agradeço sinceramente a cada um dos valorosos colaboradores - Adriana Cardoso, Amanda Sales, Andreia Goes, Bruno Santos, Carla Mikulski, Claudio Silva, Cleide Guimarães, Cláudia França, Cristiane Silva, Daniela Reis, Isabela Couto, Juliana Silva, Kátia Caetano, Laila Kurtinaitis, Lenemar Pedroso, Letícia Oliveira, Lina Matsumoto, Marcela Souza, Mariana Silva, Marcus Ribeiro e Maria Penido - por sua dedicação e esforço incansável no atendimento de pacientes durante meu doutorado. Suas habilidades, paciência, empatia e sabedoria têm sido fundamentais no caminho da cura e recuperação desses indivíduos. Vocês têm toda minha admiração e gratidão eterna.

A Mariza Deoliveira, anjo guardião, artífice da harmonia e ordem em meu mundo pessoal. Como maestrina, ela orchestra o dia a dia com uma habilidade que transcende a mera organização do meu lar. Seu trabalho é a tela onde se pinta o equilíbrio e a paz de espírito, permitindo-me focar.

A Valdirene Castro, artesã da cura e da alegria, suas mãos trançaram alívio e sorrisos nos dias em que o corpo e a alma sentiram o peso do mundo.

Agradeço também a Laura Castro por cuidar com doçura das minhas gatinhas e pela sua colaboração gentil e valiosa na pesquisa.

À minha incansável *personal trainer*, Lana Custódio, escultora da vontade e da força, teu incentivo me fez dançar ao ritmo do desafio, transformando a relutância em energia vital.

Paulo, meu irmão, e Adriana, minha cunhada, vocês são as notas de humor e leveza na melodia desta jornada, um dueto perfeito de apoio e paciência.

A Luciene Oliveira, minha secretária que, com paciência de santo e eficiência de um relógio suíço, gerenciou o caos das agendas e prazos com serenidade que muitas vezes foi o antídoto para o estresse. Sua habilidade em lidar com as tempestades administrativas foi um farol de tranquilidade na minha jornada acadêmica.

Agradeço imensamente a Luna e Maia, que durante essa trajetória lançaram suaves e doces sons de ronronar de duas almas felinas. Vocês são mais que meras sombras silenciosas em meu caminho; são luzes brilhantes que aqueceram meu coração e alma, transformando cada desafio em uma jornada doce e suave.

Aos colegas do doutorado, queridas e queridos companheiros de jornada, vocês foram o alento nas horas difíceis, estrelas guias em noites escuras de estudo e reflexão. Essa conexão se tornou ainda mais intensa graças ao nosso 'Santo WhatsApp', mantendo-nos unidos e apoiados, mesmo à distância, em cada etapa dessa aventura acadêmica.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação, incansáveis em seu empenho, agradeço por tornarem nossa experiência acadêmica mais leve e frutífera, auxiliando em cada detalhe com dedicação e simpatia.

À banca examinadora, que dedicou tempo e atenção para mergulhar em meu trabalho, ofereço meu reconhecimento. Suas análises perspicazes e sugestões valiosas foram pinceladas de mestre em uma tela em progresso, enriquecendo e aprimorando minha pesquisa.

Aos pacientes valentes, que abriram suas almas como flores desabrochando sob a luz do sol, revelando a beleza e a dor de suas histórias. Vocês são os verdadeiros heróis desta narrativa.

E, finalmente, à VIDA, poeta suprema, que com seus versos de tempestade e calma me ensinou a navegar com coragem e esperança, traçando linhas de continuidade onde só via ponto final.

“Podemos não ser responsáveis pelo mundo que criou nossas mentes, mas podemos assumir a responsabilidade pela mente com a qual criamos nosso mundo”

Gabor Maté

DURAN, Érica Panzani. *Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia do tratamento online com terapia cognitiva processual, promoção da saúde baseada em mindfulness e psicoterapia positiva para transtorno de estresse pós-traumático durante a pandemia COVID-19*. 2023. Orientador: Irismar Reis de Oliveira. 194 f. il. Tese (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

Introdução: O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) surge frequentemente após a exposição a eventos traumáticos, como evidenciado durante a pandemia de COVID-19. Dada a complexidade do TEPT e os desafios impostos pela pandemia, é crucial explorar formas eficazes de psicoterapia *online*. Este estudo analisa a Terapia Cognitiva Processual (TCP), a Promoção da Saúde Baseada na Atenção Plena (MBHP) e a Psicoterapia Positiva (PP) no tratamento do TEPT. **Objetivos:** Avaliar a eficácia dessas terapias em formato *online* durante a pandemia de COVID-19 e comparar seus impactos na melhoria de sintomas como ansiedade, depressão e culpa, além de promover o bem estar. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado, multicêntrico e cego simples com 57 pacientes, divididos em três grupos, cada um submetido a uma das terapias por meio de 14 sessões. Os resultados foram avaliados usando a CAPS-5, HADS e WHO-5, além de outras escalas relevantes. **Resultados:** Desenvolveu-se um protocolo detalhado para cada modalidade de psicoterapia, visando minimizar os sintomas de TEPT. O ensaio clínico revelou efeitos similares nas três modalidades, indicando potencial para o formato *online* na redução dos sintomas de TEPT. **Discussão:** Os resultados sugerem que todas as terapias testadas são promissoras no tratamento *online* do TEPT. No entanto, é importante notar as limitações do estudo, incluindo o tamanho da amostra e a duração do tratamento. A eficácia semelhante das terapias pode indicar uma flexibilidade no tratamento do TEPT, permitindo a adaptação às necessidades individuais dos pacientes. Esses achados são especialmente relevantes considerando o aumento das taxas de TEPT durante a pandemia e a necessidade de acessibilidade a terapias eficazes. Futuras pesquisas devem explorar tratamentos prolongados e comparar resultados em longo prazo. **Conclusão:** A investigação destaca a importância de desenvolver e testar novas modalidades de psicoterapia *online* para o tratamento do TEPT, um transtorno complexo e grave, exacerbado pela pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: transtorno de estresse pós-traumático; terapia cognitiva processual; psicoterapia positiva; promoção da saúde baseada na atenção plena; COVID-19.

DURAN, Érica Panzani. *Randomized clinical trial to evaluate the effectiveness of online treatment with trial-based cognitive therapy, mindfulness-based health promotion and positive psychotherapy for post-traumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic*. 2023. Advisor: Irismar Reis de Oliveira. 194 s. ill. Thesis (Doctorate in Interactive Processes of Organs and Systems) – Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador.

ABSTRACT

Introduction: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) often arises following exposure to traumatic events, as evidenced during the COVID-19 pandemic. Given the complexity of PTSD and the challenges posed by the pandemic, exploring effective online psychotherapy methods is crucial. This study examines trial-based cognitive therapy (TBCT), Mindfulness-Based Health Promotion (MBHP), and Positive Psychotherapy (PP) in treating PTSD. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of these therapies in an online format during the COVID-19 pandemic and to compare their impacts on improving symptoms such as anxiety, depression, and guilt, as well as promoting well-being. **Methods:** A randomized, multicentric, single-blind clinical trial was conducted with 57 patients, divided into three groups, each undergoing one of the therapies over 14 online sessions. Outcomes were assessed using CAPS-5, HADS, WHO-5, and other relevant scales. **Results:** A detailed protocol for each psychotherapy modality was developed, aiming to minimize PTSD symptoms. The clinical trial revealed similar effects across the three modalities, indicating potential for the online format in reducing PTSD symptoms. **Discussion:** The results suggest that all tested therapies are promising for the online treatment of PTSD. However, it is important to note the study's limitations, including the sample size and treatment duration. The similar efficacy of the therapies may indicate flexibility in treating PTSD, allowing adaptation to individual patient needs. These findings are particularly relevant considering the increased rates of PTSD during the pandemic and the need for accessible, effective therapies. Future research should explore extended treatments and compare long-term outcomes. **Conclusion:** The study highlights the importance of developing and testing new online psychotherapy modalities for treating PTSD, a complex and severe disorder, exacerbated by the COVID-19 pandemic.

Keywords: post-traumatic stress disorder, trial-based cognitive therapy, positive psychotherapy, mindfulness-based health promotion, COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

Figura 1	Diagrama do estudo segundo o CONSORT	50
Figura 2	Diagrama SPIRIT	53

ARTIGO 2

Figura 1	Diagrama SPIRIT	65
-----------------	-----------------	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2

Tabela 1 - Características básicas dos participantes por grupo.....	71
Tabela 2 - Conclusão dos programas.....	72
Tabela 3 - Características iniciais dos participantes por status de acompanhamento pós-tratamento.....	73
Tabela 4 - Análise dentro e entre grupos para redução dos sintomas de TEPT (pontuação total da CAPS)	75
Tabela 5 - Análise dentro e entre grupos para os desfechos secundários.....	77
Tabela 6 - Análise entre grupos para HADS-A e HADS-D.....	79
Tabela 7 - Análise dentro e entre grupos para as variáveis mecánísticas TRGI e ICCN.....	81
Tabela 8 - Análise entre grupos para a variável mecánística CALPAS.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CALPAS-P	Escala de Aliança Terapêutica da Califórnia (versão paciente)
CCN	Crenças Centrais Negativas
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
GEE	Equação de Estimativa Generalizada
IM	Imputação Múltipla
ITT	Intenção de Tratar
MBHP	Mindfulness-based Health Promotion (sigla em inglês) - Promoção da Saúde Baseada em Mindfulness
NCBI	Inventário de Crenças Centrais Negativas
PCL	Checklist 5
PP	Psicologia Positiva
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCP	Terapia Cognitiva Processual
TRGI	Trauma-Related Guilt Inventory
WHO-5	Índice de Bem Estar OMS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	JUSTIFICATIVA	23
3	OBJETIVOS	25
4	REVISÃO DE LITERATURA	27
4.1	ELABORAÇÃO DA ESTRATÉGIA E BUSCA BIBLIOGRÁFICA	27
4.2	ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA PANDEMIA	28
4.3	PSICOTERAPIAS	30
5	MATERIAL E MÉODOS	34
5.1	DESENHO DO ESTUDO	34
5.2	HIPÓTESES	35
5.3	PARTICIPANTES	35
5.4	CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	36
5.5	INSTRUMENTOS	36
5.5.1	PTSD Checklist 5 – PCL-5	36
5.5.2	Clinican-Administered PTSD for DSM-5 – CAPS-5	37
5.5.3	Structured Clinical Interview for the DSM-5 – SCID	37
5.5.4	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS	37
5.5.5	Trauma-Related Guilt Inventory – TRGI	37
5.5.6	Inventário de Crenças Centrais Negativas – ICCN	38
5.5.7	Índice de Bem Estar OMS - WHO-5	38
5.5.8	Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia (versão paciente) – CALPAS-P	38
5.6	INTERVENÇÕES	38
5.6.1	Terapia Cognitiva Processual – TCP	39

5.6.2	Promoção da Saúde Baseada em Mindfulness – MBHP	40
5.6.3	Psicologia Positiva – PP	42
6	RESULTADOS	45
6.1	ARTIGO 1 – Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia do tratamento on-line com a Terapia Cognitiva Processual, Promoção da Saúde Baseada na Atenção Plena e Psicologia Positiva para o transtorno de estresse pós-traumático durante a pandemia de COVID-19: um protocolo de estudo.	45
6.2	ARTIGO 2 – Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia do tratamento on-line com Terapia Cognitiva Processual, Promoção da saúde baseada em <i>mindfulness</i> e Psicoterapia Positiva para transtorno de estresse pós-traumático durante a pandemia COVID-19	58
7	DISCUSSÃO	85
8	CONCLUSÃO	95
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICES	108
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
	APÊNDICE B – Questionário	113
	APÊNDICE C - Artigo publicado	114
	APÊNDICE D - Protocolo MBHP	128
	APÊNDICE E - Protocolo Psicologia Positiva	138
	APÊNDICE F - Protocolo Terapia Cognitiva Processual	150
	ANEXOS	163
	ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética	164
	ANEXO B – Lista de Verificação de Estresse em Reação a Traumas (PCL-5)	177
	ANEXO C – Escala Hamilton de Ansiedade e Depressão	178
	ANEXO D – Escala de Aliança Terapêutica da Califórnia (versão do paciente) – (CALPAS-P)	179

ANEXO E – Inventário de Crenças Centrais Negativas – ICCN	180
ANEXO F - Índice de Bem Estar OMS – WHO-5	182
ANEXO G – Trauma-Related Guilt Inventory – TRGI	183

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O início de 2020 marcou um ponto de inflexão significativo na história da humanidade, com o reconhecimento da COVID-19 como uma pandemia e uma emergência de saúde pública global, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme documentado em suas publicações. Originada na China em dezembro de 2019, a COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, um novo betacoronavírus, caracteriza-se por uma síndrome respiratória aguda grave. Representou uma das maiores ameaças à saúde pública no século 21, com mais de 770 milhões de casos identificados e mais de 6,9 milhões de mortes relatadas em todo o mundo, até a data de 28 de novembro de 2023 (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Consequentemente, a população mundial ficou sujeita a intenso estresse psicológico, elevando as altas taxas de problemas de saúde mental - como ansiedade (6,33% a 50,9%), depressão (14,6% a 48,3%), transtorno de estresse pós-traumático (7% a 53,8%), sofrimento psicológico (34,43% a 38%) e estresse (8,1% a 81,9%) - em diversos países, incluindo China, Espanha, Itália, Irã, EUA, Turquia, Nepal e Dinamarca (Xiong *et al.*, 2020).

Segundo o *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*, em sua 5ª edição - DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), os indivíduos que desenvolvem o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) apresentam as seguintes características: sintomas intrusivos (memórias intrusivas e recorrentes do trauma, sonhos recorrentes e reações dissociativas como *flashbacks*); sintomas de evitação (referentes a lembranças e situações que lembrem o trauma), alterações de humor e cognições específicas (incapacidade de recordar aspectos do trauma, cognições distorcidas quanto às causas ou consequências do trauma, crenças persistentes ou exageradas quanto a si mesmo, aos outros ou ao mundo, estado emocional negativo persistente, redução de interesse e participação em atividades relevantes, sensação de distanciamento e afastamento de outras pessoas, incapacidade persistente de sentir emoções positivas); excitabilidade aumentada (irritabilidade ou surtos de raiva, comportamento autodestrutivo, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, dificuldade de concentração, insônia). Esses sintomas comumente ocorrem pelo menos durante um mês, produzindo sofrimento significativo e prejuízo funcional.

Antes da pandemia, estudos epidemiológicos indicavam que as taxas de prevalência de TEPT na população geral variavam de 3,8% a 8,3% (Goldstein *et al.*, 2016). Em profissões de alto estresse, como médicos e enfermeiros em emergências, esses índices eram significativamente maiores, oscilando entre 14,8% a 83% (Mealer *et al.*, 2009; Hosseininejad

et al., 2019). Contudo, o cenário da COVID-19 alterou drasticamente essas estatísticas. No Brasil, por exemplo, as taxas de prevalência de TEPT na população geral subiram para 17,2% (Miranda *et al.*, 2023). Dentre indivíduos hospitalizados, com média de 18,4 dias de internação, observou-se uma taxa de 30,2% em homens e 55,7% em mulheres (Janiri *et al.*, 2021). Notavelmente, os profissionais de saúde na linha de frente enfrentaram um aumento substancial, atingindo 40,7% (Nascimento *et al.*, 2022). Esses dados refletem o impacto severo da pandemia na saúde mental de diversas populações, ressaltando a necessidade urgente de intervenções eficazes.

Apesar do crescente impacto da pandemia na saúde mental, os cuidados apropriados não acompanharam essa demanda, resultando em dificuldades de acesso a tratamentos eficazes. Além disso, a pandemia destacou a necessidade de cuidados de saúde mental *online*, dadas as sequelas físicas, emocionais, sociais e funcionais. As consequências da pandemia elevaram os níveis de ansiedade, estresse, luto e depressão, não só por causas diretas, mas também pela influência do caos social e econômico nos âmbitos individual e coletivo. Eventos imprevistos e mudanças abruptas e significativas reforçaram a necessidade de focar nos cuidados de saúde mental, abrangendo prevenção, tratamento e assistência adaptada às novas necessidades, incluindo regulamentação para atendimentos *online*. É crucial também considerar o papel dos processos psicológicos relacionados ao medo, que podem exacerbar os danos além dos efeitos da pandemia (Wind *et al.*, 2020).

Nesse contexto, surge a questão de quais intervenções psicoterapêuticas seriam eficazes para o tratamento do TEPT, especialmente em modalidades *online*, que oferecem maior acessibilidade. A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) tem sido amplamente reconhecida por sua eficácia no tratamento de diversos transtornos mentais. Os tratamentos empiricamente mais validados são aqueles que atuam na reestruturação cognitiva e na exposição gradual aos estímulos ansiogênicos (Kar, 2011). Após a vivência de eventos traumáticos, há um aumento de crenças negativas em relação a si mesmo, ao mundo e ao outro. A ideia central é que esses eventos interferem diretamente nas crenças nucleares (CN) dos indivíduos. Em estudos comparativos entre indivíduos que desenvolveram ou não o TEPT, há evidências que ocorrem alterações significativas nesses sistemas de crenças (Foa *et al.*, 1999). Uma abordagem particularmente promissora, com o foco em crenças centrais, é a Terapia Cognitiva Processual (TCP), já comprovada e testada presencialmente para TEPT, mas cuja eficácia e adaptações *online* ainda requerem investigação (Duran *et al.*, 2021).

Segundo Young, Klosko e Weishaar (2003), as abordagens iniciais da TCC tinham como foco de trabalho as estruturas mais superficiais da cognição e alguns pacientes com problemas mais complexos ou com transtornos de personalidade que não respondiam de forma satisfatória aos tratamentos. Aaron Beck desenvolveu a Terapia Cognitiva com foco na modificação de CN, assim como outras TCC foram desenvolvidas para lidar com cognições mais profundas e estruturantes, chegando aos esquemas cognitivos, isto é, ao conjunto de CN, geralmente de conteúdo negativo, que influencia e mantém os sintomas psicopatológicos (Bamber & McMahon, 2008).

Além disso, a pandemia impulsionou a exploração de intervenções alternativas para promover o bem estar. Pesquisa realizada na Alemanha com estudantes universitários mostrou que intervenções *online* baseadas em *mindfulness* foram eficazes na redução de sintomas depressivos e no aumento da satisfação com a vida (Karing, 2023). De forma similar, estudos na área da Psicologia Positiva (PP), incluindo um ensaio clínico randomizado com 326 participantes, revelaram melhorias significativas na satisfação com a vida, no bem estar e nos sintomas de ansiedade e depressão após uma intervenção *online* de seis semanas durante a pandemia (Chilver & Gatt 2022, Krifa *et al.*, 2022). De maneira similar, uma intervenção *online* de Psicologia Positiva na Grécia resultou em diminuição da angústia psicossocial e no aumento da resiliência e em emoções positivas (Brouzos *et al.*, 2023). Esses estudos indicam o potencial de *mindfulness* e da Psicologia Positiva não apenas no alívio dos sintomas de saúde mental, mas também no fortalecimento da resiliência e do bem estar durante a pandemia.

Diante do cenário atual, torna-se essencial futuras intervenções terapêuticas *online* (*e-health*), visando melhorar os resultados em tratamentos psicoterápicos, sobretudo em contextos de psicopatologias graves e limitantes, bem como em situações de desastres naturais, que ocorrem no Brasil e ao redor do mundo, impactando a saúde em vários níveis.

Diante deste cenário, este estudo tem como objetivo principal avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual, da Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* (MBHP, sigla em inglês para *Mindfulness-based Health Promotion*) e da Psicologia Positiva no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático resultante da pandemia da COVID-19. De maneira mais específica, visa investigar a prevalência do TEPT em diferentes populações afetadas pela pandemia, analisando como essas abordagens terapêuticas atenuaram seus sintomas. A pesquisa se concentrou-se na avaliação da TCP *online* para entender seu impacto na redução dos sintomas do TEPT em pacientes pós-COVID-19. Paralelamente, as técnicas de MBHP foram examinadas quanto à sua eficácia no manejo do estresse e na melhoria da qualidade de vida

desses pacientes. Além disso, a pesquisa avaliou o papel da PP na promoção de bem estar e na redução dos sintomas traumáticos, comparando sua eficácia com a MBHP e a TCP. Por fim, explorou-se a viabilidade e a aceitabilidade de intervenções terapêuticas realizadas *online*, um aspecto crucial em um contexto de restrições de saúde pública e de acesso limitado a serviços presenciais. Com esses objetivos, a tese buscou contribuir para a literatura científica sobre tratamentos psicológicos eficazes para o TEPT, com um cenário desafiador como o imposto pela pandemia da COVID-19.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A pandemia da COVID-19 desencadeou desafios significativos para a saúde mental global, incluindo um possível surgimento e exacerbação do TEPT, devido a fatores como isolamento, incertezas, insegurança econômica, perdas significativas e risco à saúde. Essa situação sem precedentes gerou uma lacuna crucial na literatura científica, especialmente no que tange à eficácia de intervenções psicológicas baseadas em evidência, nesse contexto específico. Este estudo tem como propósito abordar essa lacuna, explorando o potencial da Terapia Cognitiva Processual, da Promoção de Saúde Baseada em *Mindfulness* e da Psicoterapia Positiva no tratamento do TEPT durante a pandemia. Essas abordagens terapêuticas foram escolhidas por sua promessa em abordar os aspectos multifacetados do TEPT, considerando tanto os fatores cognitivos, quanto os emocionais.

Além disso, a pesquisa destaca a importância crescente da modalidade *online* de terapia, resposta necessária às limitações impostas pela pandemia em tratamentos presenciais. A terapia *online* não apenas oferece uma solução acessível e flexível, mas também pode ser uma ferramenta valiosa para o futuro da psicoterapia, especialmente em situações em que o acesso presencial é limitado ou inviável.

Este estudo visou contribuir para a orientação de políticas públicas e práticas clínicas no campo da saúde mental, fornecendo *insights* sobre a eficácia dessas abordagens terapêuticas em um cenário pandêmico. A pesquisa também buscou explorar como essas intervenções puderam ser adaptadas e otimizadas para a realidade digital, potencializando seu alcance e impacto.

Finalmente, reconhecendo o potencial impacto em longo prazo da pandemia na saúde mental global, este estudo buscou oferecer estratégias sustentáveis de tratamento para o TEPT, contribuindo para um campo emergente e cada vez mais relevante: o da Psicoterapia Digital. Por meio deste estudo, espera-se lançar luz sobre intervenções eficazes que possam auxiliar indivíduos afetados pelo TEPT em meio a crises sanitárias globais, como a que vivenciada.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo geral avaliar a eficácia de três modalidades terapêuticas - Terapia Cognitiva Processual (TCP), Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* (MBHP) e Psicoterapia Positiva (PP), em pacientes com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) decorrente ou agravado pela pandemia da COVID-19. É importante ressaltar que todas essas intervenções foram aplicadas de forma virtual à mesma coorte, refletindo a necessidade atual de adaptar práticas terapêuticas ao contexto digital e verificar sua eficácia. O estudo também se propôs a desenvolver protocolos de intervenção para cada uma dessas modalidades, conforme descrito no Artigo 1, já publicado.

De maneira complementar, os objetivos secundários visaram quantificar sintomas correlatos, tais como depressão, ansiedade e sentimento de culpa, que frequentemente acompanham o TEPT. Além disso, realizou-se uma avaliação para mensurar o nível de bem estar dos pacientes e a efetividade da aliança terapêutica estabelecida durante as sessões *online*, aspectos discutidos no Artigo 2. Este objetivo secundário é essencial para compreender a eficácia das terapias no contexto mais amplo da saúde mental dos pacientes, indo além da redução dos sintomas do TEPT.

Por meio desses objetivos, o estudo busca não apenas contribuir para a compreensão da eficácia dessas terapias no contexto da pandemia, mas também fornecer *insights* relevantes sobre a prática da psicoterapia em ambientes virtuais, uma demanda crescente no campo da saúde mental, especialmente para o tratamento de transtornos grave como o TEPT.

REVISÃO DE LITERATURA

4 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção compreende o referencial teórico que embasou o presente estudo.

4.1 ELABORAÇÃO DA ESTRATÉGIA E BUSCA BIBLIOGRÁFICA

Para a realização desta revisão de literatura, adotou-se uma abordagem metodológica baseada nos princípios do modelo PICO (Paciente, Intervenção, Comparação, *Outcomes*), ferramenta amplamente reconhecida em pesquisas clínicas para estruturar e guiar a busca bibliográfica. O modelo PICO facilita a identificação de componentes essenciais da pesquisa:

- **P (Paciente):** Indivíduos adultos diagnosticados com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) no contexto da pandemia da COVID-19.
- **I (Intervenção):** Intervenções *online*, incluindo Terapia Cognitiva Processual, Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* e Psicoterapia Positiva.
- **C (Comparação):** A comparação foi feita com grupos de controle, que poderiam incluir tratamento com outros tipos de psicoterapias ou a ausência de tratamento/intervenção para TEPT durante a pandemia, variando de acordo com o desenho do estudo.
- **O (Outcomes):** Os desfechos medidos incluem a eficácia dessas intervenções na redução dos sintomas do TEPT, bem como bem estar, aliança terapêutica e sintomas de ansiedade, depressão e sentimento de culpa.

Para a busca bibliográfica, foram consultadas bases de dados como PubMed, PsycINFO e Scopus, utilizando-se uma combinação de palavras-chave e termos MeSH relacionados ao TEPT, terapias cognitivas, psicologia positiva, *mindfulness* e impactos psicológicos da pandemia da COVID-19. O período considerado para a pesquisa estendeu-se de junho de 2020 a dezembro de 2023, com foco em publicações em inglês e português.

Os critérios de inclusão foram estudos empíricos que investigaram a eficácia das intervenções mencionadas em pacientes com TEPT, no contexto da pandemia. O processo de seleção envolveu uma revisão inicial dos títulos e resumos, seguida de uma análise dos textos integrais dos estudos potencialmente relevantes.

4.2 ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA PANDEMIA

A pandemia de COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, gerou crises sanitária e psicológica globais. Sobrecarregou os sistemas de saúde e impactou negativamente a saúde mental globalmente. Pacientes com COVID-19 que apresentaram sequelas mostraram maior vulnerabilidade ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático e à depressão, agravados pelo medo da doença, isolamento prolongado e estigmatização. Além disso, pessoas com histórico de problemas psiquiátricos enfrentaram desafios adicionais, pois a pandemia interrompeu os serviços de saúde mental e intensificou o isolamento e a ansiedade, exacerbando as condições preexistentes (Vindegard & Benros, 2020a).

Nesse cenário, observou-se que 37,5% dos pacientes com transtornos alimentares viram seus sintomas piorarem e 56,2% apresentaram novos sintomas de ansiedade (Fernández-Aranda *et al.*, 2020). Por outro lado, estudo de Zhou *et al.* (2020) destacou que 20,9% dos indivíduos com condições psiquiátricas preexistentes experimentaram um declínio em seu estado psicológico durante a pandemia, embora os diagnósticos específicos desses transtornos não tenham sido detalhados.

A saúde mental tem ganho maior atenção mundialmente e um reflexo disso são as intervenções terapêuticas mediadas por tecnologias digitais. Novas ferramentas e programas estão sendo continuamente desenvolvidos para facilitar a promoção e a prevenção da saúde mental e a melhoria de sofrimentos emocionais. Exemplos incluem a realidade virtual (RV), inicialmente conhecida no mundo dos produtos eletrônicos de consumo e agora sendo utilizada no tratamento de psicopatologias específicas (Freeman *et al.*, 2017). Além disso, a saúde móvel (os aplicativos de *e-health*) tem contribuído para a disseminação de práticas baseadas em evidências, proporcionando mobilidade, acesso instantâneo e conveniência (M. S. Marcolino *et al.*, 2018)(Naslund *et al.*, 2016).

O uso da psicoterapia *online* (e-terapia) expandiu-se rapidamente nas últimas duas décadas, com evidências crescentes de sua eficácia clínica e viabilidade econômica, sendo especialmente indicada em casos de pouca disponibilidade de profissionais, limitações para sair de casa, flexibilidade de horário e facilidade de acesso. A tecnologia tem sido cada vez mais utilizada no contexto do tratamento da saúde, particularmente como ferramenta terapêutica para fobias, TEPT, pacientes hospitalizados com queimadura severa e transtorno de ansiedade generalizada (Gómez *et al.*, 2017). As intervenções disponibilizadas variam em modalidade,

incluindo programas de terapia interativa, entregues com ou sem a orientação de um terapeuta, e podem ser combinadas com tratamento presencial (Andersson *et al.*, 2019).

Contudo, ainda existem preocupações sobre a psicoterapia *online*, como a dificuldade em desenvolver uma relação terapêutica eficaz, especialmente na ausência de pistas não verbais, como tensões (Kauer *et al.*, 2014). No entanto, mitos sobre a telessaúde, como “a aliança terapêutica só pode ser estabelecida face a face” foram desafiados por pesquisas recentes (Karyotaki *et al.*, 2021). O aprendizado tanto dos pacientes quanto dos terapeutas para novas tecnologias de saúde mental têm progredido lentamente, embora mais do que o inicialmente esperado, pois a pandemia fez que esse aprendizado de novas tecnologias ocorresse de forma repentina (Rogers *et al.*, 2017).

No Brasil, a psicoterapia *online* inicialmente era admitida apenas em contextos de pesquisa. No entanto, desde 2012, o Conselho Federal de Psicologia regulamentou a prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologias, conforme a Resolução CFP N°11/2018. Uma revisão sistemática indicou que essa modalidade de psicoterapia apresenta resultados promissores para transtornos de ansiedade e de humor (Karyotaki *et al.*, 2021).

Assim, a pandemia atuou como um catalisador para a implementação das psicoterapias *online* e o surgimento de ferramentas de e-saúde (aplicativos) no cotidiano das pessoas (Mohr *et al.*, 2018). Dadas as incertezas contínuas sobre a COVID-19, foi essencial criar soluções de longo prazo para populações de pacientes que não consigam ter acesso a tratamentos de saúde mental como aqueles que vivem em casas de repouso ou isolados em hospitais e que não possam ter acesso a esse tipo de serviço.

Agilidade, flexibilidade e resiliência são habilidades essenciais para as instituições do século 21, especialmente diante de eventos imprevistos e devastadores como os causados pela mudança climática, que tendem a ser cada vez mais comuns (Semonella *et al.*, 2022). Nesse contexto, torna-se imperativo que os profissionais de saúde mental estejam adequadamente capacitados para fornecer os primeiros socorros psicológicos. Essa preparação é vital para atenuar os impactos psicológicos em situações de crise.

Consequentemente, observou-se um aumento nas taxas de sintomas de ansiedade (6,33% a 50,9%), depressão (14,6% a 48,3%), TEPT (7% a 53,8%), sofrimento psicológico (34,43% a 38%) e estresse (8,1% a 81,9%) na população em geral durante a pandemia da COVID-19 em países como China, Espanha, Itália, Irã, EUA, Turquia, Nepal e Dinamarca. Esses sintomas estão frequentemente relacionados a fatores de risco, como gênero feminino, faixa etária mais

jovem (≤ 40 anos), presença de doenças crônicas/psiquiátricas, desemprego, *status* de estudante e exposição frequente às mídias sociais (Xiong *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, o caos e a falta de orientações adequadas intensificaram sentimentos de ameaça, medo, incompetência e desamparo. Esse estado de dissonância cognitiva, caracterizado por gerar altos níveis de angústia e sofrimento, leva as pessoas a se sentirem incapazes de experimentar sensações de segurança e conforto. Como resultado, o recurso a diversos mecanismos de defesa se torna psicologicamente justificável e compreensível, com o objetivo comum de suprimir a ansiedade e o perigo contínuo, fatores que frequentemente contribuem para uma má previsão de saúde mental (Heitzman, 2020).

No entanto, no momento descrito, enfrentou-se a falta de diretrizes claras para uma intervenção mais eficaz e com evidências científicas sobre o que realmente funciona em relação às psicoterapias *online* para pessoas que sofrem de transtornos decorrentes da COVID-19. Portanto, iniciar a formulação de hipóteses e estratégias para essa questão se mostra imprescindível no atual contexto.

4.3 PSICOTERAPIAS

A Terapia Cognitiva Processual (TCP) é baseada na Terapia Cognitiva de Beck (TC), fundamentada em princípios e técnicas específicas. No entanto, ela apresenta várias particularidades em termos de formulação e técnicas, tornando-se uma abordagem distinta para modificação de crenças centrais disfuncionais dos pacientes. O autor dessa abordagem se inspirou no livro *O Processo*, de Franz Kafka, daí o nome Terapia Cognitiva Processual (De Oliveira, 2008). Esta abordagem inclui psicoeducação, reestruturação cognitiva em relação às crenças de eventos traumáticos, em um ambiente terapêutico lúdico e teatral, onde o paciente é colocado na terceira pessoa para se sentir mais confortável, além das contar com técnicas de tomadas de decisão para trabalhar ambivalências e técnica para elaboração do sentimento de culpa sobre o evento traumático.

Baseado no manual proposto por De Oliveira (2016) (Delavechia *et al.*, 2016), as primeiras sessões abordam o esclarecimento ao paciente dos primeiros níveis de cognição, representados por pensamentos automáticos disfuncionais, visando trabalhar pressupostos subjacentes, regras e comportamentos de segurança, quebrando assim o padrão de funcionamento de manutenção do transtorno. Estratégias são desenvolvidas também para lidar

com a vergonha e a culpa, comuns em pacientes com TEPT, além de ensinar habilidades específicas para tomada de decisões. Por fim, a mudança das crenças centrais negativas é trabalhada com o objetivo de formar novas crenças centrais positivas para que o paciente comece a estabelecê-las sobre si mesmo.

Já a terapia de Promoção da Saúde Baseada na Atenção Plena (MBHP, sigla em inglês, como já dito) é um protocolo desenvolvido no Centro Médico da Universidade de Massachusetts, elaborada por Kabat-Zinn (1982); constitui-se de uma intervenção baseada na experiência de atenção plena, amplamente empregada no Ocidente. Com duração de uma hora cada, com tarefas de casa, os participantes devem meditar diariamente durante 45 minutos. Um componente central do MBHP é a instrução sobre como praticar a meditação da atenção plena, incluindo: (a) posições específicas de sentar-se e deitar-se; (b) foco a atenção em um único alvo, como a respiração ou as sensações no corpo); e (c) observação de maneira não julgadora das distrações da mente, como pensamentos, emoções ou sensações emergentes, retornando ao alvo da atenção. Em uma atividade relacionada, a varredura corporal, os participantes são guiados para uma exploração das sensações do corpo, começando pelos pés e terminando na cabeça. Essa intervenção tem se mostrado promissora para a depressão, distúrbios do sono, compulsão alimentar e sofrimento psicológico geral.

A prática da atenção plena mostrou-se um apoio durante a pandemia tanto para pacientes, quanto para profissionais, cuidadores e o público geral, como uma estratégia complementar de tratamento, revelando melhorias nas medidas de ansiedade, depressão, dor e, ainda mais, com baixo custo (Behan, 2020).

Por fim, a Psicologia Positiva (PP), efetivamente desenvolvida e organizada a partir do trabalho de Seligman e Csikszentmihalyi (2000), que tem suas raízes teóricas estudadas décadas após a II Guerra Mundial. O termo PP foi utilizado pela primeira vez por Maslow, um dos principais nomes da Psicologia Humanista, em seu livro *Motivação e personalidade*, publicado em 1954. A PP é um campo que busca compreender as emoções positivas, as potencialidades psicológicas e o funcionamento humano/social/institucional saudável, aplicando esse conhecimento para ajudar pessoas e instituições, com foco na prevenção e na promoção da saúde mental.

Muitas das práticas em PP foram estudadas por meio de intervenções *online*, com protocolos coesos de 15 sessões. Essas práticas integram os pontos fortes do paciente, bem como recursos, fraquezas em relação aos valores, arrependimentos e esperança, com o objetivo de compreender de forma equilibrada as complexidades inerentes à experiência humana. Sem

ignorar ou minimizar as preocupações do paciente, a abordagem busca compreender empaticamente, prestando atenção à dor associada ao trauma, ao mesmo tempo em que explora o potencial de crescimento de cada paciente. Essa teoria considera que pacientes em sofrimento podem ser mais bem compreendidos e atendidos se aprenderem a usar seus recursos para enfrentar os desafios da vida (Duckworth *et al.*, 2005).

A PP é dividida em três fases, conforme o protocolo de Rashid e Seligman (2019):

Na fase 1, o paciente cria uma narrativa pessoal, relembando e escrevendo uma história que o despertou, principalmente na superação de um desafio (estratégia denominada apresentação positiva). Nas sessões subsequentes, que correspondem à maior parte do trabalho terapêutico desta fase, centra-se na avaliação e organização de um perfil dos pontos fortes e na aquisição das competências necessárias para integrar as forças com os estressores psicológicos.

Na fase 2, depois de estabelecer um relacionamento terapêutico e ajudar o paciente a identificar seus pontos fortes, o terapeuta o incentiva a escrever sobre seus rancores, lembranças amargas ou ressentimentos e, em seguida, discutir os efeitos de se apegar a esses aspectos negativos. Em nenhum momento ele é desencorajado por expressões negativas, pelo contrário, é incentivado a avaliar uma ampla gama de emoções, positivas e negativas.

Já na fase 3, concentra-se em restaurar ou encorajar relacionamentos positivos. Nesse ponto, o paciente provavelmente está pronto para buscar significado e propósito; as forças ampliaram os autoconceitos trazidos por ele e ele foi capaz de lidar com memórias perturbadoras, de aprender sobre o perdão e de começar a ver os benefícios da gratidão. Essa fase também incentiva o paciente a cultivar significado por meio de uma série de processos, como o fortalecimento de relacionamentos pessoais íntimos e comunitários; a busca por inovações artísticas, intelectuais ou científicas; ou engajar-se na contemplação filosófica ou religiosa.

MATERIAL E MÉTODOS

5 MATERIAL E MÉTODOS

Esta seção compreende os procedimentos metodológicos adotados para dar cumprimento aos objetivos estabelecidos para este estudo.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi delineado como um ensaio clínico randomizado, de controle simples-cego, estruturado com três grupos paralelos, visando avaliar pacientes com TEPT decorrente da pandemia da COVID-19.

Os participantes foram aleatoriamente alocados em uma das três intervenções terapêuticas - Terapia Cognitiva Processual (TCP), Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* (MBHP) ou Psicoterapia Positiva (PP) - todas conduzidas no formato virtual.

O estudo foi estruturado para que as sessões tivessem duração mínima de 14 semanas e máxima de 17 semanas, sendo que o paciente tinha que realizar 14 sessões no total; caso ocorresse algum problema de internet ou qualquer outra intercorrência, a sessão poderia ser remarcada, porém não ultrapassando essas 3 semanas a mais. Esse número adicional de semanas foi planejado para acomodar eventuais faltas (no máximo duas), interferências da conexão da internet ou feriados. As sessões, realizadas semanal e individualmente, tiveram duração de uma hora e incluíam seguimentos aos 3, 6 e 12 meses, conforme ilustrado no fluxograma do estudo na Figura 1. As avaliações de desfechos foram efetuadas antes da 1ª sessão, na 7ª e na 14ª sessões, bem como nos períodos de seguimento. A concepção deste protocolo aderiu rigorosamente às diretrizes estabelecidas pelo Protocolo Padrão: Recomendações para Ensaio Intervencionistas (SPIRIT) conforme Chan e colaboradores (2013). Além disso, o estudo foi registrado no Clinicaltrials.gov sob o número NCT04852770 e teve a chancela do Comitê de Ética da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia, Brasil, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O recrutamento ocorreu no período de abril de 2021 a junho de 2023. As avaliações ocorreram no período de abril de 2021 a agosto de 2023, sendo que a aplicação dos protocolos foi no período de maio de 2021 até agosto de 2023.

5.2 HIPÓTESES

De acordo com a literatura e os resultados de outros ensaios clínicos, estabeleceram-se as seguintes hipóteses:

H1: TCP e MBHP nas modalidades *online* são estatisticamente diferentes do PP *online* na redução dos sintomas do TEPT;

H2: TCP e MBHP nas modalidades *online* apresentam maior tamanho de efeito na redução de sintomas de TEPT comparados ao controle (PP);

H3: TCP e MBHP nas modalidades *online* contêm o maior tamanho de efeito na redução dos sintomas de culpa pelo evento traumático em comparação ao controle;

H4: TBCT e MBHP nas modalidades *online* são estatisticamente diferentes do controle, com tamanho de efeito maior, na melhoria da qualidade de vida (ou incapacidade).

Estas hipóteses visam explorar as diferenças e eficácias relativas das três abordagens terapêuticas na modalidade *online*, oferecendo *insights* valiosos para o tratamento do TEPT no contexto da pandemia.

5.3 PARTICIPANTES

Após a divulgação do estudo na mídia, 564 pessoas manifestaram interesse e entraram em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Inicialmente, realizou-se uma triagem preliminar por telefone para identificar a presença de eventos traumáticos relacionados à COVID-19. Deste grupo, 348 indivíduos foram submetidos a uma avaliação mais detalhada, utilizando o questionário autoaplicável PCL-5 (De Lima Osório et al., 2017) (Blevins et al., 2015, Lima Osório et al., 2017, Pereira-Lima et al., 2019), que visa verificar a presença de sintomas de TEPT. Os participantes que obtiveram pontuação de 45 ou mais no PCL-5 foram posteriormente contatados por avaliadores treinados para uma avaliação mais aprofundada. Durante este contato, 70 participantes foram avaliados com a versão transcultural da *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5) (Weathers et al., 2018) e com o *Structured Clinical Interview for the DSM-5* (SCID) (First et al., 2017), mas apenas 57 atenderam aos critérios diagnósticos de TEPT. Os participantes elegíveis receberam informações detalhadas sobre o estudo, o funcionamento da psicoterapia on-line e o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). Somente aqueles que assinaram o TCLE, autorizando inclusive a gravação em áudio das sessões terapêuticas, foram considerados aptos a participar do estudo. Após o preenchimento dos questionários autoaplicáveis, esses participantes foram aleatoriamente alocados para um dos grupos de intervenção do estudo, a qual ocorreu no período de maio de 2021 até agosto de 2023.

5.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para este estudo, estabeleceram-se critérios de inclusão que determinavam os participantes deveriam ser adultos de ambos os sexos, com idades entre 18 e 60 anos, e que apresentassem uma pontuação de 45 ou mais no PCL-5, decorrente de uma exposição direta ou indireta à COVID-19. Essa medida incluiu profissionais de saúde, indivíduos que testaram positivo anteriormente para COVID-19 ou que passaram por quarentena ou isolamento. Adicionalmente, era imperativo que os participantes fossem proficientes em leitura e escrita, tivessem capacidade de seguir instruções, bem como acesso à Internet. Em contrapartida, os critérios de exclusão desqualificaram indivíduos que apresentaram risco significativo de suicídio (manifestado por planos, atitudes ou tentativas nos últimos 12 meses), comportamento de automutilação no último ano, envolvimento em outra psicoterapia, sintomas psicóticos ou transtorno por uso de substâncias, no mesmo período.

5.5 INSTRUMENTOS

Apresentam-se, a seguir, os instrumentos adotados para fins deste estudo.

5.5.1 PTSD Checklist 5 – PCL-5

É um instrumento de autoavaliação, com 20 itens, destinado a medir a presença e a gravidade dos sintomas de TEPT conforme os critérios do DSM-5. Pacientes usam uma escala Likert de 0 a 4 para avaliar sua experiência em relação a cada sintoma no último mês, resultando em uma pontuação que varia de 0 até 80, sendo que quanto maior a pontuação, maior a gravidade (Blevins *et al.*, 2015, (De Lima Osório *et al.*, 2017):

5.5.2 Clinician-Administered PTSD for DSM-5 – CAPS-5

É uma entrevista estruturada, com itens que correspondem aos critérios do DSM-5 para TEPT e finalidade de avaliar, diagnosticar, monitorar a mudança dos sintomas ao longo do tempo e, por fim, ajudar a informar a resposta ao tratamento (Weathers *et al.*, 2018).

5.5.3 Structured Clinical Interview for the DSM-5 – SCID

Consiste em uma entrevista psiquiátrica semiestruturada, com a finalidade de estabelecer diagnósticos, conforme o manual *Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, da Associação Psiquiátrica Americana (First *et al.*, 2017).

5.5.4 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS

Instrumento para avaliar sintomas de ansiedade e depressão, evitando a interferência de sintomas físicos, tendo-se que no TEPT os sintomas físicos podem se sobrepor aos sintomas psiquiátricos. Contém 14 itens, divididos em duas subescalas de 7 itens cada, uma focando em ansiedade (HADS-A) e a outra em depressão (HADS-D) (ANEXO C). Apresenta-se uma escala Likert de 0 a 3, com pontuações variando de 0 até 21 para cada subescala, onde as pontuações mais elevadas indicam maior gravidade do sintomas (Zigmond & Snaith, 1983) (Faro *et al.*, 2015).

5.5.5 Trauma-Related Guilt Inventory – TRGI

É um instrumento de autorrelato, com 32 itens, para avaliar culpa especificamente relacionadas às experiências traumáticas. É composto por 3 subescalas: culpa global (4 itens), angústia (6 itens) e cognição de culpa (22 itens) (ANEXO G). Tem a finalidade de medir os atributos cognitivos e emocionais da culpa a um evento traumático. Os itens são avaliados usando uma escala Likert e as pontuações são somadas para fornecer uma medida quantitativa da intensidade e da perturbação da culpa relacionada ao trauma (Kubany *et al.*, 1996).

5.5.6 Inventário de Crenças Centrais Negativas – ICCN

Quantifica as crenças centrais sobre si (ICC-S), podendo ser separadas em (a) desamparo/inferioridade, (b) desamparo/vulnerabilidade, (c) falta de amor e (d) inutilidade, além de quantificar as crenças centrais sobre os outros (ICC-O) (ANEXO E) (Osimo *et al.*, 2018a).

5.5.7 Índice de bem estar OMS - WHO-5

Trata-se de uma escala de bem estar geral, com cinco questões e pontuações que variam de 0 a 5, abordando humor e energia (Topp *et al.*, 2015)(Dadfar *et al.*, 2018), avaliando o bem estar subjetivo nos últimos 14 dias. Consiste em 5 itens avaliados por uma escala Likert de 0 (em nenhum momento) até 5 (todo o tempo), variando de uma pontuação de 0 até 25 (ANEXO F). Este instrumento foi aplicado no início, meio (sessão 7) e pós-tratamento (sessão 14), bem como no acompanhamento (3, 6 e 12 meses).

5.5.8 Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia (versão paciente) - CALPAS-P

Avalia quatro dimensões da relação terapêutica (Marmar *et al.*, 1989)(J. A. M. Marcolino & Iacoponi, 2003): 1) aliança terapêutica, 2) aliança de trabalho, 3) compreensão e 4) envolvimento do terapeuta, acordo entre paciente e terapeuta sobre os objetivos da terapia. O CALPAS-P tem 24 itens que variam de 1 (nunca) a 7 (sempre) na escala Likert (ANEXO D). Esta escala foi aplicada ao final da segunda, 4ª, 6ª, 8ª, 10ª, 12ª e 14ª sessões de psicoterapia.

5.6 INTERVENÇÕES

A seguir, apresentam-se as modalidades de intervenções adotadas neste estudo.

5.6.1 Terapia Cognitiva Processual – TCP

A TCP é uma intervenção psicoterapêutica, cujo fundamento está na TCC beckiana (de Oliveira, 2016). Embora a TCP, assim como a TCC, inclua psicoeducação, reestruturação cognitiva e experimentos comportamentais atribuídos como lição de casa, ela difere de outras abordagens de TCC em termos de formulação (por exemplo, diagrama de conceituação de TCP), técnicas (por exemplo, grade de participação para lidar com a culpa) e instrumentos de medição, como o *Questionário de Distorções Cognitivas* (CD-Quest) (De Oliveira *et al.*, 2015) e o *Inventário de Crenças Centrais Negativas* (CCN) (Osimo *et al.*, 2018b), tornando o TCP uma abordagem diferenciada na reestruturação da cognição em três níveis de cognição, especialmente na modificação das CCN disfuncionais dos pacientes.

A principal técnica de TCP, *O Processo*, foi inspirada no livro *O Processo* de Kafka (KAFKA, 2005). Foi projetada para desafiar e reestruturar CCN disfuncionais. Um paralelo com a perspectiva da TCC é proposto por De Oliveira, ao argumentar que as autoacusações apresentadas pelo personagem do romance, Joseph K., podem corresponder às CCN negativos disfuncionais sobre si mesmo. Assim como Joseph K., os pacientes não estão cientes dessas autoacusações (CCN), mas após uma investigação por meio da abordagem da seta descendente, os pacientes tomam conhecimento de tais CCN/autoacusações e aprendem como construir uma defesa adequada para si mesmos (de Oliveira, 2011). A técnica de Julgamento inclui vários componentes da TCC (por exemplo, exame das evidências) e o procedimento da cadeira vazia que torna a TCP mais experiencial (De Oliveira *et al.*, 2012) (De Oliveira *et al.*, 2012a).

Vários estudos apoiam a eficácia da TCP. No primeiro e preliminar estudo (N = 30) com pacientes apresentando diferentes diagnósticos, esse tratamento diminuiu efetivamente o apego dos pacientes a CCN disfuncionais, bem como a intensidade emocional, durante uma sessão (De Oliveira, 2008). Este estudo (De Oliveira *et al.*, 2012a; De Oliveira *et al.*, 2012b) foi replicado com 166 pacientes com diagnósticos e comorbidades variados, mostrando uma redução significativa no apego a CCN disfuncionais e na intensidade emocional.

Também foi demonstrado em um ensaio clínico randomizado (N = 36), comparando técnicas de TCP com técnicas convencionais de TCC, que a TCP foi tão eficaz quanto as técnicas convencionais de TCC na redução dos sintomas de ansiedade social e na melhoria da qualidade de vida e mais eficaz do que a TCC na redução do medo de avaliação negativa, evitação social e sofrimento (De Oliveira *et al.*, 2012; Powell *et al.*, 2013). Foi realizado um segundo estudo com o objetivo de avaliar a eficácia do TCP para transtorno de ansiedade social

generalizada, em uma população com altas taxas de comorbidades, especialmente depressão (Caetano *et al.*, 2018). Foi um ensaio clínico randomizado de dois braços, que incluiu 39 adultos (TCP = 18; grupo em lista de espera = 21), sendo a gravidade dos sintomas avaliada no pré e pós-tratamento. Observaram-se reduções na ansiedade social, evitação social e depressão nos participantes do grupo TCP, todos associados a um grande tamanho de efeito, enquanto não foram observadas diferenças entre as pontuações pré e pós-tratamento na condição de lista de espera. Curiosamente, os pacientes com comorbidades apresentaram maiores reduções nos sintomas de ansiedade social durante o tratamento em relação àqueles apenas com TAS.

Um estudo (N = 76) comparando a eficácia do TCP com a Ativação Comportamental e do Tratamento Usual (TAU), no tratamento do transtorno depressivo maior (Hemanny *et al.*, 2020) mostrou que tanto o TCP quanto a Ativação Comportamental (que também incluiu antidepressivos) foram diferentes do TAU (que incluía apenas antidepressivos) na redução dos escores de ansiedade e depressão.

Recentemente, 95 pacientes que atendiam aos critérios do DSM-4-TR para TEPT foram designados aleatoriamente para receber TCP ou exposição prolongada (Duran *et al.*, 2021). Uma redução significativa no desfecho primário avaliado pela *Escala de Trauma Davidson* (DTS) foi a melhora nos sintomas de TEPT.

Reduções nos escores DTS foram observadas em ambos os braços, mas não houve diferença significativa entre os tratamentos. Em relação aos desfechos secundários (depressão, ansiedade e atitudes disfuncionais avaliadas pelos *Inventários de Depressão/Ansiedade e Escala de Atitudes Disfuncionais de Beck*, bem como a taxa de abandono), observaram-se diferenças significativas nos sintomas depressivos a favor do TCP. Além disso, a taxa de abandono foi menor no grupo TCP do que no grupo PE, sugerindo que o TCP pode ser uma alternativa eficaz para o tratamento do TEPT.

5.6.2 Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* - MBHP

Mindfulness-Based Health Promotion (MBHP) é o protocolo do programa *Mindfulness* adotado pelo Centro Mente Aberta e tornou-se, por isso, a base da sua formação profissional. O MBHP foi inspirado no modelo original de Jon Kabat-Zinn, *Mindfulness Based Stress Reduction*, adaptado para o contexto da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida, por isso no Brasil é conhecido como MBHP. Além da redução do estresse baseada em *mindfulness*

(MBSB), outras inspirações contribuíram para o protocolo MBHP, incluindo a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) e *Mindfulness-Based Relapse Prevention*, ambos programas utilizados pelo British Institute Breathworks.

O programa MBHP foi desenhado para o contexto brasileiro e hispano-americano, visando à sua aplicabilidade em políticas públicas nas áreas de saúde, educação e organizações. Os potenciais beneficiários do MBHP são profissionais e pacientes do sistema de saúde público (particularmente aqueles com condições transdiagnósticas crônicas), estudantes e professores de escolas públicas, agentes policiais e outros funcionários públicos, bem como a população em geral.

Tal como acontece com as abordagens clássicas de *mindfulness* (MBSR e MBCT), o objetivo do MBHP é desenvolver a CONSCIÊNCIA através da prática de *MINDFULNESS* (que envolve atenção, atitude e intenção). CONSCIÊNCIA é entendida como estar consciente (consciente, perceber, reconhecer, perceber, perceber e observar) fenômenos internos (pensamentos, sentimentos, emoções, sensações e impulsos) e externos (atividades, relações etc.). O pressuposto (princípio/intenção) é que, se a pessoa estiver consciente, terá maior probabilidade de tomar decisões/escolhas mais assertivas/conscientes, respondendo às situações de forma menos reativa (não mais agindo no “piloto automático”). Existem evidências científicas que mostram que o desenvolvimento da CONSCIÊNCIA é um dos mecanismos básicos que explicam os benefícios do *MINDFULNESS* na promoção da saúde, trazendo autoeficácia e qualidade de vida.

A definição de *mindfulness* que usamos é aquela fornecida pelo próprio Jon Kabat-Zinn: “[...] é a consciência que surge através da prestação de atenção, propositalmente, no momento presente, sem julgamento e sem crítica, à experiência que surge momento a momento”

O protocolo MBHP original é um programa estruturado e desenvolvido em oito sessões, em grupos, onde os participantes (8 a 15 pessoas) se reúnem semanalmente durante 2 horas (duração padrão de uma sessão) para vivenciar os conceitos e técnicas de *mindfulness*. Porém, ele foi desenhado para permitir customização quando aplicado em políticas públicas. Se necessário, o número e a duração das sessões podem ser alterados, para que seja flexível e dinâmico na sua utilização por organizações, escolas e serviços de saúde. Além disso, para atender às condições do presente estudo, o protocolo foi individual, com sessões de 1 hora, realizadas em 14 encontros (14 sessões).

São também dadas aos participantes sugestões de atividades diárias a realizar em casa ou no local de trabalho, que duram em média 15-20 minutos, mas podem durar até 45 minutos no caso de participantes mais motivados e cumpridores. Eles também são incentivados a incorporar a ideia de *mindfulness* em seu dia a dia (a chamada “prática informal”), para que todas as atividades diárias se tornem de alguma forma oportunidades para praticar *mindfulness*.

5.6.3 Psicologia Positiva - PP

Após validação empírica, o PP foi organizado num protocolo coeso de 15 sessões. Muitas das suas práticas foram estudadas por meio de intervenções *online*. No presente estudo, o protocolo foi reduzido para 14 sessões, o que está de acordo com os demais braços desse ensaio clínico.

O PP integra sintomas com pontos fortes, riscos com recursos, fraquezas com valores e arrependimentos com esperanças, visando compreender as complexidades inerentes à experiência humana de forma equilibrada. Sem ignorar ou minimizar as preocupações do cliente, o clínico do PP compreende empaticamente, presta atenção à dor associada ao trauma e simultaneamente explora o potencial de crescimento. A PP considera que os clientes em sofrimento psíquico podem ser mais bem compreendidos e atendidos se aprenderem a utilizar seus recursos mais elevados – pessoais e interpessoais – para enfrentar os desafios da vida (Duckworth *et al.*, 2005; Seligman *et al.*, 2005; (Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012).

O PP é dividido em três fases. Na fase 1, o paciente cria uma narrativa pessoal, lembrando e escrevendo uma história que despertou o seu melhor, principalmente na superação de um desafio (estratégia chamada de apresentação positiva). Nas sessões subsequentes, que correspondem à maior parte do trabalho terapêutico desta fase, centra-se na avaliação e organização de um perfil das forças de assinatura e na aquisição das competências necessárias para integrar as forças com os estressores psicológicos (Rashid & Seligman, 2019).

Na fase 2, depois de estabelecer uma relação terapêutica e ajudar os clientes a identificarem os seus pontos fortes, os médicos encorajam-nos a escrever sobre os seus rancores, memórias amargas ou ressentimentos e depois discutir os efeitos de se apegarem a esses aspectos negativos. O PP não desencoraja a expressão de expressões negativas; incentiva os clientes a avaliar uma ampla gama de emoções, positivas e negativas (Rashid & Seligman, 2019).

A Fase 3 concentra-se em restaurar ou encorajar relacionamentos positivos. Neste ponto, é provável que os pacientes estejam prontos para buscar significado e propósito; as forças ampliaram o autoconceito dos clientes e eles foram capazes de lidar com lembranças perturbadoras, aprenderam sobre o perdão e começaram a ver os benefícios da gratidão. A Fase 3 também incentiva os pacientes a cultivar o significado mediante o envolvimento em vários processos, tais como o fortalecimento de relacionamentos pessoais íntimos e comunitários; a busca por inovações artísticas, intelectuais ou científicas; ou envolver-se em contemplação filosófica ou religiosa (Rashid & Seligman, 2019).

RESULTADO

6 RESULTADOS

Esta seção compreende dois artigos, elaborados como resultado deste estudo.

6.1 ARTIGO 1 – Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia do tratamento on-line com a Terapia Cognitiva Processual, Promoção da Saúde Baseada na Atenção Plena e Psicologia Positiva para o transtorno de estresse pós-traumático durante a pandemia de COVID-19: um protocolo de estudo.

APÊNDICE C: PMID: 35055641 PMCID: PMC8775699 DOI: 10.3390/ijerph19020819

A Randomized Clinical Trial to Assess the Efficacy of Online-Treatment with Trial-Based Cognitive Therapy, Mindfulness-Based Health Promotion and Positive Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder during the COVID-19 Pandemic: A Study Protocol.

Érica Panzani Duran¹, Curt Hemanny¹, Renata Vieira¹, Orlando Nascimento², Leonardo Machado³, Irismar Reis de Oliveira¹, Marcelo Demarzo²

¹Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas-ICS/UFBA

²Mente Aberta-Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção da Saúde, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

³Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências Médicas, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (POSNEURO-CCM-UFPE)

RESUMO

Introdução: A pesquisa sugere o uso de diferentes formas de terapia como forma de diminuir as taxas de abandono no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). As psicoterapias a serem avaliadas neste estudo são: Terapia Cognitiva Processual (TCP), Promoção de Saúde Baseada na Atenção Plena (MBHP) e a Psicologia Positiva (PP). **Objetivos:** (1) avaliar a eficácia da TCP *online*, em comparação com MBHP e PP para reduzir os sintomas de TEPT, no contexto da pandemia da COVID-19; (2) comparar a eficácia destas psicoterapias na melhoria da ansiedade, depressão, culpa e na promoção do bem estar; e (3) descrever como os profissionais percebem o tratamento *online*. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado, multicêntrico e simples-cego, com três braços separados. Uma amostra estimada de 135 pacientes receberá TCP, MBHP ou PP e será tratada por meio de visitas *online*, individuais e semanais, totalizando 14 sessões. O resultado primário será CAPS-5 e os resultados secundários serão HADS e WHO-5. As variáveis utilizadas para mediar esses desfechos serão o *Inventário de Culpa Relacionada ao Trauma*, o *Inventário de Crenças Centrais Negativas* e a *Escala da Aliança de Psicoterapia da Califórnia*. **Resultados esperados:** Espera-se que os sintomas de TEPT sejam reduzidos após TCP, MBHP e PPT. Não se espera que nenhuma diferença estatística seja encontrada entre os três. **Discussão:** O presente estudo avaliará e contribuirá para o desenvolvimento de novas opções psicoterapêuticas para pacientes com TEPT. Os resultados deste estudo permitirão a divulgação de novas intervenções eficazes e adaptáveis para pacientes com TEPT.

Palavras-chave: COVID-19; promoção da saúde baseada na atenção plena; psicoterapia positiva; transtorno de estresse pós-traumático; terapia cognitiva processual.

ABSTRACT

Background: Research suggests the use of different forms of therapy as a way of decreasing dropout rates in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). The psychotherapies to be assessed in this study are trial-based cognitive therapy (TBCT), mindfulness-based health promotion (MBHP) and positive psychotherapy (PPT). **Objectives:** (1) to assess the online efficacy of TBCT compared to MBHP and PPT to reduce the symptoms of PTSD in the context of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic; (2) to compare the efficacy of these psychotherapies in improving anxiety, depression, guilt and in promoting well-being; and (3) to describe how professionals perceive online treatment. **Methods:** A randomized, multicenter, single-blind clinical trial will be conducted, with three separate arms. An estimated sample of 135 patients will receive either TBCT, MBHP or PPT and will be treated through online, individual, weekly visits, totaling 14 sessions. The primary outcome will be CAPS-5 and secondary outcomes will be HADS and WHO-5. The variables used to mediate these outcomes will be the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI), Negative Core Beliefs Inventory (NCBI) and the California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS-P). **Expected results:** PTSD symptoms are expected to be reduced after TBCT, MBHP and PPT. No statistical difference is expected to be found among the three. **Discussion:** The present study will evaluate and contribute towards the development of new psychotherapeutic options for patients with PTSD. The results of this study will allow the dissemination of new effective and adaptable interventions for patients with PTSD.

Keywords: COVID-19; mindfulness-based health promotion; positive psychotherapy; post-traumatic stress disorder; trial-based cognitive therapy.

Introdução

De acordo com a American Psychiatric Association (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014), o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) ocorre após a exposição a um ou mais eventos traumáticos, incluindo morte real ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, por vivência direta do evento traumático, testemunha sobre o que aconteceu com outras pessoas ou conhecimento de um evento traumático violento ou acidental que aconteceu com um membro da família ou amigo próximo. Ainda de acordo com o DSM-5, vivenciar exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos de eventos traumáticos pode causar TEPT.

Embora a exposição a eventos traumáticos seja um problema global que acarreta o risco de produzir TEPT (Kessler *et al.*, 2017), a grande maioria das pessoas tem uma breve resposta aguda ao estresse. Cerca de 80% das pessoas recuperam no primeiro mês após o evento sem

consequências a longo prazo (Zohar *et al.*, 2011). Embora estudos epidemiológicos indiquem taxas de prevalência que variam de 3,8% a 8,3% na população em geral (Smith *et al.*, 2016), essa prevalência varia de 14,8% a 83% em pessoas que trabalham durante emergências, como médicos e enfermeiros De Lucia *et al.*, 2019, Hosseini *et al.*, 2019).

Com a crise global da COVID-19, a literatura e a experiência em saúde indicam que traumas emocionais duradouros podem surgir numa escala sem precedentes (Yao *et al.*, 2020), com consequências devastadoras, como desemprego, mortes e isolamento social. A exposição a uma doença grave leva a sentimentos de vulnerabilidade, medo, pânico e desespero. Nenhum evento catastrófico anterior pode ser comparado à pandemia da COVID-19 em termos de escala geográfica (Cosic *et al.*, 2020). A Primeira e a Segunda Guerras Mundiais e outras pandemias, por exemplo, foram limitadas geograficamente, salvando alguns continentes (Iyanda *et al.*, 2020). A gripe espanhola, com elevadas taxas de mortalidade nas primeiras décadas do século XX, não se espalhou em escala global. Além disso, há literatura limitada para ajudar as pessoas a lidar com eventos traumáticos, como quarentena, catástrofes em massa e fatores de estresse contínuos, fazendo com que os danos à saúde mental em grande escala pareçam iminentes. As pessoas que estão em quarentena têm grande probabilidade de desenvolver uma ampla gama de sintomas de distúrbios psicológicos, incluindo depressão e sintomas de estresse pós-traumático (Brooks *et al.*, 2020).

Portanto, é pertinente procurar intervenções psicoterapêuticas eficazes que possam ser implementadas *online* para pessoas com TEPT, disponibilizando de forma imediata de cuidados de saúde mental, independentemente da região geográfica. Devido ao suporte empírico que a Terapia Cognitivo-Comportamental (Kar, 2011; Resick *et al.*, 2008, Resick *et al.*, 2016) e a Terapia de Exposição Prolongada (Foa *et al.*, 2008), Zhou *et al.*, 2020) oferecem, elas atualmente tidas como tratamentos de primeira linha para TEPT.

Foi demonstrado que os tratamentos disponíveis para o TEPT apresentam uma alta taxa de não resposta e abandono. Uma revisão da literatura de 55 estudos de pacientes com TEPT encontrou taxas de não resposta tão altas quanto 50% e taxas de abandono variando amplamente e dependendo da natureza da população do estudo (Schottenbauer *et al.*, 2008). Numa metanálise que avaliou trauma de guerra (Goetter *et al.*, 2015), as taxas de abandono variaram entre 5% e 78%, e numa revisão recente de dados de três ensaios clínicos de tratamentos de TEPT baseados em evidências em membros do serviço militar, a taxa de abandono foi de 31% (Berke *et al.*, 2019). Essas descobertas sugerem estratégias novas e inovadoras para melhorar a retenção do tratamento, especialmente numa situação nova e complexa como a pandemia da

COVID-19. Portanto, ainda pode ser necessário testar tratamentos para TEPT com menor potencial de abandono (Schnyder, 2005, Butollo *et al.*, 2016). Recentemente, Duran *et al.*, (2021) mostraram que a TCP teve uma baixa taxa de abandono no TEPT em relação à Terapia de Exposição Prolongada.

A TCP (De Oliveira, 2008, 2016) é uma abordagem transdiagnóstica nova e inovadora (Wenzel, 2017) que demonstrou ser eficaz para depressão (Hemanny *et al.*, 2020), transtorno de ansiedade social (De Oliveira *et al.*, 2012, 2015, Powell *et al.*, 2013; Caetano *et al.*, 2018; Neufeld *et al.*, 2020), TEPT (Duran *et al.*, 2021) e transtorno obsessivo-compulsivo (Rodrigues *et al.*, 2022). É uma terapia que difere de outras de TCC na medida em que introduz uma abordagem nova, organizada e sistemática para mudar crenças centrais negativas (CCN) disfuncionais, ao mesmo tempo que permite que o trabalho cognitivo, emocional e experiencial seja feito em conjunto. Ao incorporar uma metáfora de tribunal para desafiar CCN disfuncionais conceituados como autoacusações, a TCP é um exemplo de integração de psicoterapia assimilativa que se baseia na TCC beckiana, incorporando e integrando componentes de outras psicoterapias (Delavechia *et al.*, 2016).

O programa de Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* (MBHP) foi criado por Jon Kabat-Zinn e colegas do Centro Médico da Universidade de Massachusetts em 1979. Trata-se de uma intervenção cujos efeitos na saúde mental e na qualidade de vida têm produzido vários estudos em todo o mundo, tanto em populações clínicas como não clínicas. Vários protocolos foram desenvolvidos com base no MBSR, voltados para populações específicas, como o programa de MBHP desenvolvido pelo Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde Mente Aberta; é inspirado no modelo MBSR original, mas adaptado ao contexto do sistema de saúde brasileiro (SUS), abordando também condições crônicas e transtornos mentais Trombka *et al.*, 2018, Lopes *et al.*, 2019).

A Psicologia Positiva procura compreender as emoções positivas, as potencialidades psicológicas e o funcionamento humano/social/institucional saudável, e aplicar esse conhecimento para ajudar pessoas e instituições, com foco na prevenção e na promoção da saúde mental (Seligman *et al.*, 2005).

No seu início, a Psicologia Positiva focava muito na felicidade e no bem estar subjetivo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Numa segunda etapa, os estudos ganharam uma visão mais ampla do bem estar psicológico e outra proposta semelhante intitulada PERMA, que é composta pelas seguintes cinco esferas: emoções positivas – P; engajamento – E;

relacionamentos – R; significado – M; realização – A (Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012, Ryff, 2014).

Os objetivos principais aqui estabelecidos referem-se a avaliar a eficácia do TCP para pacientes com TEPT devido ou durante a pandemia de COVID-19 e comparar sua eficácia com a do MBHP e do PP, com todas as terapias administradas *online* na mesma amostra. Secundariamente, buscou-se avaliar quantitativamente os sintomas de depressão, ansiedade e culpa, bem como o bem estar e a força da aliança terapêutica.

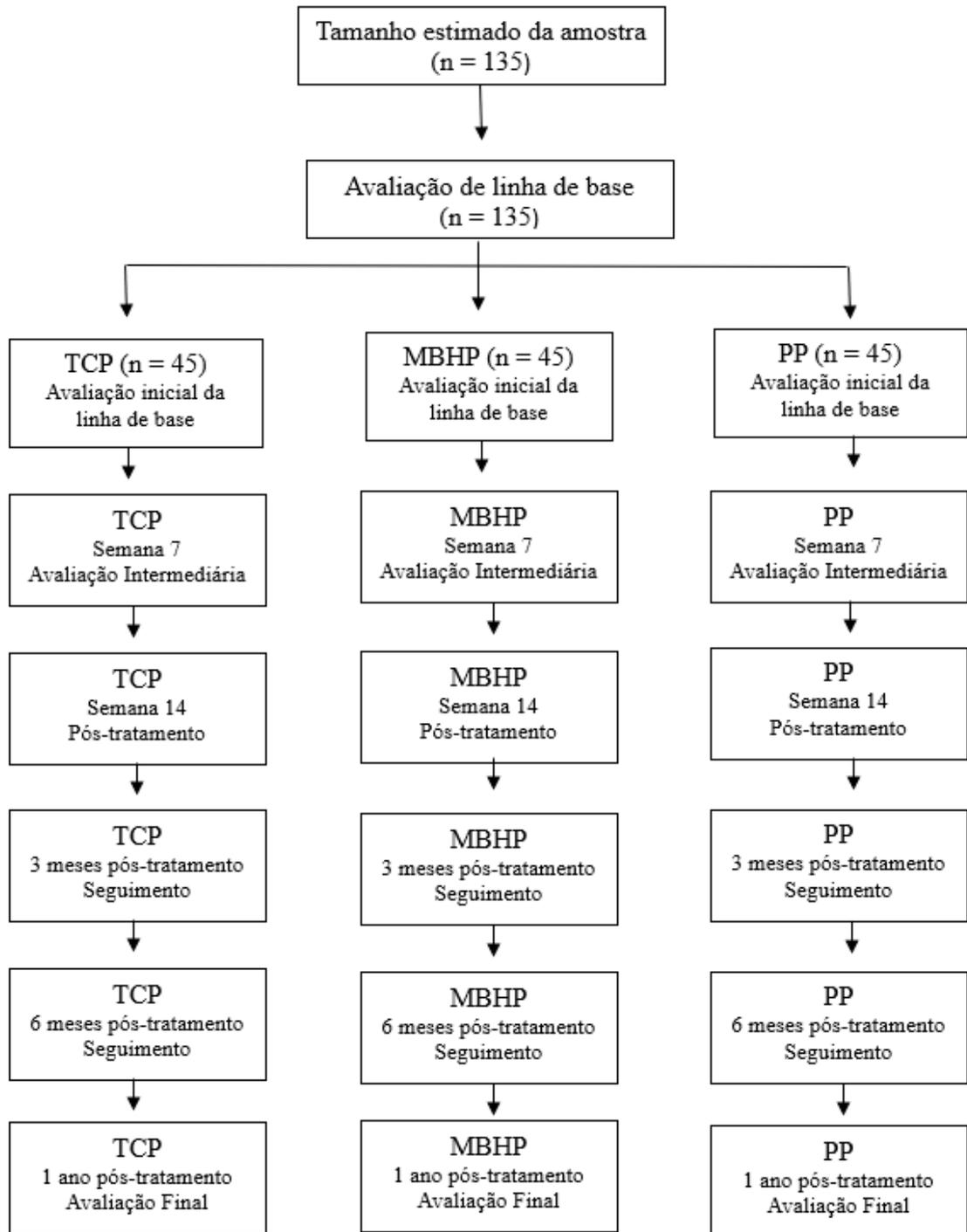
Material e Método

Desenho do estudo

Este projeto de estudo é um ensaio randomizado de controle simples-cego com três grupos paralelos. Após a seleção da amostra, os pacientes com TEPT desenvolvido ou recorrente, em consequência da pandemia de COVID-19, serão aleatoriamente designados para TCP, MBHP ou PP, com todas as terapias administradas *online*. A Figura 1 apresenta o fluxograma do estudo. A duração do tratamento foi de 14 a 17 semanas, com acompanhamento de 3, 6 e 12 meses. As psicoterapias *online* serão realizadas individual e semanalmente, totalizando 14 sessões de uma hora. As medidas de resultados ocorreram antes das sessões 1, 7 e 14, bem como aos 3, 6 e 12 meses.

Sua elaboração seguiu os itens padrão do protocolo: recomendações para ensaios intervencionistas (SPIRIT) (Chan *et al.*, 2013), registro no Clinicaltrials.gov (NCT04852770) e aprovação pelo Comitê de Ética da Maternidade Climério de Oliveira, da Federal Universidade da Bahia, Brasil. Foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Figura 1: Diagrama do estudo segundo o CONSORT



Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: TCP: Terapia Cognitiva Processual; MBHP: Promoção da Saúde Baseada em Mindfulness; PP: Psicologia Positiva

Hipóteses

De acordo com a literatura e os resultados de outros ensaios clínicos, levantaram-se as seguintes hipóteses:

H1: TCP e MBHP nas modalidades *online* são estatisticamente diferentes do PP *online* na redução dos sintomas do TEPT;

H2: TCP e MBHP nas modalidades *online* apresentam maior tamanho de efeito na redução de sintomas de TEPT comparados ao controle (PP);

H3: TCP e MBHP nas modalidades *online* contêm o maior tamanho de efeito na redução dos sintomas de culpa pelo evento traumático em comparação ao controle;

H4: TCP e MBHP nas modalidades *online* são estatisticamente diferentes do controle, com tamanho de efeito maior, na melhoria da qualidade de vida (ou incapacidade).

Participantes

Após a divulgação do estudo na mídia, os interessados que buscaram atendimento *online* em decorrência da COVID-19 foram selecionados por meio de um questionário autoaplicável, o PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), que contém uma lista de sintomas de TEPT (Blevins *et al.*, 2015, Lima Osório *et al.*, 2017, Pereira-Lima *et al.*, 2019). Os pacientes serão contatados por avaliadores treinados que utilizaram a Entrevista Clínica Estruturada para DSM-5 (SCID-5) para garantir a presença do diagnóstico, de acordo com os critérios do DSM-5. Os participantes receberam explicações sobre o estudo e como funciona a psicoterapia. Aqueles que concordaram em participar assinaram o consentimento informado, que inclui permissão para que as sessões sejam gravadas em áudio. Após o preenchimento dos questionários de autoavaliação, os pacientes foram randomizados para um dos braços do estudo.

Critérios de inclusão

Os indivíduos elegíveis para participar deste estudo são adultos de ambos os sexos, com idades entre 18 e 60 anos e com pontuação de 45 ou mais no PCL-5 como resultado de exposição direta ou indireta à COVID-19 (por exemplo, profissionais de saúde, pessoas que anteriormente testaram positivo para COVID-19 ou aqueles que se colocaram em quarentena ou se isolaram). Os participantes devem ser capazes de ler, escrever e seguir instruções, bem como ter acesso à Internet.

Critérios de exclusão

Serão excluídos os candidatos enquadrados em qualquer dos seguintes critérios: risco grave de suicídio (planos, atitudes ou tentativas de suicídio durante os últimos 12 meses); comportamento de automutilação nos últimos 12 meses; já engajado em outra psicoterapia; sintomas psicóticos; e transtorno por uso de substâncias nos últimos 12 meses.

Configurações do estudo

Os pacientes elegíveis poderão, portanto, estar localizados em qualquer parte do território brasileiro. Orientadores e psicoterapeutas residem nas seguintes cidades brasileiras: Nova Iguaçu, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Uberlândia. A Universidade Federal da Bahia, na cidade de Salvador, é sede do estudo e sede dos pesquisadores principais.

Intervenções

As três intervenções psicoterapêuticas em grupo serão ministradas por meio das plataformas de reuniões (Skype ou Google Meet), semanalmente, com duração de uma hora, totalizando 14 sessões (14 a 17 semanas). As sessões foram gravadas em áudio para garantir a confiabilidade da fidelidade da intervenção e para permitir a revisão por supervisores qualificados.

Análise dos Resultados

Os resultados primários serão avaliados pela redução dos sintomas de TEPT, medidos por meio do CAPS-5. Os resultados secundários foram a melhora dos sintomas de ansiedade, da depressão e de bem estar. Variáveis mediadoras também foram avaliadas, medindo CCN, culpa e força da aliança terapêutica. Todas as escalas foram aplicadas por um avaliador cego aos grupos de intervenção antes da randomização (Avaliação Inicial), após 7 sessões (Avaliação Intermediária) e após 14 sessões (Avaliação Final). Também serão aplicados acompanhamentos nos meses 3, 6 e 12. A Figura 1 mostra o fluxo de sessões e avaliações ao longo do período de estudo. A Figura 2 mostra o diagrama SPIRIT.

Figura 2: Diagrama SPIRIT

TIMEPOINT**	STUDY PERIOD						
	Enrolment	Allocation	Post-allocation		Follow-up		
	Screening	Baseline	7 weeks	14 weeks	3 months	6 months	12 months
ENROLMENT:							
Eligibility screen	X						
Informed consent		X					
Allocation		X					
INTERVENTIONS:							
<i>TBCT</i>			←————→				
<i>MBHP</i>			←————→				
<i>PPT</i>			←————→				
ASSESSMENTS:							
<i>PCL-5</i>	X						
<i>SCID-5</i>		X					
<i>CAPS-5</i>		X	X	X	X	X	X
<i>HADS</i>		X	X	X	X	X	X
<i>TRGI</i>		X	X	X	X	X	X
<i>NCBI</i>		X	X	X	X	X	X
<i>WHO-5</i>		X	X	X	X	X	X
<i>CALPAS-P</i>		X	X	X			
<i>SS interview</i>				X			

Fonte Dados da pesquisa.

Instrumentos

Na avaliação diagnóstica, será usado a *Entrevista Clínica Estrutural para o DSM-5* (SCID-5) (First *et al.*, 2017). Trata-se de uma entrevista psiquiátrica semiestruturada, com a finalidade de fornecer um diagnóstico, de acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5).

Será aplicada também a *PCL-5 PTSD Checklist 5*, que contém 20 itens, com a finalidade de avaliar sintomas de TEPT, de acordo com os critérios B, C, D e E (DSM-5). Cada item é

pontuado em uma escala que varia de 0 (nada) a 4 (extremamente) (Blevins et al., 2015), Lima Osório *et al.*, 2017, Pereira-Lima *et al.*, 2019). Esta escala será aplicada apenas na admissão.

Resultado primário

Escala de TEPT administrada pelo médico (CAPS-5) (Oliveira-Watanabe *et al.*, 2019): trata-se de uma escala de entrevista com 30 itens para avaliar o diagnóstico e a gravidade dos sintomas de TEPT de acordo com o DSM-5 (Weathers *et al.*, 2018). O CAPS-5 foi aplicado no início do tratamento, no meio (sessão 7) e pós-tratamento (sessão 14), bem como no acompanhamento (3, 6 e 12 meses).

Resultados secundários

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983): é uma escala de 14 itens usada para determinar sintomas de ansiedade e depressão, onde cada item vale de 0 a 3 pontos, sendo que uma pontuação total de 9 ou superior sugere sintomas leves. Foi traduzido e validado para a população brasileira (Botega et al., 1995) Faro *et al.*, 2015). Foi administrada no início do estudo (avaliação inicial), no meio do tratamento (semana 7) e pós-tratamento (semana 14), bem como no acompanhamento de 3, 6 e 12 meses.

Índice de Cinco Bem estar da Organização Mundial da Saúde – WHO-5 (OMS-5): refere-se a uma escala de bem estar geral, com cinco questões e pontuações que variam de 0 a 5, abordando humor e energia (Topp *et al.*, 2015). O estudo de validação da WHO-5 para o português brasileiro incluiu 1.128 indivíduos. Durante a presente pesquisa, o instrumento apresentou boa validade interna (alfa de Cronbach = 0,83) (Dadfar *et al.*, 2018). O WHO-5 será aplicado no início do tratamento, no meio (sessão 7) e pós-tratamento (sessão 14), bem como no acompanhamento (3, 6 e 12 meses).

Variáveis mediadoras

Inventário de culpa relacionada ao trauma (TRGI) (Kubany *et al.*, 1996): é um questionário de 32 itens que avalia os aspectos cognitivos e emocionais da culpa, associados a um evento traumático específico. O TRGI foi aplicado no início do tratamento, no meio (sessão 7) e pós-tratamento (sessão 14), bem como no acompanhamento (3, 6 e 12 meses).

Inventário de Crenças Centrais Negativas (NCBI) (Osimo *et al.*, 2018a): foi concebido para avaliar CCN negativos, conforme descrito por Beck e Tompkins (2005). É composto por 50 itens que avaliam crenças sobre si e sobre o mundo, em escala Likert de 1 a 4 pontos cada.

Foi aplicado no início do tratamento, no meio do tratamento (sessão 7) e pós-tratamento (sessão 14), bem como no acompanhamento (3, 6 e 12 meses).

Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia - versão paciente (CALPAS-P): avalia quatro dimensões da relação terapêutica (Marmar *et al.*, 1989, Marcolino & Iaconi, 2003): 1) aliança terapêutica, 2) aliança de trabalho, 3) compreensão e 4) envolvimento do terapeuta, acordo entre paciente e terapeuta sobre os objetivos da terapia. O CALPAS-P apresenta 24 itens que variam de 1 (nunca) a 7 (sempre) na escala Likert. Esta escala foi aplicada ao final da 2ª, 4ª, 6ª, 8ª, 10ª, 12ª e 14ª sessões de psicoterapia.

Tamanho da amostra

O tamanho amostral foi estimado por meio do *software* G*Power versão 3.1 (Faul *et al.*, 2007), considerando um desenho misto. Os parâmetros levados em consideração foram o teste F e ANOVA de medidas repetidas para comparação entre grupos, para tamanho de efeito de 0,25, critério α de 0,05 e poder $(1 - \beta)$ 0,80, desenho de três grupos (TCP X MBHP X PP), três medidas (avaliação inicial, intermediária e final) e uma correlação *a priori* entre as medidas repetidas de 0,50. Assim, obteve-se uma amostra de 108 participantes, com numerador 2 e denominador 105 graus de liberdade, para um F crítico de 3,08. Considerando uma taxa de evasão de 25%, estimou-se um total de 135 participantes.

Randomização e geração de sequência

Após triagem e avaliação inicial, o coordenador do estudo encaminhou o paciente ao responsável pela randomização, que não participa do tratamento do paciente. O processo de randomização¹ será feito por meio de uma tabela de números aleatórios gerada por computador, alocando os pacientes em um determinado grupo. Depois disso, o paciente será encaminhado ao psicoterapeuta.

Seis avaliadores cegos para o grupo intervenção serão responsáveis por avaliar e encaminhar o paciente elegível ao coordenador do estudo, que dará continuidade à randomização. Cada avaliador avaliará os mesmos pacientes ao longo do estudo.

Implementação

Após o paciente ter assinado o consentimento informado e ter sido avaliado quanto aos critérios de inclusão e medidas iniciais, o avaliador entrará em contato com os coordenadores

¹ www.random.org

da pesquisa informando-os sobre o novo paciente e fornecendo o respectivo número. Com base na lista aleatória, os coordenadores entraram em contato com o terapeuta para informá-lo sobre o novo paciente já disponível para tratamento.

Ocultação

O coordenador do estudo receberá a lista aleatória completa do pesquisador externo e não terá contato com avaliadores ou pacientes. Esta lista ficará oculta ao segundo coordenador, que não saberá a que grupo cada paciente será atribuído.

Semelhanças e diferenças entre intervenções

As intervenções terão semelhanças e diferenças. Em primeiro lugar, a TCP visa identificar pensamentos, emoções e comportamentos nos três níveis de cognição, com o propósito de alterá-los, especialmente no terceiro nível, onde se pretende identificar e modificar os CCN, que medeiam a mudança de pensamentos e os comportamentos caracterizados como sintomas.

Já MBHP e PP não se destinam a identificar cognições distorcidas, emoções desagradáveis e comportamentos disfuncionais ou a alterá-los diretamente. O MBHP, por exemplo, desde as primeiras sessões ensina como prestar atenção ao momento presente, como utilizar técnicas de respiração e diversas práticas de *mindfulness*, bem como induz o paciente a identificar características gratificantes e atributos pessoais valiosos, sem correlacioná-los a pensamentos, emoções ou comportamentos patológicos.

Por outro lado, o foco do PP é melhorar as crenças centrais positivas, mediante pontos fortes pessoais; comportamentos relacionados à gratidão, gentileza e ao apreço; e pensamentos relacionados ao bem estar.

Portanto, cada intervenção defende um processo de mudança diferente: A TCP modifica as CCN, o MBHP ensina habilidades de meditação e o PP orienta o paciente no aprimoramento de forças e virtudes pessoais.

Métodos estatísticos

Os dados coletados serão analisados estatisticamente por meio do *software Statistics Package for Social Science* (SPSS), versão 24.0 (IBM Corp., 2016). Variáveis categóricas clínicas e demográficas serão analisadas com X² (sexo, escolaridade, cor ou raça e taxa de evasão) e variáveis contínuas, com ANOVA unidirecional (idade e escores de escala). Os dados faltantes para medidas de resultados primários e secundários foram analisados por intenção de tratar (ITT) e imputação múltipla (IM), com cinco bancos de dados imputados, tomando dados

de linha de base e sociodemográficos e assumindo o mecanismo de chance aleatória. Equações de estimativa generalizada (GEE), tomando o tempo como covariável, foram realizadas para comparar mudanças nas pontuações ao longo do tempo e entre grupos (TCP, MBSR e PP). Os tamanhos dos efeitos serão avaliados de acordo com os testes de Cohen. O nível de significância estatística assumido será de 0,05.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Climério de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia (CAAE: 30769420.0.0000.5543) e registrado no site clinicaltrials.gov. (NCT04852770).

Discussão

A pandemia causada pela propagação do vírus da COVID-19 tem causado preocupações e impactos sem precedentes nas taxas de mortalidade, na economia e na saúde mental. O impacto sobre esses últimos, no entanto, foi muito bem estabelecido, uma vez que os sintomas de ansiedade e depressão, incluindo o comportamento suicida, aumentaram significativamente na população em geral como resultado da pandemia (Li *et al.*, 2020). Os sintomas são diretamente influenciados por notícias alarmantes, excessivas e pouco confiáveis; pelos riscos de contaminação; pelos riscos de afetar a vida do próprio indivíduo ou de seus entes queridos; e pela restrição de atividades e perdas financeiras. Longos períodos de incerteza, insegurança e sentimentos de ineficácia trazem angústia e ansiedade, pois são considerados preditores de traumas. Estudos sugerem que os indivíduos próximos dos pacientes mais vulneráveis tendem a ser mais afetados do que os profissionais de saúde que estão na linha da frente, porque embora o contexto de cuidados de saúde envolva riscos mais elevados, também dispõe de mais medidas de controle contra a contaminação. De qualquer forma, a população em geral é mais vulnerável a distúrbios relacionados ao estresse e ao trauma (Zhou *et al.*, 2020), especialmente o TEPT (Galea *et al.*, 2020), Liu *et al.*, 2020). Este é claramente um transtorno relacionado ao estresse, com modelos cognitivos desencadeadores bem definidos (Bo *et al.*, 2021).

A psicoterapia é a primeira opção de tratamento para o TEPT, pois reestrutura as cognições relacionadas ao trauma, reduzindo os sintomas que impactam a qualidade de vida, como reações de ansiedade, estresse e insônia.

Serão coletados dados qualitativos sobre como pacientes e psicoterapeutas veem a pandemia como um todo e as terapias *online*. Embora já tenham sido publicados dados sobre o

impacto da pandemia nos profissionais de saúde (Liu *et al.*, 2020), não existem estudos qualitativos que abordem essa modalidade durante a pandemia.

Recentemente, um ensaio clínico indicou que a TCP não difere da terapia de Exposição Prolongada na redução dos sintomas, mas apresenta taxas de adesão mais elevadas, o que sugere que essa abordagem pode ser utilizada para tratar o TEPT (Duran *et al.*, 2021). O mesmo pode ser dito sobre intervenções psicoterapêuticas baseadas em *mindfulness* (Boyd *et al.*, 2018) e Psicologia Positiva (Karatzias *et al.*, 2013), uma vez que ambas provaram ser promissoras na redução de sintomas relacionados com trauma e stress.

Conclusão

Espera-se que este estudo esclareça o impacto do uso *online* das psicoterapias aqui avaliadas no contexto da pandemia. Este estudo foi desenhado especificamente para os tempos da pandemia citada e de acordo com as normas sanitárias de distanciamento social. Acredita-se que ajudou os pacientes diagnosticados com TEPT, o qual parece estar entre os distúrbios mais prevalentes causados pela COVID-19. Os resultados também ajudarão a aumentar o conjunto de evidências sobre a eficácia do TCP, MBHP e PP *online*, uma vez que esses tipos de terapia são cada vez mais utilizados, embora ainda careçam de evidências.

6.2 ARTIGO 2 – Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia do tratamento on-line com Terapia Cognitiva Processual, Promoção da saúde baseada em *mindfulness* e Psicoterapia Positiva para transtorno de estresse pós-traumático durante a pandemia COVID-19

A Randomized Clinical Trial to Assess the Efficacy of Online-Treatment with Trial-Based Cognitive Therapy, Mindfulness-Based Health Promotion and Positive Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder during the COVID-19 Pandemic

Érica Panzani Duran¹, Jesus Montero Marin², Flávia Leite Moris⁴, Leonardo Machado³, Irismar Reis de Oliveira¹, Marcelo Demarzo⁴

¹Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas-ICS/UFBA

²Departamento de Psiquiatria da Universidade de Oxford, UK

³Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências Médicas, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (POSNEURO-CCM-UFPE)

⁴Mente Aberta-Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção da Saúde, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

RESUMO

A pandemia da COVID-19 levou a um aumento significativo nos casos de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ressaltando a necessidade de intervenções terapêuticas eficazes. Este

estudo avaliou a eficácia de três abordagens terapêuticas distintas - Psicologia Positiva (PPT), promoção da saúde baseada em *mindfulness* (MBHP) e Terapia Cognitiva Processual (TCP) - em um ensaio clínico randomizado com indivíduos afetados pela pandemia no Brasil. **Objetivos:** Comparar a eficácia da TCP, MBHP e PP na redução dos sintomas de TEPT – CAPS-5 (resultado primário), melhorar o bem estar mental (resultados secundários: ansiedade, depressão, culpa, qualidade de vida) e avaliar a relação terapêutica (resultado secundário: nível de aliança terapêutica) na modalidade online destas terapias. **Métodos:** Cinquenta e sete participantes de várias regiões do Brasil foram selecionados, apresentando uma gama de experiências traumáticas relacionadas à pandemia, sendo a perda de entes queridos a mais comum. Os participantes foram aleatoriamente designados para um dos três grupos de tratamento. **Resultados:** As três modalidades de psicoterapia indicam similaridades entre diferentes abordagens terapêuticas, destacando o desempenho superior da PP na redução de todas as classes de sintomas – CAPS-5 (revivência, evitação, entorpecimento e hipervigilância) na redução do TEPT, tanto na sétima sessão quanto após 14 sessões. Além disso, os dados revelaram uma variedade alarmante de traumas durante a pandemia, todos compartilhando um impacto psicológico profundo e duradouro nos afetados. Esta realidade foi intensificada pela pandemia, particularmente em relação ao luto, onde a amostra foi de 29,82%, seguida por violência doméstica (12,30%), profissionais da linha de frente (7,02%) e hospitalização prolongada e intubação (8,77%). Isso mostra a importância de considerar o tipo de trauma ao considerar uma intervenção para TEPT. Desafios significativos foram enfrentados na condução do estudo, incluindo um tamanho de amostra menor do que o planejado e altas taxas de desistência do tratamento, especialmente entre os participantes mais jovens. **Discussão:** Este estudo destaca a complexidade do TEPT em um cenário de pandemia e a eficácia potencial das terapias online. Os achados reforçam a necessidade de abordagens terapêuticas personalizadas, considerando a singularidade de cada modalidade terapêutica, e enfatizam a importância de tratamentos que não apenas reduzam o sofrimento, mas também promovam o bem estar e a felicidade. Pesquisas futuras devem continuar explorando o impacto de variáveis demográficas e clínicas, bem como a eficácia de diferentes abordagens terapêuticas em subgrupos específicos dentro da população com TEPT.

Palavras-chave: COVID-19; atenção plena; psicoterapia positiva; transtorno de estresse pós-traumático; terapia cognitiva processual.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has led to a significant increase in cases of post-traumatic stress disorder (PTSD), highlighting the need for effective therapeutic interventions. This study evaluated the efficacy of three distinct therapeutic approaches - Positive Psychology (PPT), mindfulness-based health promotion (MBHP), and Trial-Based Cognitive Therapy (TBCT) - in a randomized clinical trial with individuals affected by the pandemic in Brazil. Objectives: To compare the efficacy of TBCT, MBHP, and PP in reducing PTSD symptoms – CAPS-5 (primary outcome), improving mental well-being (secondary outcomes: anxiety, depression, guilt, quality of life), and evaluating the therapeutic relationship (secondary outcome: level of therapeutic alliance) in the online modality of these therapies. Methods: Fifty-seven participants from various regions of Brazil were selected, presenting a range of traumatic experiences related to the pandemic, with the loss of loved ones being the most common. Participants were randomly assigned to one of the three treatment groups. Results: All three psychotherapy modalities indicate similarities among different therapeutic approaches, highlighting the superior performance of PP in reducing all classes of symptoms – CAPS-5 (re-experiencing, avoidance, numbness, and hypervigilance) in PTSD reduction, both in the seventh session and after 14 sessions. Moreover, the data revealed an alarming variety of traumas during the

pandemic, all of which shared a profound and lasting psychological impact on those affected. This reality was intensified by the pandemic, particularly regarding grief, where the sample was 29.82%, followed by domestic violence (12.30%), faith professionals (7.02%), and prolonged hospitalization and intubation (8.77%). This shows the importance of considering the type of trauma when considering an intervention for PTSD. Significant challenges were faced in conducting the study, including a smaller sample size than planned and high treatment dropout rates, especially among younger participants. Discussion: This study highlights the complexity of PTSD in a pandemic setting and the potential efficacy of online therapies. The findings reinforce the need for personalized therapeutic approaches, considering the uniqueness of each therapeutic modality, and emphasize the importance of treatments that not only reduce suffering but also promote well-being and happiness. Future research should continue to explore the impact of demographic and clinical variables as well as the efficacy of different therapeutic approaches in specific subgroups within the PTSD population. *olvidamento de opções terapêuticas para TEPT, destacando o potencial da terapia online em contexto pandêmico.*

Keywords: COVID-19; mindfulness; positive psychotherapy; post-traumatic stress disorder; trial-based cognitive therapy.

Introdução

A pandemia da COVID-19, desde o seu início em 2019, tem demonstrado vastos impactos não apenas na esfera da saúde física, mas também na saúde mental global. Uma das sequelas psicológicas emergentes tem sido o aumento no número de casos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Lima *et al.*, 2020). Restrições de mobilidade e medidas de isolamento social fizeram que a demanda por terapias psicológicas *online* crescessem exponencialmente, tornando-se uma modalidade essencial no tratamento de distúrbios psicológicos durante esse período (Wind *et al.*, 2020).

Certamente, a pandemia da COVID-19 representou uma situação sem precedentes para os sistemas de saúde mental em todo o mundo. As medidas de distanciamento social, embora essenciais para conter a propagação do vírus, também provocaram sentimentos de isolamento, medo e ansiedade em muitas pessoas (Brooks *et al.*, 2020). Além disso, a constante exposição a notícias perturbadoras, a perda de entes queridos, preocupações econômicas, insônia, sintomas depressivos, ansiedade, estresse, negação e raiva também contribuíram para o surgimento de sintomas traumáticos (Torales *et al.*, 2020). Neste contexto, a capacidade de oferecer tratamentos psicoterapêuticos de alta qualidade de forma remota não foi apenas conveniente, mas também crucial. As terapias *online* têm o potencial não apenas de atender às necessidades atuais, mas também de transformar a forma como os cuidados de saúde mental serão prestados no futuro, tornando-os mais acessíveis e flexíveis para uma ampla gama de pacientes.

A pandemia expôs e amplificou as vulnerabilidades existentes nos sistemas públicos de saúde, particularmente no que diz respeito à saúde mental (Pfefferbaum & North, 2020). No período pós-pandêmico, torna-se imperativo que os sistemas públicos de saúde reconheçam e priorizem a psicoterapia como um componente essencial do cuidado integral à saúde (Holmes *et al.*, 2020). A onda subsequente de desafios emocionais e psicológicos, provocada pela crise, não pode ser negligenciada; ademais, sem intervenções terapêuticas adequadas, corre-se o risco de uma "epidemia silenciosa" de problemas de saúde mental (Rajkumar, 2020). A integração da psicoterapia nos serviços públicos de saúde não só aborda as sequelas imediatas da pandemia, mas também fortalece a infraestrutura de saúde mental para futuras crises, promovendo uma sociedade mais resiliente, informada e preparada para enfrentar adversidades emocionais e psicológicas (Duan & Zhu, 2020).

Conseqüentemente, três abordagens terapêuticas - Terapia Cognitiva Processual (TCP), Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* (MBHP) e Psicoterapia Positiva (PP) - têm sido exploradas para lidar com o TEPT, cada uma com suas características distintas. A TCP, por exemplo, foca em ajudar os pacientes a enfrentar os desafios emocionais ligados às crenças centrais (de Oliveira, 2016). Por outro lado, a terapia baseada em *mindfulness* enfatiza a atenção plena e a aceitação, ajudando os indivíduos a se reconectarem com o momento presente (Kabat-Zinn, 1990). Finalmente, a Psicoterapia Positiva se concentra no fortalecimento das qualidades e recursos pessoais dos pacientes, ao invés de focar apenas em sintomas e problemas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Dada a relevância do TEPT durante a pandemia e a necessidade de abordagens de tratamento remoto, este estudo se propôs a realizar um ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia dessas três terapias *online* no tratamento do TEPT em pacientes afetados pela pandemia da COVID-19.

Material e Método

Desenho do estudo

Este projeto seguiu uma estrutura de ensaio controlado randomizado simples-cego, dividido em três grupos paralelos. Uma vez que a amostra foi selecionada, pacientes que apresentaram TEPT, originado ou exacerbado devido à pandemia da COVID-19, foram randomizados nos grupos TCP, MBHP ou PP, com todas as intervenções ocorrendo de forma

online. O fluxograma do estudo está ilustrado na Figura 1. A terapia teve duração variando de 14 a 17 semanas e contou com monitoramentos nos intervalos de 3, 6 e 12 meses. Cada paciente recebeu atendimentos individuais semanais, resultando em 14 sessões de uma hora cada. As avaliações dos resultados foram conduzidas antes da 1ª, da 7ª e da 14ª quarta sessão, bem como nos intervalos de 3, 6 e 12 meses após o início. Este modelo de estudo foi construído com base nas diretrizes do SPIRIT (Chan *et al.*, 2013), registrado no portal Clinicaltrials.gov sob o código NCT04852770, e obteve aprovação do Comitê de Ética da Maternidade Climério de Oliveira, pertencente à Universidade Federal da Bahia, Brasil. A pesquisa contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Hipóteses

De acordo com a literatura e os resultados de outros ensaios clínicos, levantaram-se as seguintes hipóteses:

H1: TCP e MBHP nas modalidades *online* são estatisticamente diferentes do PP *online* na redução dos sintomas do TEPT;

H2: TCP e MBHP nas modalidades *online* apresentam maior tamanho de efeito na redução de sintomas de TEPT comparados ao controle (PP);

H3: TCP e MBHP nas modalidades *online* contêm o maior efeito de tamanhos na redução dos sintomas de culpa pelo evento traumático em comparação ao controle;

H4: TCP e MBHP nas modalidades *online* são estatisticamente diferentes do controle, com tamanho de efeito maior, na melhoria da qualidade de vida (ou incapacidade).

Participantes

Após a veiculação do estudo em plataformas midiáticas, indivíduos que buscaram intervenções *online* decorrentes da COVID-19 passaram por um processo de triagem, mediante o preenchimento do questionário autoaplicável denominado PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), o qual apresenta uma série de sintomas associados ao TEPT (Blevins *et al.*, 2015; Lima Osório *et al.*, 2017; Pereira-Lima *et al.*, 2019). Avaliadores capacitados estabeleceram contato com os candidatos e empregaram a Entrevista Clínica Estruturada para DSM-5 (SCID-5) para assegurar a correspondência do diagnóstico com os critérios estabelecidos pelo DSM-5. Os participantes foram esclarecidos acerca da natureza e da metodologia do estudo, bem como das particularidades das psicoterapias propostas. Aqueles que manifestaram concordância em integrar a pesquisa procederam à assinatura do termo de consentimento informado, que

contemplou a autorização para gravação em áudio das sessões. Subsequentemente ao preenchimento dos instrumentos de autoavaliação, os pacientes foram alocados randomicamente em uma das vertentes investigativas do estudo.

Crítérios de inclusão

Os indivíduos elegíveis para participar deste estudo são adultos de ambos os sexos, com idades entre 18 e 60 anos e com pontuação de 45 ou mais no PCL-5 como resultado de exposição direta ou indireta à COVID-19 (por exemplo, profissionais de saúde, pessoas que anteriormente testaram positivo para COVID-19 ou aqueles que se colocaram em quarentena ou se isolaram). Os participantes tem que ser capazes de ler, escrever e seguir instruções, bem como ter acesso à Internet.

Crítérios de exclusão

Excluíram-se os candidatos que se enquadraram em qualquer um dos seguintes critérios: risco grave de suicídio (planos, atitudes ou tentativas de suicídio durante os últimos 12 meses); comportamento de automutilação nos últimos 12 meses; já engajado em outra psicoterapia; sintomas psicóticos; e transtorno por uso de substâncias nos últimos 12 meses.

Configurações do estudo

Os pacientes elegíveis poderiam, portanto, estar localizados em qualquer parte do território brasileiro. Orientadores e psicoterapeutas residem nas seguintes cidades brasileiras: Nova Iguaçu, Recife, Rio de Janeiro, Salvador São Paulo e Uberlândia. A Universidade Federal da Bahia, na cidade de Salvador, é sede do estudo e sede dos pesquisadores principais.

Intervenções

As três modalidades de intervenção psicoterapêutica em grupo foram administradas utilizando-se as plataformas Skype ou Google Meet, ocorrendo semanalmente, e cada sessão teve duração de uma hora, culminando em 14 sessões ao longo de 14 a 17 semanas. Para assegurar a confiabilidade e fidelidade da intervenção, as sessões foram registradas em áudio, possibilitando a posterior revisão por supervisores capacitados.

Análise dos Resultados

Os resultados primários foram avaliados com base na diminuição dos sintomas de TEPT, sendo mensurados pelo CAPS-5. Já os resultados secundários relacionaram-se à atenuação dos sintomas de ansiedade e depressão, bem como à promoção do bem estar. Variáveis mediadoras também foram consideradas, avaliando-se ICCN, sentimento de culpa e a solidez da aliança

terapêutica. Todas as escalas foram administradas por um avaliador que desconhecia os grupos de intervenção previamente à randomização (Avaliação Inicial), após a realização de 7 sessões (Avaliação Intermediária) e após as 14 sessões (Avaliação Final). Adicionalmente, elas foram aplicadas nos acompanhamentos de 3, 6 e 12 meses. A Figura 1 ilustra o sequenciamento de sessões e avaliações durante o período investigado, enquanto a Figura 2 apresenta o diagrama SPIRIT.

Figura 1: Diagrama SPIRIT

TIMEPOINT**	STUDY PERIOD						
	Enrolment	Allocation	Post-allocation		Follow-up		
	Screening	Baseline	7 weeks	14 weeks	3 months	6 months	12 months
ENROLMENT:							
Eligibility screen	X						
Informed consent		X					
Allocation		X					
INTERVENTIONS:							
<i>TBCT</i>			←————→				
<i>MBHP</i>			←————→				
<i>PPT</i>			←————→				
ASSESSMENTS:							
PCL-5	X						
SCID-5		X					
CAPS-5		X	X	X	X	X	X
HADS		X	X	X	X	X	X
TRGI		X	X	X	X	X	X
NCBI		X	X	X	X	X	X
WHO-5		X	X	X	X	X	X
CALPAS-P		X	X	X			
SS interview				X			

Fonte: Dados da pesquisa.

Instrumentos

Na avaliação diagnóstica, utilizou-se a Entrevista Clínica Estrutural para o DSM-5 (SCID-5) (First *et al.*, 2017). Trata-se de uma entrevista psiquiátrica semiestruturada, desenvolvida para fornecer um diagnóstico conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

O PCL-5 PTSD *Checklist 5* contém 20 itens com o objetivo de avaliar sintomas de TEPT, conforme os critérios B, C, D e E (DSM-5). Cada item é pontuado em uma escala que variava

de 0 (nada) a 4 (extremamente) (Blevins *et al.*, 2015; Lima Osório *et al.*, 2017; Pereira-Lima *et al.*, 2019). Esta escala foi aplicada somente na admissão.

Resultado primário

Escala de TEPT administrada pelo avaliador (CAPS-5) (Oliveira-Watanabe *et al.*, 2019): trata-se de entrevista diagnóstica com 30 itens para avaliar o diagnóstico e a gravidade dos sintomas de TEPT de acordo com o DSM-5 (Weathers *et al.*, 2018). O CAPS-5 foi aplicado no início do tratamento, no meio do tratamento (sessão 7) e pós-tratamento (sessão 14), bem como no acompanhamento (3, 6 e 12 meses).

Resultados secundários

Em relação aos resultados secundários, empregou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Ela contém 14 itens e foi usada para determinar sintomas de ansiedade e depressão, sendo aplicada no início, meio e fim do tratamento, assim como nos acompanhamentos. O Índice Bem estar da Organização Mundial da Saúde (OMS-5) foi aplicado nas mesmas ocasiões para avaliar bem estar geral.

Variáveis mediadoras

Em relação às variáveis mediadoras, o Inventário de Culpa Relacionada ao Trauma (TRGI) (Kubany *et al.*, 1996) foi aplicado em diversos momentos do tratamento. O Inventário de Crenças Centrais Negativas (NCBI) (Osimo *et al.*, 2018a) foi utilizado da mesma forma. A Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia - versão paciente (CALPAS-P) - foi aplicada de forma intercalada nas sessões pares de psicoterapia para avaliar a relação terapêutica.

Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi estimado por meio do *software* G*Power versão 3.1 (Faul *et al.*, 2007), considerando um desenho misto. Os parâmetros levados em consideração foram o teste F e ANOVA de medidas repetidas para comparação entre grupos, para tamanho de efeito de 0,25, critério α de 0,05 e poder $(1 - \beta)$ 0,80, desenho de três grupos (TCP X MBHP X PP), três medidas (avaliação inicial, intermediária e final) e uma correlação *a priori* entre as medidas repetidas de 0,50. Assim, obteve-se uma amostra de 108 participantes, com numerador 2 e denominador 105 graus de liberdade, para um F crítico de 3,08. Considerando uma taxa de evasão de 25%, estimou-se um total de 135 participantes.

Porém, apesar da estimativa do tamanho da amostra ser de 135 participantes, a pesquisa enfrentou dificuldades significativas em atingir esse número devido à falta de procura de novos

pacientes. Tal limitação representou um desafio substancial para o estudo, uma vez que a obtenção de uma amostra adequada é fundamental para a validade e representatividade dos resultados.

Uma das razões para a dificuldade em recrutar participantes adicionais pode estar relacionada à natureza específica do estudo e às características da população-alvo. Em muitos casos, estudos clínicos e de pesquisa em saúde dependem da disponibilidade e da disposição dos pacientes em participar voluntariamente. No entanto, a falta de conscientização sobre a pesquisa em questão, a relutância dos pacientes em se envolverem em ensaios clínicos ou a ausência de pacientes elegíveis podem contribuir para a dificuldade em alcançar o tamanho amostral planejado (Faul *et al.*, 2007).

A falta de procura de novos pacientes tem implicações significativas para a validade externa dos resultados deste estudo, uma vez que uma amostra menor pode não ser representativa da população-alvo em questão. Isso pode limitar a generalização dos achados para além da amostra estudada, comprometendo a aplicabilidade clínica das descobertas.

Diante dessas limitações, o estudo adotou estratégias adicionais para mitigar os impactos negativos da falta de procura de pacientes, como a extensão do período de recrutamento, a busca de colaborações com outros centros de pesquisa e a exploração de fontes alternativas de recrutamento, como redes sociais e grupos de apoio a pacientes. No entanto, é importante reconhecer que essas estratégias podem não ser totalmente eficazes e que a falta de procura de pacientes permaneceu como um desafio significativo durante o curso da pesquisa.

Em resumo, a dificuldade em atingir o tamanho da amostra planejado devido à falta de procura de novos pacientes representa uma limitação importante deste estudo. Essa limitação deve ser levada em consideração ao interpretar os resultados e ao generalizá-los para a população-alvo. Além disso, destaca a necessidade de abordar estratégias mais eficazes de recrutamento de pacientes em estudos futuros, especialmente quando ao lidar-se com populações de difícil acesso ou condições médicas específicas.

Randomização e geração de sequência

Após triagem e avaliação inicial, o coordenador do estudo encaminhou o nome do paciente a uma pessoa que não apresentava nenhuma ligação ao estudo, para a realização da randomização. O processo de randomização foi realizado no *site* www.random.org, por meio de uma tabela gerada de números aleatórios, alocando os pacientes em um determinado grupo.

Depois disso, o paciente foi encaminhado novamente ao coordenador do estudo que passava as informações do paciente ao psicoterapeuta.

Implementação

Após o paciente ter assinado o consentimento informado e ter sido avaliado quanto aos critérios de inclusão e medidas iniciais, o avaliador entrava em contato com o coordenador da pesquisa informando sobre o novo paciente e fornecendo seu respectivo número. Com base na lista aleatória, o coordenador entrava em contato com o terapeuta para informá-lo sobre o novo paciente já disponível para tratamento.

Ocultação

O coordenador do estudo recebeu a lista aleatória completa do pesquisador externo e não teve contato com avaliadores ou pacientes. Esta lista ficou oculta ao segundo coordenador, que não sabia a que grupo cada paciente será atribuído.

Semelhanças e diferenças entre intervenções

As intervenções apresentam semelhanças e diferenças. Em primeiro lugar, a TCP visa identificar pensamentos, emoções e comportamentos nos três níveis de cognição, com o propósito de alterá-los especialmente no terceiro nível, onde se pretende identificar e modificar os CCN, que medeiam a mudança de pensamentos e comportamentos caracterizados como sintomas. Por outro lado, MBHP e PP não se destinam a identificar cognições distorcidas, emoções desagradáveis e comportamentos disfuncionais ou a alterá-los diretamente. O MBHP, por exemplo, ensina desde as primeiras sessões como prestar atenção ao momento presente, como utilizar técnicas de respiração e diversas práticas de *mindfulness*. Ensina o paciente a identificar características gratificantes e atributos pessoais valiosos, sem correlacioná-los a pensamentos, emoções ou comportamentos patológicos. Por outro lado, o foco do PP é melhorar as crenças centrais positivas, através de pontos fortes pessoais; comportamentos relacionados à gratidão, gentileza e apreço; e pensamentos relacionados ao bem estar. Portanto, cada intervenção defende um processo de mudança diferente: a TCP modifica as CCN, o MBHP ensina habilidades de meditação e o PP orienta o paciente no aprimoramento de forças e virtudes pessoais.

Métodos estatísticos

Os dados coletados foram analisados estatisticamente por meio do *software Statistics Package for Social Science* (SPSS), versão 24.0 (IBM Corp., 2016). Variáveis categóricas

clínicas e demográficas foram analisadas com X² (sexo, escolaridade, cor ou raça e taxa de evasão) e variáveis contínuas, com ANOVA unidirecional (idade e escores de escala). Os dados faltantes para medidas de resultados primários e secundários foram analisados por intenção de tratar (ITT) e imputação múltipla (IM), com cinco bancos de dados imputados, tomando dados de linha de base e sociodemográficos e assumindo o mecanismo de chance aleatória. Equações de estimativa generalizada (GEE), tomando o tempo como covariável, foram realizadas para comparar mudanças nas pontuações ao longo do tempo e entre grupos (TCP, MBSR e PP). Os tamanhos dos efeitos foram avaliados de acordo com os testes de Cohen. O nível de significância estatística assumido foi de 0,05.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Climério de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia (CAAE: 30769420.0.0000.5543) e registrado no site clinicaltrials.gov. (NCT04852770).

Resultados

Características sociodemográficas e clínicas basais dos participantes por grupo

As características sociodemográficas e clínicas basais dos participantes do estudo podem ser visualizadas na Tabela 1. A maioria dos participantes era de meia-idade (M (DP) = 43,09 (9,73) anos), mulheres (94,7%), alta escolaridade, morando em sua maioria com companheiro, ter filhos, de religião católica ou evangélica, com outros problemas de saúde diagnosticado, em uso de medicação e com evento traumático prévio pré-COVID-19. A média da pontuação total do CAPS-5 foi M (DP) = 42,11 (11,77). Não foram encontradas diferenças significativas nas características sociodemográficas e clínicas iniciais entre os três braços do estudo.

Na presente pesquisa, foram analisados pacientes provenientes de diversas regiões do Brasil, distribuídos da seguinte maneira: Rio Grande do Sul (2), capital de São Paulo (7), interior de São Paulo (13), Florianópolis (2), capital da Bahia (7), interior da Bahia (7), Rio de Janeiro (5), Minas Gerais (2), Ceará (2), Alagoas (2), Amazonas (1), Rio Grande do Norte (1), Paraná (1), Mato Grosso do Sul (1), Pernambuco (5) e Goiás (1). Este perfil geográfico dos participantes fornece uma abrangente representatividade regional dentro do contexto brasileiro para o estudo.

Integrando as informações sobre o tipo de evento traumático, observa-se que os pacientes analisados nesta pesquisa, provenientes de variadas regiões do Brasil, reportaram uma gama de eventos traumáticos. Entre estes, destacam-se a atuação de 4 profissionais da saúde na linha de

frente, 7 casos de violência doméstica durante a quarentena, 2 sequestros, 5 casos graves de COVID-19 com necessidade de entubação, 1 testemunha de tentativa de suicídio, 18 perdas de entes queridos de primeiro grau, 2 casos de estupro, 1 caso de isolamento total durante a pandemia, 1 caso de sequelas irreversíveis de COVID-19, 1 agressão com faca. Essa diversidade de traumas, associada à ampla representatividade geográfica dos participantes, fornece um panorama abrangente sobre o impacto psicológico e social da pandemia.

Análise da participação no programa por grupo

No total, 57 pacientes compuseram a amostra deste ECR, com 23 pacientes aleatoriamente designados para Psicoterapia Positiva (PP), 21 pacientes aleatoriamente designados para Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* (MBHP) e 13 pacientes aleatoriamente designados para a TCP. A mediana de sessões realizadas no grupo PP foi de 14 (IIQ = 11,14), no MBHP foi de 5 (IIQ = 2,14) e no TCP foi de 14 (IIQ = 8,14). Essa diferença não foi estatisticamente significativa. Conforme pode ser observado na Tabela 2, 1 (4,3%) paciente alocado em PP, 2 (9,5%) pacientes alocados em MBHP e 1 (7,7%) paciente alocado em TCP não compareceram a nenhuma sessão de seus respectivos programas.

Análise de dados faltantes

Nos resultados deste estudo, observamos as seguintes taxas de retenção pós-tratamento: 52,2% para o grupo PP (n = 12), 28,6% para MBHP (n = 6) e 53,8% para TCP (n = 7). A análise estatística não revelou diferenças significativas entre os grupos nas taxas de retenção ($\chi^2 = 3,17$, $df = 2$, $p = 0,205$).

Quanto às diferenças entre os participantes perdidos no acompanhamento pós-tratamento e os que permaneceram, identificaram-se variações significativas em termos de idade, com os perdidos no acompanhamento apresentando uma média de idade de 38,58 anos (DP = 8,12), enquanto os participantes restantes tiveram uma média de 48,00 anos (DP = 9,05; $p < 0,001$).

Além disso, observaram-se diferenças significativas em várias medidas psicológicas. Para o TRGI cognitivo, os participantes perdidos apresentaram uma média de 1,97 (DP = 0,83), em comparação com 1,34 (DP = 0,63) dos participantes restantes ($p = 0,006$). No ICCN outros, a média dos perdidos foi de 2,76 (DP = 0,82), contra 12,15 (DP = 0,88) dos restantes ($p = 0,018$). No próprio ICCN, a média foi de 2,77 (DP = 0,68) para os perdidos e 2,15 (DP = 0,60) para os restantes ($p = 0,018$). No desamparo da ICCN, os perdidos apresentaram média de 2,72 (DP = 1,00), em contraste com 1,74 (DP = 0,88) dos participantes restantes ($p < 0,001$). Finalmente,

no desvalor ICCN, a média para os perdidos foi de 2,72 (DP = 0,87), comparada a 1,71 (DP = 0,65) dos restantes ($p < 0,001$).

Não foram encontradas outras diferenças significativas entre os grupos perdidos e restantes no acompanhamento pós-intervenção, conforme detalhado na Tabela 3.

Tabela 1. Características básicas dos participantes por grupo

	PP (n = 23)	MBHP (n = 21)	TCP (n = 13)
<i>Características sócio-demográficas</i>			
Idade, M (DP)	43.94 (9.50)	42.24 (9.26)	43.00 (11.51)
Sexo, feminino, n (%)	22 (95.7%)	20 (95.2%)	12 (92.3%)
Estado Civil, n (%)			
Solteiro(a)	4 (22.2%)	3 (18.8%)	3 (33.3%)
Casado(a)/com parceiro(a)	11 (61.1%)	8 (50.1%)	3 (33.3%)
Separado(a)/divorciado(a)	3 (16.7%)	3 (18.8%)	3 (33.3%)
Vivúvo(a)	0 (0%)	2 (12.5%)	0 (0%)
Filhos, sim, n (%)	14 (77.8%)	12 (75.0%)	5 (55.6%)
Religião, n (%)			
Católicos	8 (44.4%)	8 (50.0%)	2 (22.2%)
Evangélicos	5 (27.8%)	5 (31.3%)	4 (44.4%)
Budistas	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)
Ateus	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)
Outras	5 (27.8%)	3 (18.8%)	1 (11.1%)
Nível de estudo, n (%)			
Primário	1 (5.6%)	2 (12.5%)	0 (0%)
Secundário	3 (16.7%)	4 (25.1%)	4 (44.4%)
Universitário	7 (38.9%)	2 (12.5%)	2 (22.2%)
Mestrado/Doutorado	7 (38.9%)	8 (50.1%)	3 (33.3%)
Problemas de saúde diagnosticados, sim, n (%)	13 (76.5%)	14 (87.5%)	7 (77.8%)
Uso de medicação, sim, n (%)	15 (83.3%)	12 (75.0%)	6 (66.7%)
Número de eventos traumáticos, Md (IQR)	1 (1, 2)	1 (0, 1)	1 (1, 2)
<i>Características Clínicas</i>			
Triagem PCL-5, M (DP)	67.39 (10.05)	65.14 (11.11)	65.62 (12.39)
CAPS Total, M (DP)	42.96 (12.26)	43.32 (12.36)	38.85 (10.16)
CAPS Revivência, M (DP)	12.48 (2.95)	10.00 (5.07)	10.08 (2.69)
CAPS Esquiva, M (DP)	5.35 (1.61)	4.24 (2.75)	4.08 (1.89)
CAPS Entorpecimento, M (DP)	14.91 (5.89)	14.57 (6.63)	13.69 (4.91)
CAPS Hipervigilância, M (DP)	10.22 (4.13)	10.38 (5.51)	11.00 (3.56)
HADS-A, M (DP)	13.80 (3.56)	14.65 (4.09)	13.33 (4.01)
HADS-D, M (DP)	11.35 (3.42)	10.88 (4.39)	11.08 (4.87)
WHO-5, M (DP)	6.60 (3.28)	7.00 (4.58)	7.20 (5.22)
TRGI Cognitivo, M (DP)	1.42 (0.64)	1.75 (0.94)	2.01 (0.72)
TRGI Sofrimento, M (DP)	3.46 (0.58)	3.17 (0.74)	3.22 (0.99)
TRGI Global, M (DP)	2.08 (0.25)	1.97 (0.37)	1.93 (0.33)
ICCN Sobre os outros, M (DP)	2.44 (0.94)	2.52 (0.88)	4.44 (0.92)
ICCN Sobre si, M (DP)	2.38 (0.64)	2.60 (0.74)	2.44 (0.80)
ICCN Inferioridade, M (DP)	2.53 (0.75)	2.40 (0.80)	2.55 (0.23)
ICCN Desamor, M (DP)	3.10 (0.92)	2.95 (1.01)	3.00 (0.93)
ICCN Desamparo, M (DP)	1.97 (0.96)	2.58 (1.03)	2.22 (1.22)
ICCN Desvalor, M (DP)	2.11 (0.81)	2.46 (0.98)	2.12 (1.04)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: M = média. DP = desvio padrão. Md = mediana. IIQ = intervalo interquartil. n = frequências. % = percentagens. PP = Psicoterapia Positiva. MBHP = Promoção da saúde baseada em mindfulness. TCP = Terapia Cognitiva Processual. “Prefiro não dizer” foi uma opção permitida em todos os levantamentos de dados sociodemográficos. Consequentemente, no grupo PP, um total de 5 participantes não relataram a idade, 5 participantes não relataram o estado civil, 5 participantes não relataram os filhos, 5 participantes não relataram a religião, 5 participantes não relataram o nível dos estudos, 6 participantes não relataram problemas de saúde, 5 participantes não relataram uso de medicamentos, 3 participantes não relataram HADS-A, 3 participantes não relataram HADS-D, 3 participantes não relataram HADS-A, 3 participantes não relataram sobre a WHO-5, 4 participantes não relataram sobre TRGI (cognitivo, sofrimento, global), 4 participantes não relataram sobre NCBI (outros, auto, inferioridade,

falta de amor, desamparo, desvalorização). No grupo MBHP, um total de 4 participantes não informaram a idade, 5 participantes não informaram o estado civil, 5 participantes não informaram sobre os filhos, 5 participantes não informaram sobre a religião, 5 participantes não informaram o nível de estudos, 5 participantes não relataram problemas de saúde, 5 participantes não relataram uso de medicamentos, 4 participantes não relataram HADS-A, 4 participantes não relataram HADS-D, 5 participantes não relataram à WHO-5, 4 participantes não relataram sobre TRGI (cognitivo, angústia, global), 4 participantes não relataram sobre ICCN (outros, self, inferioridade, desamor, desamparo, desvalorização). No grupo TCP, um total de 2 participantes não informaram sobre a idade, 4 participantes não informaram sobre o estado civil, 4 participantes não informaram sobre os filhos, 4 participantes não informaram sobre a religião, 4 participantes não informaram sobre o nível de estudos, 4 participantes não relataram problemas de saúde, 4 participantes não relataram uso de medicamentos, 1 participante não relatou HADS-A, 1 participante não relatou HADS-D, 3 participantes não relataram à WHO-5, 3 participantes não relataram sobre TRGI (cognitivo, angústia, global), 3 participantes não relataram sobre ICCN (outros, self, inferioridade, desamor, desamparo, desvalorização).

Tabela 2. Conclusão dos programas

Num. de sessões completas	PP	MBHP	TCP
14	n = 17	n = 10	n = 9
13	n = 0	n = 0	n = 0
12	n = 0	n = 0	n = 0
11	n = 2	n = 0	n = 0
10	n = 0	n = 0	n = 0
9	n = 0	n = 0	n = 1
8	n = 1	n = 0	n = 0
7	n = 1	n = 0	n = 1
6	n = 0	n = 0	n = 0
5	n = 0	n = 3	n = 0
4	n = 0	n = 1	n = 0
3	n = 0	n = 1	n = 1
2	n = 1	n = 4	n = 0
1	n = 0	n = 0	n = 0
0	n = 1	n = 2	n = 1

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: PP = Psicologia Positiva. MBHP = Promoção da Saúde Baseada no Mindfulness. TCP = Terapia Cognitiva Processual

Tabela 3. Características iniciais dos participantes por status de acompanhamento pós-tratamento

	Participantes perdidos no acompanhamento (n = 32)	Participantes remanescentes (n = 25)
<i>Características Sóciodemográficas</i>		
Idade, M (DP)	38.58 (8.12)	48.00 (9.05)
Sexo, feminino, n (%)	29 (90.6%)	25 (100%)
Status Civil, n (%)		
Solteiro(a)	7 (30.4%)	3 (15.0%)
Casado(a)/com parceiro(a)	11 (47.8%)	11 (55.0%)
Separado(a)/divorciado(a)	4 (17.4%)	5 (25.0%)
Viúvo(a)	1 (4.4%)	1 (5.0%)
Filhos, sim, n (%)	17 (73.9%)	14 (70.0%)
Religião, n (%)		
Católicos	6 (26.2%)	12 (60.0%)
Evangélicos	8 (34.8%)	6 (30.0%)
Budistas	1 (4.3%)	0 (0%)
Ateus	1 (4.3%)	0 (0%)
Outras	7 (30.4%)	2 (10.0%)
Nível de estudo, n (%)		
Primário	3 (13.0%)	0 (0%)
Secundário	8 (34.8%)	3 (15.0%)
Universitário	6 (26.1%)	5 (25.0%)
Mestrado/Doutorado	6 (26.1%)	12 (60.0%)
Problemas de saúde diagnosticados, sim, n (%)	6 (26.1%)	2 (10.5%)
Uso de medicação, sim, n (%)	18 (78.3%)	15 (75.0%)
Número de eventos traumáticos, Md (IQR)	1 (1, 2)	1 (0, 2)
<i>Características clínicas/psicológicas</i>		
Triagem PCL-5, M (DP)	67.81 (10.96)	64.04 (10.55)
CAPS Total, M (DP)	43.74 (11.84)	40.00 (11.58)
CAPS Revivência, M (DP)	11.41 (3.86)	10.52 (4.09)
CAPS Esquiva, M (DP)	4.50 (2.31)	4.84 (2.08)
CAPS Entorpecimento, M (DP)	15.44 (5.73)	13.32 (5.99)
CAPS Hipervigilância, M (DP)	11.03 (4.76)	9.72 (4.16)
HADS-A, M (DP)	13.65 (4.22)	14.35 (3.35)
HADS-D, M (DP)	11.38 (4.05)	10.83 (4.15)
WHO-5, M (DP)	6.63 (4.66)	7.14 (3.55)
TRGI Cognitivo, M (DP)	1.97 (0.83)	1.34 (0.63)
TRGI Sofrimento, M (DP)	3.49 (0.61)	3.08 (0.82)
TRGI Global, M (DP)	2.03 (0.34)	1.98 (0.30)
ICCN Sobre os outros, M (DP)	2.76 (0.82)	2.15 (0.88)
ICCN Sobre si, M (DP)	2.77 (0.68)	2.15 (0.60)
ICCN Inferioridade, M (DP)	2.47 (0.72)	2.50 (0.65)
ICCN Desamor, M (DP)	3.13 (0.86)	2.91 (1.02)
ICCN Desamparo, M (DP)	2.72 (1.00)	1.74 (0.88)
ICCN Desvalor, M (DP)	2.72 (0.87)	1.71 (0.65)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: M = média. DP = desvio padrão. Md = mediana. IQR = intervalo interquartil. n = frequência. % = porcentagens.

Efeitos no resultado primário

A Tabela 4 apresenta estatísticas descritivas, análises intragrupo e comparações entre grupos para o desfecho primário, que é a redução nos sintomas de TEPT medida pela pontuação total do CAPS. Conduziram-se regressões de efeitos mistos, usando diferentes abordagens: ITT com casos completos e ITT com múltiplas imputações.

Ambos os tratamentos PP e MBHP mostraram reduções significativas nos sintomas de TEPT dentro de seus respectivos grupos ao usar o ITT com abordagem completa dos casos,

tanto no meio do tratamento (PP: $B = -12,80$, $p = 0,016$; MBHP: $B = -21,05$, $p < 0,001$) e no pós-tratamento (PP: $B = -30,66$, $p < 0,001$; MBHP: $B = -25,98$, $p < 0,001$). No entanto, o grupo TCP exibiu apenas uma redução significativa dentro do grupo nos sintomas de TEPT no pós-tratamento ($B = -15,28$, $p = 0,017$). Nas comparações entre grupos, utilizando ITT com casos completos, observaram-se diferenças significativas na redução dos sintomas de TEPT no pós-tratamento ao comparar PP vs. TCP ($B = 15,77$, $p = 0,026$), favorecendo o grupo PP. Nenhuma outra diferença significativa entre os grupos foi observada. A abordagem por protocolo no pós-intervenção produziu as mesmas significâncias que a abordagem ITT com casos completos e com os mesmos coeficientes de regressão.

A abordagem ITT com múltiplas imputações, embora revelando um padrão semelhante de significância dentro do grupo, mostrou reduções mais substanciais nos sintomas de TEPT no grupo MBHP, enquanto reduções menos pronunciadas nos grupos PP e TCP (meio do tratamento: PP, $B = -11,08$, $p < 0,001$; MBHP, $B = -34,60$, $p < 0,001$; TCP, $B = 2,77$, $p = 0,088$; pós-tratamento: PP, $B = -23,36$, $p < 0,001$; MBHP, $B = -37,49$, $p < 0,001$; TCP, $B = -7,37$, $p = 0,008$). Isso resultou em diferenças significativas entre os grupos no meio do tratamento ao comparar PP vs. MBHP ($B = -23,32$, $p < 0,001$), PP vs. TCP ($B = 14,05$, $p < 0,001$) e MBHP vs. TCP ($B = 37,30$, $p < 0,001$), favorecendo primeiro o MBHP e depois o PP. Diferenças significativas entre grupos também foram observadas no pós-tratamento ao comparar PP vs. MBHP ($B = -13,96$, $p = 0,001$), PP vs. TCP ($B = 16,10$, $p < 0,001$) e MBHP vs. (B = 30,08, $p < 0,001$), novamente, favorecendo primeiro o grupo MBHP e depois o grupo PP.

Tabela 4. Análise dentro e entre grupos para redução dos sintomas de TEPT (pontuação total da CAPS)

		PP	<i>within</i>	MBHP	<i>within</i>	TCP	<i>within</i>	<i>PP vs. MBHP</i>	<i>PP vs. TCP</i>	<i>MBHP vs. TCP</i>
		<i>M (SD)</i>	<i>B (95% CI)</i> <i>d (p)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>B (95% CI)</i> <i>d (p)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>B (95% CI)</i> <i>d (p)</i>	<i>B (95% CI)</i> <i>d (p)</i>	<i>B (95% CI)</i> <i>d (p)</i>	<i>B (95% CI)</i> <i>d (p)</i>
ITT-CC	pré	42.16 (13.14)		40.57 (12.38)		37.25 (11.93)				
	meio	30.16 (21.61)	-12.80 (-23.20, -2.40) -0.61 (.016)	21.71 (9.93)	-21.05 (-30.61, -11.50) -1.07 (<.001)	28.50 (17.05)	-10.32 (-21.82, 1.17) -0.52 (.078)	-8.27 (-23.42, 6.89) -0.51 (.285)	2.45 (-13.36, 18.26) 0.25 (.761)	10.71 (-4.05, 25.48) 0.78 (.155)
	pós	11.92 (8.10)	-30.66 (-37.38, -23.95) -1.98 (<.001)	15.40 (9.92)	-25.98 (-36.90, -15.07) -1.12 (<.001)	23.57 (18.84)	-15.28 (-27.85, -2.70) -0.72 (.017)	5.06 (-8.78, 18.89) 0.37 (.474)	15.77 (1.92, 29.61) 1.24 (.026)	10.71 (-5.80, 27.21) 0.88 (.204)
ITT-MI	meio		-11.08 (-13.23, -8.92) <.001		-34.60 (-36.37, -32.82) <.001		2.77 (-0.41, 5.94) (.088)	-23.32 (-26.91, -19.73) <.001	14.05 (10.77, 17.33) <.001	37.30 (33.65, 40.95) <.001
	pós		-23.36 (-28.54, -18.19) <.001		-37.49 (-42.44, -32.54) <.001		-7.37 (-12.79, -1.95) (.008)	-13.96 (-21.95, -5.98) (.001)	16.10 (8.95, 23.24) <.001	30.08 (22.59, 37.57) <.001

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: ITT-CC = intenção de tratar utilizando casos completos. ITT-MI = intenção de tratar usando múltiplas imputações. Múltiplas imputações foram calculadas assumindo que a falta é aleatória (MAR). Os dados faltantes dos resultados pós-intervenção foram imputados usando equações encadeadas baseadas em regressões lineares. O modelo de imputação incluiu os resultados primários e secundários (ou seja, CAPS-total, HADS-Ansiedade, HADS-Depressão, WHO-5, TRGI-global, ICCN-outros, ICCN-próprio, ICCN-inferioridade, ICCN-desamor, ICC-desamparo, Desvalorização ICCN) na linha de base; e variáveis sociodemográficas pré-intervenção (isto é, idade, sexo); bem como a alocação do grupo (ou seja, PP, MBHP, TCP) e participação no programa (ou seja, número de sessões); que gerou 20 conjuntos de dados imputados. M (DP) = média (desvio padrão). B = coeficiente para o modelo de regressão de efeitos mistos. IC 95% = intervalo de confiança de 95%. d = d de Cohen. p = valor de p associado ao modelo de regressão de efeitos mistos. Tratamento intermediário: PP (n = 19), MBHP (n = 7), TCP (n = 8). Pós-tratamento: PP (n = 12), MBHP (n = 5), TCP (n = 7)

Efeitos nos resultados secundários

A Tabela 5 apresenta estatísticas descritivas, análises intragrupo e comparações entre grupos para os desfechos secundários. Conduziram-se regressões de efeitos mistos, utilizando-se o ITT com abordagem de casos completos. Dentro do grupo PP, observaram-se diferenças significativas em todas as subescalas do CAPS no meio do tratamento (reexperiência do CAPS: $B = -4,17$, $p < 0,001$; esquiva do CAPS: $B = -2,14$, $p < 0,001$; entorpecimento do CAPS: $B = -7,04$, $p < 0,001$; CAPS-hiperexcitação: $B = -4,12$, $p < 0,001$) e no pós-tratamento (CAPS- revivência: $B = -9,15$, $p < 0,001$; CAPS-evitação: $B = -3,51$, $p < 0,001$; CAPS-entorpecimento: $B = -11,93$, $p < 0,001$; CAPS-hiperexcitação: $B = -6,36$, $p < 0,001$). O grupo MBHP mostrou diferenças significativas dentro do grupo na re-experiência de CAPS no meio do tratamento ($B = -4,25$, $p = 0,028$) e pós-tratamento ($B = -5,67$, $p = 0,009$), bem como na evitação de CAPS no pós-tratamento ($B = -0,79$, $p < 0,001$), entorpecimento do CAPS no meio do tratamento ($B = -6,94$, $p = 0,005$) e pós-tratamento ($B = -8,57$, $p = 0,003$), e hiperexcitabilidade CAPS ($B = -4,71$, $p = 0,049$). O grupo TCP demonstrou diferenças significativas dentro do grupo na reexperiência de CAPS no meio do tratamento ($B = -3,31$, $p = 0,016$) e pós-tratamento ($B = -4,36$, $p = 0,013$), bem como na evitação de CAPS no pós-tratamento ($B = -1,97$, $p = 0,012$) e entorpecimento do CAPS no pós-tratamento ($B = -6,98$, $p = 0,008$). No entanto, houve apenas diferenças significativas na revivência do CAPS ao comparar PP vs. TCP no pós-intervenção, favorecendo o grupo PP ($B = 4,70$, $p = 0,031$).

Como pode ser visto na Tabela 5, todas as intervenções mostraram melhorias significativas dentro do grupo na ansiedade (PP: $B = -4,62$, $p = 0,001$; MBHP: $B = -6,66$, $p < 0,001$; TCP: $B = -5,09$, $p = 0,001$) e sintomas depressivos (PP: $B = -5,25$, $p < 0,001$; MBHP: $B = -5,05$, $p < 0,001$; TCP: $B = -5,14$, $p = 0,037$), além de diferenças significativas nas comparações entre grupos. A Tabela 6 apresenta estatísticas descritivas e análise entre grupos para ansiedade e sintomas depressivos no pré-tratamento, bem como nas semanas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e pós-tratamento. Como pode ser observado, não houve diferenças significativas (transversais) em nenhum ponto nos sintomas de ansiedade e depressão, quando comparamos os grupos de tratamento.

Todas as intervenções mostraram melhorias significativas na qualidade de vida dentro do grupo (PP: $B = 7,83$, $p < 0,001$; MBHP: $B = 6,67$, $p = 0,001$; TCP: $B = 6,81$, $p < 0,001$), sem diferenças significativas nas comparações entre grupos (Tabela 5).

Tabela 5. Análise dentro e entre grupos para os desfechos secundários

		PP (n = 19)	within	MBHP (n = 8)	within	TCP (n = 8)	within	PP vs MBHP	PP vs TCP	MBHP vs TCP
		M (SD)	B (95% CI) d (p)	M (SD)	B (95% CI) d (p)	M (SD)	B (95% CI) d (p)	B (95% CI) d (p)	B (95% CI) d (p)	B (95% CI) d (p)
CAPS Revivência	pré	12.58 (3.10)		9.75 (4.23)		9.50 (2.67)				
	meio	8.37 (4.21)	-4.17 (-5.64, -2.69) -1.54 (<.001)	5.75 (3.11)	-4.25 (-8.03, -0.47) -0.57 (.028)	6.75 (3.66)	-3.31 (-8.03, -0.47) -0.74 (.016)	-0.03 (-3.46, 3.40) -0.06 (.985)	0.99 (-2.56, 4.54) 0.48 (.585)	0.92 (-3.96, 5.81) 0.57 (.711)
	pós	3.42 (2.31)	-9.15 (-10.81, -7.48) -2.65 (<.001)	4.33 (2.42)	-5.67 (-9.90, -1.44) -0.80 (.009)	5.71 (5.25)	-4.36 (-7.80, -0.92) -0.87 (.013)	3.40 (-0.85, 7.64) 1.02 (.117)	4.70 (0.42, 8.98) 1.74 (.031)	1.30 (-4.25, 6.86) 0.44 (.645)
CAPS Esquiva	pré	5.37 (1.64)		4.13 (2.80)		3.63 (2.13)				
	meio	3.21 (1.62)	-2.14 (-2.98, -1.31) -1.11 (<.001)	2.50 (1.31)	-1.74 (-3.74, 0.27) -0.37 (.089)	3.00 (2.07)	-1.08 (-2.80, 0.65) -0.19 (.221)	0.41 (-1.59, 2.40) 0.42 (.691)	1.08 (-1.02, 3.18) 0.83 (.312)	0.66 (-2.06, 3.38) 0.38 (.634)
	pós	1.71 (1.82)	-3.51 (-4.26, -2.76) -2.67 (<.001)	0.57 (1.16)	-3.67 (-5.20, -2.14) -0.79 (<.001)	2.11 (1.69)	-1.97 (-3.51, -0.42) -0.40 (.012)	-0.08 (-1.82, 1.66) -0.04 (.930)	1.62 (-0.14, 3.37) 1.12 (.071)	1.70 (-0.59, 3.99) 0.77 (.145)
CAPS Entorpecimento	pré	14.83 (5.85)		13.00 (7.45)		13.13 (4.82)				
	meio	7.83 (5.82)	-7.04 (-9.73, -4.36) -1.17 (<.001)	7.50 (4.54)	-6.94 (-11.82, -2.05) -0.55 (.005)	10.37 (5.90)	-3.22 (-7.55, 1.11) -0.45 (.145)	0.49 (-4.68, 5.65) 0.23 (.853)	3.92 (-1.41, 9.25) 0.74 (.150)	3.63 (-3.03, 10.29) 0.41 (.286)
	pós	2.92 (2.39)	-11.93 (-15.35, -8.52) -1.49 (<.001)	6.00 (3.90)	-8.57 (-14.18, -2.96) -0.55 (.003)	6.71 (6.70)	-6.98 (-12.10, -1.86) -0.93 (.008)	3.42 (-2.92, 9.77) 0.73 (.290)	5.02 (-1.38, 11.42) 0.95 (.124)	1.59 (-6.07, 9.25) 0.09 (.684)
CAPS Hipervigilância	pré	9.95 (4.30)		8.63 (5.81)		11.00 (3.89)				
	meio	5.95 (4.03)	-4.12 (-5.77, -2.46) -1.03 (<.001)	6.50 (2.45)	-3.67 (-7.51, 0.18) -0.28 (.062)	8.38 (6.70)	-2.63 (-6.87, 1.62) -0.50 (.225)	0.87 (-3.13, 4.87) 0.38 (.669)	1.56 (-2.57, 5.69) 0.32 (.460)	1.11 (-4.62, 6.83) 0.09 (.705)
	pós	3.58 (2.97)	-6.36 (-8.51, -4.21) -1.31 (<.001)	5.67 (3.62)	-4.71 (-9.42, -0.01) -0.28 (.049)	8.43 (6.00)	-2.60 (-6.69, 1.50) -0.48 (.214)	1.91 (-3.19, 7.03) 0.67 (.461)	4.06 (-1.09, 9.21) 0.87 (.122)	2.14 (-4.21, 8.49) 0.08 (.508)
HADS-A	pré	14.38 (3.10)		14.29 (3.86)		11.80 (3.49)				
	pós	9.23 (4.92)	-4.62 (-7.41, -1.83) -1.23 (.001)	7.86 (1.95)	-6.66 (-9.44, -3.89) -1.40 (<.001)	7.20 (5.59)	-5.09 (-8.04, -2.13) -1.99 (.001)	-1.96 (-6.02, 2.11) -0.36 (.345)	-0.98 (-5.53, 3.57) -0.16 (.674)	1.31 (-2.73, 5.36) 0.46 (.524)
HADS-D	pré	11.15 (2.85)		11.57 (3.51)		9.00 (5.00)				
	pós	6.00 (4.95)	-5.25 (-7.37, -3.13) -1.95 (<.001)	6.29 (4.23)	-5.05 (-7.64, -2.45) -1.64 (<.001)	5.80 (4.32)	-5.14 (-9.96, -0.31) -0.47 (.037)	0.36 (-3.53, 4.25) 0.04 (.857)	0.91 (-3.45, 5.27) 0.53 (.683)	0.33 (-4.94, 5.60) 0.46 (.902)
WHO-5	pré	6.83 (3.13)		7.40 (3.58)		6.75 (5.25)				
	pós	14.50 (5.42)	7.83 (5.22, 10.45) 2.17 (<.001)	13.20 (2.39)	6.67 (2.78, 10.55) 1.03 (.001)	14.25 (4.99)	6.81 (3.62, 10.00) 2.20 (<.001)	-1.37 (-5.93, 3.18) -0.55 (.554)	-2.20 (-7.15, 2.75) -0.04 (.384)	-0.27 (-5.55, 5.01) -0.35 (.920)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: M (DP) = média (desvio padrão). B = coeficiente para o modelo de regressão de efeitos mistos (intenção de tratar usando casos completos). 95% CI = 95% intervalo de confiança. d = Cohen's d. p = valor de p associado ao modelo de regressão de efeitos mistos. HADS-A: PP (n = 13), MBHP (n = 7), TCP (n = 5). HADS-D: PP (n = 13), MBHP (n = 7), TCP (n = 5). WHO-5: PP (n = 12),

MBHP (n = 5), TCP (n = 4). CAPS revivência (pós-tratamento): PP (n = 12), MBHP (n = 6), TCP (n = 7). CAPS esquiva (pós-tratamento): PP (n = 14), MBHP (n = 14), TCP (n = 9). CAPS entorpecimento (pós-tratamento): PP (n = 12), MBHP (n = 6), TCP (n = 7). CAPS hipervigilância (pós-tratamento): PP (n = 12), MBHP (n = 6), TBCT (n = 7).

Tabela 6. Análise entre grupos para HADS-A e HADS-D

		PP		MBHP		TCP		p
		n	M (DP)	n	M (DP)	n	M (DP)	
HADS-A	pré	20	13.80 (3.56)	17	14.65 (4.09)	12	13.33 (4.01)	.644
	S3	19	13.05 (3.78)	12	10.83 (4.91)	10	10.50 (6.36)	.301
	S4	17	11.29 (4.44)	10	11.40 (3.81)	9	10.56 (3.71)	.884
	S5	21	11.43 (4.21)	8	10.50 (3.74)	7	11.14 (2.85)	.849
	S6	15	10.73 (3.96)	11	9.64 (3.14)	10	10.80 (3.49)	.691
	S7	19	11.31 (4.31)	11	9.18 (3.57)	12	9.83 (3.22)	.307
	S8	16	10.00 (5.49)	10	8.80 (3.55)	10	9.30 (4.52)	.816
	S9	16	10.94 (4.39)	9	9.22 (4.06)	8	6.88 (4.49)	.110
	S10	17	10.29 (4.25)	9	6.67 (4.82)	8	8.13 (5.28)	.165
	S11	14	10.43 (4.38)	8	6.88 (3.87)	7	6.14 (4.34)	.061
	S12	15	9.13 (4.22)	9	7.44 (3.54)	6	6.33 (5.01)	.349
	S13	15	9.80 (4.89)	9	7.22 (4.84)	6	5.00 (4.29)	.212
	pós	13	9.23 (4.92)	7	7.86 (1.95)	5	7.20 (5.59)	.639
	HADS-D	pré	20	11.35 (3.42)	17	10.88 (4.39)	12	11.08 (4.87)
S3		19	10.95 (2.80)	12	9.08 (3.48)	9	9.33 (4.74)	.293
S4		17	10.00 (3.30)	10	9.10 (2.85)	10	8.50 (4.40)	.551
S5		21	9.19 (4.45)	8	7.75 (3.62)	7	8.00 (3.74)	.641
S6		15	9.40 (5.17)	11	7.82 (3.57)	10	9.70 (4.86)	.597
S7		19	9.58 (3.32)	11	8.91 (2.74)	12	8.92 (4.10)	.823
S8		16	9.13 (3.56)	10	8.90 (3.25)	10	9.40 (3.63)	.950
S9		16	8.44 (3.86)	9	9.00 (3.57)	8	7.00 (2.78)	.497
S10		17	8.82 (3.97)	9	7.33 (4.06)	8	7.50 (3.25)	.568
S11		14	6.50 (5.54)	8	6.63 (3.11)	7	5.43 (6.35)	.885
S12		15	7.40 (3.27)	9	9.00 (2.87)	6	5.83 (4.36)	.219
S13		15	6.73 (5.57)	9	6.56 (3.97)	6	2.67 (1.97)	.186
pós		13	6.00 (4.95)	7	6.29 (4.23)	5	5.80 (4.32)	.983

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: M (DP) = média (desvio padrão). HADS-A = Escala de Ansiedade. HADS-D = Escala de Depressão. PP = Psicologia Positiva. MBHP = Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness*. TCP = Terapia Cognitiva Processual. Pré = pré-tratamento. S = sessão. Pós = pós-tratamento.

Efeitos nas variáveis mecânicas

A Tabela 7 apresenta estatísticas descritivas, análises intragrupo e comparações entre grupos para as variáveis mecânicas. Realizaram-se regressões de efeitos mistos, utilizando-se o ITT com casos completos. Não houve diferenças significativas dentro ou entre grupos, no TRGI-global. Dentro do grupo PP, diferenças significativas foram observadas no TRGI-cognitivo no pós-intervenção ($B = -0,43$, $p = 0,013$) e no TRGI-sofrimento no meio da intervenção ($B = -1,02$, $p < 0,001$) e pós-intervenção ($B = -1,72$, $p < 0,001$). O grupo MBHP apresentou diferenças significativas dentro do grupo no TRGI-cognitivo no meio da intervenção ($B = -0,82$, $p = 0,005$) e pós-intervenção ($B = -0,89$, $p = 0,026$), bem como no sofrimento do TRGI em meio da intervenção ($B = -1,09$, $p = 0,002$) e pós-intervenção ($B = -1,15$, $p = 0,001$). O grupo TCP demonstrou diferenças significativas dentro do grupo no TRGI-cognitivo no meio da intervenção ($B = -0,86$, $p = 0,009$) e pós-intervenção ($B = -0,72$, $p = 0,017$), e no sofrimento do TRGI, no meio da intervenção ($B = -1,12$, $p = 0,015$). Encontraram-se diferenças significativas apenas entre

grupos no TRGI-cognitivo ao comparar PP vs. MBHP ($B = -0,60$, $p = 0,036$), com maiores reduções neste último.

No grupo PP, observaram-se aumentos significativos no ICCN-self no meio da intervenção ($B = 1,31$, $p < 0,001$) e diminuições significativas no pós-intervenção ($B = -0,36$, $p = 0,025$). Além disso, houve reduções significativas na falta de amor da ICCN no meio da intervenção ($B = -0,56$, $p = 0,004$) e na desvalorização da ICCN, tanto no meio da intervenção ($B = -0,63$, $p = 0,002$), quanto pós-intervenção ($B = -0,50$, $p = 0,014$). No grupo MBHP, observaram-se reduções significativas dentro do grupo em ICCN-outros, tanto no meio da intervenção ($B = -0,70$, $p = 0,033$), quanto pós-intervenção ($B = -0,81$, $p = 0,038$). Além disso, o grupo MBHP apresentou aumentos significativos dentro do grupo no próprio ICCN no meio da intervenção ($B = 1,22$, $p = 0,001$), bem como reduções significativas na desvalorização do ICCN em ambos os momentos da intervenção ($B = -0,78$, $p = 0,035$) e pós-intervenção ($B = -0,99$, $p = 0,020$). O grupo TCP demonstrou aumentos significativos dentro do grupo no próprio ICCN no meio da intervenção ($B = 0,93$, $p < 0,001$), bem como reduções significativas na inferioridade do ICCN no meio da intervenção ($B = -0,38$, $p = 0,015$) e avaliação ICCN no meio da intervenção ($B = -0,37$, $p = 0,008$). Não houve diferenças significativas nas subescalas da ICCN, quando compararam-se os grupos de tratamento.

Tabela 7. Análise dentro e entre grupos para as variáveis mecânicas TRGI e ICCN

		PP	within	MBHP	within	TCP	within	PP vs MBHP	PP vs TCP	MBHP vs TCP
		M (SD)	B (95% CI)	M (SD)	B (95% CI)	M (SD)	B (95% CI)	B (95% CI)	B (95% CI)	B (95% CI)
TRGI Global	pré	2.02 (0.18)		2.07 (0.45)		1.81 (0.24)				
	meio	1.78 (0.56)	-0.26 (-0.52, 0.01)	1.75 (0.85)	-0.19 (-0.58, 0.20)	1.88 (0.25)	-0.13 (-0.47, 0.22)	0.08 (-0.37, 0.53)	0.14 (-0.41, 0.68)	0.09 (-0.50, 0.67)
	pós	1.96 (0.30)	-0.12 (-0.34, 0.10)	2.05 (0.11)	0.02 (-0.25, 0.30)	1.88 (0.43)	-0.03 (-0.40, 0.35)	0.19 (-0.19, 0.57)	0.10 (-0.32, 0.51)	-0.08 (-0.56, 0.39)
TRGI Cognitivo	pré	1.34 (0.66)		1.60 (0.97)		1.94 (0.84)				
	meio	1.15 (0.44)	-0.20 (-0.45, 0.05)	0.94 (0.25)	-0.82 (-1.40, -0.24)†	1.15 (0.52)	-0.86 (-1.50, -0.21)†	-0.60 (-1.16, -0.04)*	-0.64 (-1.29, 0.02)	-0.01 (-0.92, 0.89)
	pós	0.94 (0.42)	-0.43 (-0.77, -0.09)*	0.89 (0.39)	-0.89 (-1.67, -0.11)*	1.22 (0.42)	-0.72 (-1.32, -0.13)*	-0.29 (-1.00, 0.41)	-0.28 (-1.05, 0.49)	0.05 (-0.98, 1.08)
TRGI Sofrimento	pré	3.37 (0.65)		3.39 (0.39)		2.75 (1.32)				
	meio	2.36 (1.08)	-1.02 (-1.53, -0.50)‡	2.36 (1.23)	-1.09 (-1.79, -0.39)†	1.88 (1.32)	-1.12 (-2.02, -0.22)*	-0.08 (-0.95, 0.80)	-0.17 (-1.20, 0.86)	-0.04 (-1.17, 1.09)
	pós	1.72 (1.27)	-1.72 (-2.34, -1.09)‡	1.93 (0.96)	-1.15 (-1.85, -0.45)†	2.58 (0.57)	-0.82 (-1.78, 0.14)	0.59 (-0.40, 1.59)	0.90 (-0.18, 2.00)	0.30 (-0.88, 1.47)
ICCN Sobre os outros	pré	2.22 (0.97)		2.58 (0.86)		2.09 (0.80)				
	meio	2.22 (0.71)	-0.12 (-0.49, 0.25)	1.89 (0.67)	-0.70 (-1.35, -0.06)*	1.67 (0.49)	-0.51 (-1.04, 0.02)	-0.56 (-1.23, 0.11)	-0.40 (-1.14, 0.34)	0.13 (-0.77, 1.03)
	pós	2.11 (0.86)	-0.24 (-0.66, 0.18)	1.69 (0.63)	-0.81 (-1.57, -0.04)*	1.36 (0.39)	-0.32 (-0.70, 0.07)	-0.51 (-1.28, 0.27)	-0.29 (-1.14, 0.56)	0.11 (-0.93, 1.16)
ICCN Sobre si	pré	2.26 (0.67)		2.43 (0.63)		1.92 (0.30)				
	meio	3.71 (0.83)	1.31 (0.91, 1.71)‡	4.18 (1.01)	1.22 (0.49, 1.94)†	2.95 (0.35)	0.93 (0.43, 1.43)‡	0.01 (-0.74, 0.74)	-0.49 (-1.31, 0.34)	-0.48 (-1.50, 0.54)
	pós	1.94 (0.46)	-0.36 (-0.67, -0.04)*	2.08 (0.46)	-0.62 (-1.26, 0.02)	1.75 (0.16)	-0.12 (-0.42, 0.17)	-0.06 (-0.63, 0.51)	0.02 (-0.60, 0.64)	0.08 (-0.65, 0.81)
ICCN Inferioridade	pré	2.48 (0.74)		2.71 (0.43)		2.60 (0.29)				
	meio	2.54 (0.46)	0.01 (-0.35, 0.37)	2.58 (0.41)	-0.07 (-0.41, 0.27)	2.20 (0.45)	-0.38 (-0.69, -0.07)*	0.04 (-0.54, 0.61)	-0.40 (-1.04, 0.25)	-0.43 (-1.11, 0.26)
	pós	2.58 (0.47)	0.04 (-0.35, 0.42)	2.60 (0.45)	-0.09 (-0.28, 0.11)	2.38 (0.32)	-0.14 (-0.38, 0.10)	0.03 (-0.55, 0.61)	-0.17 (-0.80, 0.47)	-0.06 (-0.41, 0.29)
ICCN Desamor	pré	3.01 (1.02)		2.90 (0.99)		2.64 (0.62)				
	meio	2.53 (0.62)	-0.56 (-0.94, -0.18)†	2.57 (0.90)	-0.63 (-1.45, 0.20)	2.08 (0.52)	-0.63 (-1.28, 0.02)	0.02 (-0.79, 0.83)	-0.08 (-0.98, 0.83)	-0.11 (-1.33, 1.12)
	pós	2.58 (1.00)	-0.52 (-1.06, 0.02)	2.72 (0.58)	-0.29 (-1.00, 0.43)	2.45 (0.66)	-0.43 (-1.25, 0.39)	0.22 (-0.69, 1.13)	0.17 (-0.82, 1.16)	-0.05 (-1.14, 1.04)
ICCN Desamparo	pré	1.83 (0.91)		2.08 (0.95)		1.40 (0.56)				
	meio	1.56 (0.67)	-0.33 (-0.67, 0.01)	1.94 (0.88)	-0.48 (-1.08, 0.12)	1.13 (0.14)	-0.41 (-0.95, 0.13)	-0.10 (-0.73, 0.53)	-0.17 (-0.86, 0.52)	-0.08 (-0.90, 0.75)
	pós	1.47 (0.51)	-0.28 (-0.65, 0.09)	1.70 (0.82)	-0.59 (-1.32, 0.13)	1.21 (0.16)	-0.28 (-0.87, 0.30)	-0.15 (-0.86, 0.55)	-0.11 (-0.87, 0.66)	0.05 (-0.92, 1.02)
ICCN Desvalor	pré	1.92 (0.78)		2.20 (1.14)		1.40 (0.30)				
	meio	1.44 (0.66)	-0.63 (-1.02, -0.24)†	1.86 (0.62)	-0.78 (-1.51, -0.06)*	1.07 (0.15)	-0.37 (-0.64, -0.09)†	-0.05 (-0.79, 0.69)	-0.05 (-0.87, 0.77)	-0.01 (-1.01, 1.00)
	pós	1.44 (0.48)	-0.50 (-0.90, -0.10)*	1.57 (0.55)	-0.99 (-1.82, -0.15)*	1.29 (0.16)	-0.10 (-0.31, 0.11)	-0.20 (-0.97, 0.58)	0.12 (-0.73, 0.96)	0.32 (-0.79, 1.43)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: M (DP) = média (desvio padrão). B = coeficiente do modelo de regressão de efeitos mistos (intenção de tratar utilizando casos completos). IC 95% = intervalo de confiança de 95%. ‡ p < 0,001. † p < 0,01. * p < 0,05. (Todos os valores de p estão associados ao modelo de regressão de efeitos mistos correspondente). TRGI global: PP (n = 15), MBHP (n = 7), TCP (n = 4). TRGI cognitivo: PP (n = 14), MBHP (n = 6), TCP (n = 4). Sofrimento TRGI: PP (n = 14), MBHP (n = 6), TCP (n = 4). Sobre os outros ICCN: PP (n = 14), MBHP (n = 6), TCP (n = 5). Sobre si ICCN: PP (n = 14), MBHP (n = 6), TCP (n = 5). Inferioridade do ICCN: PP (n = 14), MBHP (n = 6), TCP (n = 5). Desamor ICCN: PP (n = 14), MBHP (n = 6), TCP (n = 5). Desamparo ICCN: PP (n = 14), MBHP (n = 6), TCP (n = 5). Desvalor do ICCN: PP (n = 14), MBHP (n = 6), TCP (n = 5).

A Tabela 8 apresenta estatísticas descritivas e análise entre grupos para a variável mecanística CALPAS-P, nas semanas 4, 6, 8, 10, 12 e 14 de tratamento. Não houve diferenças significativas (transversais) em nenhum ponto da pontuação total ou subescalas do CALPAS-P ao comparar os grupos de tratamento. Uma particularidade a ser observada na maioria das avaliações e subescalas refere-se a que os grupos PP e TCP apresentam valores médios semelhantes, enquanto o grupo MBHP tende a ter escores ligeiramente mais baixos, embora essas diferenças geralmente não sejam estatisticamente significativas. Na semana 8 (W8) do CALPAS-P Global, o grupo MBHP teve uma média consideravelmente mais baixa (5.72) em comparação com os outros grupos, sugerindo que essa modalidade de terapia pode ter encontrado mais desafios na construção de aliança terapêutica, nesse momento específico do tratamento.

No entanto, as diferenças entre os grupos nas subescalas específicas do CALPAS-P, como CALPAS-PC e CALPAS-PWC, por exemplo, reiteram a semelhança nas avaliações da relação terapêutica entre os grupos. Implicando valores de p frequentemente superiores a 0,05 indicam que, estatisticamente, não há diferença significativa na aliança terapêutica percebida entre os três grupos ao longo do tempo.

A consistência dos escores ao longo do tempo sugere uma aliança terapêutica estável em todas as modalidades de tratamento (Horvath & Symonds, 1991).

Tabela 8. Análise entre grupos para a variável mecânica CALPAS

		PP		MBHP		TCP		<i>p</i>
		<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	
CALPAS Global	S4	18	5.33 (2.01)	12	5.33 (1.78)	11	5.50 (1.89)	.970
	S6	15	6.28 (0.64)	11	6.08 (0.46)	11	5.87 (0.94)	.345
	S8	15	6.48 (0.33)	11	5.72 (1.96)	9	6.07 (0.83)	.287
	S10	16	6.06 (0.82)	8	6.08 (0.70)	8	6.04 (0.67)	.994
	S12	15	6.29 (0.82)	9	5.95 (0.77)	6	5.97(0.80)	.537
	S14	13	5.49 (1.41)	6	4.84 (1.51)	5	5.58 (1.15)	.592
CALPAS-PC	S4	18	5.74 (2.17)	12	5.50 (1.96)	11	5.83 (2.02)	.921
	S6	15	6.42 (0.64)	11	6.11 (0.45)	11	5.93 (1.02)	.228
	S8	15	6.58 (0.55)	11	5.94 (2.02)	9	6.32 (0.98)	.464
	S10	16	6.50 (1.02)	8	6.46 (0.79)	8	6.44 (1.04)	.988
	S12	15	6.53 (1.06)	9	6.30 (0.90)	6	6.08 (1.44)	.681
	S14	13	5.81 (1.58)	6	5.08 (1.46)	5	5.77 (1.49)	.620
CALPAS-PWC	S4	18	4.77 (1.88)	13	4.50 (2.18)	12	4.45 (2.13)	.896
	S6	15	5.73 (0.75)	11	5.49 (0.85)	11	5.44 (0.83)	.603
	S8	15	5.80 (0.55)	11	5.02 (1.85)	9	5.13 (0.80)	.198
	S10	16	6.50 (1.02)	8	6.46 (0.79)	8	6.44 (1.04)	.988
	S12	15	6.11 (0.96)	9	5.52 (1.08)	6	5.47 (0.80)	.240
	S14	13	5.35 (1.33)	6	4.78 (1.43)	5	5.20 (0.94)	.676
CALPAS-TUI	S4	18	5.81 (2.28)	13	5.44 (2.47)	12	5.54 (2.61)	.908
	S6	15	6.69 (0.55)	11	6.62 (0.57)	11	6.47 (0.98)	.734
	S8	15	6.83 (0.23)	11	6.14 (2.08)	9	6.52 (0.79)	.376
	S10	16	6.69 (0.58)	8	6.54 (0.86)	8	6.75 (0.42)	.790
	S12	15	6.81 (0.56)	9	6.52 (0.82)	6	6.70 (0.52)	.564
	S14	13	6.00 (1.40)	6	5.36 (1.82)	5	6.27 (1.28)	.573
CALPAS-WSC	S4	18	4.96 (1.89)	13	4.67 (2.18)	12	4.82 (2.38)	.929
	S6	15	6.29 (0.95)	11	6.09 (0.79)	11	5.65 (1.39)	.323
	S8	15	6.69 (0.39)	11	5.78 (1.99)	9	6.30 (0.95)	.198
	S10	16	5.50 (0.86)	8	5.58 (0.50)	8	5.44 (0.81)	.931
	S12	15	5.69 (0.77)	9	5.46 (0.79)	6	5.59 (0.71)	.786
	S14	13	4.79 (1.46)	6	4.14 (1.64)	5	5.10 (1.55)	.554

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: M (SD) = mean (standard deviation). CALPAS-PC: Escala de avaliação do compromisso do paciente; CALPAS-PWC: Escala de avaliação da capacidade de trabalho do paciente, CALPAS-TUI: Escala de avaliação da compreensão e envolvimento do terapeuta; CALPAS-WSC: Escala de acordo de trabalho e estratégia; S = sessão.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

A pandemia da COVID-19 resultou em altos níveis de sofrimento psicológico na população em geral. Neste estudo, explorou-se a eficácia de três abordagens terapêuticas distintas - Psicologia Positiva, Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* e Terapia Cognitiva Processual - em um ensaio clínico randomizado, com indivíduos que desenvolveram Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) durante a pandemia, os quais apresentavam uma ampla gama de experiências traumáticas relacionadas à pandemia, sendo a perda de entes queridos a mais prevalente.

Os resultados indicaram que todas as três abordagens terapêuticas mostraram eficácia significativa, com a PP destacando-se pelos resultados particularmente positivos. Este achado evidencia a complexidade do TEPT em um cenário pandêmico, no qual variáveis, como tipo de trauma, suporte social, fatores biológicos e psicológicos, expectativas do paciente e fatores de resiliência influenciam a resposta ao tratamento. A discussão subsequente visa aprofundar a compreensão desses resultados e examinar como essas abordagens terapêuticas podem ser otimizadas para tratar eficazmente o TEPT em contextos de crise global.

A complexidade do estudo é evidenciada ao se considerar o processo de seleção e composição da amostra, refletindo os desafios no recrutamento. Essa redução progressiva no número de participantes sublinha a complexidade e a especificidade dos critérios de inclusão, centrados em experiências traumáticas diretamente relacionadas à pandemia, o que foi crucial para garantir a relevância e a precisão dos resultados. A importância de uma amostra significativa é essencial para proporcionar *insights* mais profundos e aplicáveis para grupos específicos, principalmente em amostras menores (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2000). Isso é particularmente relevante em estudos sobre o TEPT, onde a diversidade de experiências traumáticas pode variar consideravelmente. Vale lembrar que a própria natureza da pandemia e suas implicações podem ter influenciado o processo de recrutamento e retenção de participantes. Desafios como o acesso limitado a potenciais participantes, hesitação em participar de estudos durante uma crise de saúde ou alcance limitado devido aos algoritmos que possivelmente limitaram a divulgação do tema são discutidos (Abdulhussein *et al.*, 2022), reforçando a complexidade do processo de recrutamento,.

Além dos desafios no recrutamento, as características demográficas e clínicas dos participantes selecionados forneceram *insights* adicionais, particularmente sobre o impacto diferenciado da pandemia entre os gêneros. No entanto, a presente pesquisa está alinhada à

maioria dos estudos publicados que investigam as diferenças entre gênero nos impactos psicológicos durante a pandemia. Ao avaliar as características sociodemográficas e clínicas basais dos participantes, fica evidente que a amostra foi majoritariamente composta por mulheres (McGinty *et al.*, 2021) de meia-idade e com alta escolaridade. Esses resultados sugerem que parte da associação entre o sexo feminino e as sequelas psicológicas pode ser devida à maior procura por serviços de saúde mental por mulheres, além de ocuparem funções profissionais mais vulneráveis aos sintomas de TEPT, como enfermagem (Christiansen & Berke, 2020). Também se observou uma conexão significativa entre a idade e a prevalência de sintomas, identificando que indivíduos mais jovens apresentam taxas mais elevadas de sintomas, assim como desistência do tratamento em comparação com os mais velhos. Esta descoberta também está em harmonia com estudos anteriores sobre os fatores de risco para o TEPT desencadeado pela pandemia (Rice *et al.*, 2023). Há necessidade de mais investigações sobre as interações entre gênero, idade e funções profissionais (escolaridade alta) e sobre maneiras mais eficazes de dar suporte a mulheres com diversos fatores de risco para o TEPT.

Essa necessidade de investigações mais profundas estende-se também ao entendimento das histórias prévias de trauma dos participantes e como essas experiências anteriores podem influenciar a severidade e a resposta ao tratamento do TEPT. A presença de um evento traumático prévio à pandemia pode indicar uma vulnerabilidade aumentada à experiência de estresse durante o período pandêmico, já que históricos de traumas anteriores podem intensificar as respostas a essa psicopatologia (Vindegaard & Benros, 2020b). Os dados da CAPS-5 sugerem um nível de moderado a severo de sintomas de TEPT entre os participantes. Comparativamente, um estudo de (Bohus *et al.*, 2020) Bohus *et al.* (2020) sobre mulheres que sofreram abuso na infância e com trauma complexo relatou uma pontuação média na CAPS-5 de 40, menor que a que a média de 42,11, observada no presente estudo: a elevada pontuação média desta amostra pode ter várias implicações. Primeiro, sugere que os participantes deste estudo podem estar enfrentando desafios significativos relacionados ao TEPT, necessitando de intervenções terapêuticas direcionadas e intensivas (Resick *et al.*, 2016). Além disso, uma média de pontuação mais alta pode indicar uma maior exposição a eventos traumáticos ou uma maior susceptibilidade ao desenvolvimento de mais sintomas de TEPT entre os participantes (Brewin *et al.*, 2000).

Além de considerar a severidade dos sintomas, é fundamental reconhecer a influência do contexto geográfico e social dos participantes, uma vez que esses fatores podem moldar significativamente suas experiências e respostas ao trauma. A distribuição geográfica dos

participantes, que abrange várias regiões do Brasil, indica a influência do contexto regional no desenvolvimento e na experiência do TEPT. Diferenças nos sistemas de saúde locais, variações na severidade dos surtos da COVID-19 e desigualdades socioeconômicas regionais podem ter desempenhado um papel crucial nas experiências dos participantes. Esse aspecto ressalta a necessidade de considerar fatores locais e regionais no planejamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas. Estudos em ensaios clínicos sugerem uma correlação entre o tipo de trauma vivenciado e a resposta ao tratamento psicoterapêutico, ressaltando a importância de personalizar as abordagens terapêuticas para atender às nuances dos traumas individuais.

A diversidade dos eventos traumáticos relatados pelos participantes deste estudo reflete a amplitude e a complexidade das experiências traumáticas durante a pandemia de COVID-19. A perda de um ente querido foi o tipo de trauma mais prevalente, afetando 29,82% dos participantes. Esse dado destaca o impacto devastador da pandemia na vida pessoal e familiar, onde muitos enfrentaram o luto em um contexto de isolamento e incerteza.

Além disso, 12,30% dos participantes sofreram violência doméstica durante a quarentena, refletindo as tensões exacerbadas pelo confinamento prolongado. Profissionais da linha de frente, que representaram 7,02% da amostra, evidenciaram os desafios e estresse enfrentados no combate à pandemia. Casos de hospitalização prolongada e entubação, que correspondiam a 8,77% dos participantes, destacaram as graves consequências médicas e psicológicas da COVID-19. Traumas menos frequentes, como sequestro (3,51%), estupro (totalizando 3,51% com duas incidências) e outras situações angustiantes, como isolamento total, sequelas duradouras da COVID-19, sofrer uma facada, acidentes ou lidar com tentativas de suicídio de entes queridos, cada um representando 1,75% da amostra, também foram encontrados na amostra.

Os dados revelaram uma variedade alarmante de traumas durante a pandemia, todos compartilhando um impacto psicológico profundo e duradouro nos afetados. Essa realidade foi intensificada pela pandemia, especialmente no que diz respeito ao luto. A perda de entes queridos, agravada pelas restrições de isolamento, resultou em lutos complexos, muitas vezes marcados por sofrimento prolongado e insegurança, contribuindo potencialmente para o desenvolvimento de TEPT. Esse cenário sublinha a importância de abordagens terapêuticas sensíveis às nuances do luto pandêmico, incluindo técnicas específicas para ajudar nesse processo, como apontado por Romanoff e Terenzio (1998), que destacam a necessidade de

rituais de sepultamento para facilitar a transformação e a transição em vez de um luto complicado e traumático

No que diz respeito à participação nos programas de intervenção, observa-se que a aderência foi similar entre os grupos PP e TCP, ambos com uma mediana de sessões relativamente alta. Isso pode indicar que tais modalidades terapêuticas são mais atrativas ou eficazes em manter os participantes engajados. No entanto, o grupo MBHP apresentou uma mediana de sessões consideravelmente mais baixa, o que pode refletir uma necessidade de revisão na abordagem ou formato dessa intervenção específica, uma vez que a adesão é um fator crítico para o sucesso terapêutico (Swift & Greenberg, 2012). Essa tendência de aderência variável, observada entre os diferentes grupos terapêuticos, reflete-se diretamente nas taxas de retenção dos participantes, conforme evidenciado neste estudo.

As taxas de retenção dos participantes foram menores do que o ideal em todos os grupos, especialmente no MBHP. As diferenças nas taxas de retenção não foram estatisticamente significativas entre os grupos; contudo, a análise de dados faltantes revelou diferenças importantes entre os participantes que permaneceram no estudo e aqueles que foram perdidos no acompanhamento. Especificamente aqueles perdidos no acompanhamento eram, em média, mais jovens e apresentavam maiores pontuações em várias escalas (Lampropoulos, 2010), incluindo TRGI cognitivo e diversas subescalas do ICCN. Essas descobertas estão alinhadas com pesquisas anteriores, indicando que indivíduos mais jovens e aqueles com maior gravidade de sintomas são mais propensos a abandonar tratamentos psicoterapêuticos (Roos & Werbart, 2013). Nesse sentido, o término prematuro representa um obstáculo significativo para a implementação de tratamentos efetivos (Urmanche *et al.*, 2022).

Além disso, identificamos diferenças significativas em várias métricas, incluindo TRGI cognitivo e a ICCN, com destaque para a subescala de desamparo. Os participantes que abandonaram o estudo exibiram valores mais elevados nessas métricas, sugerindo que aspectos cognitivos e emocionais específicos podem estar associados à desistência. Esta descoberta está em consonância com estudos anteriores, que apontam a influência de fatores cognitivos e emocionais na adesão a tratamentos (Pickett *et al.*, 2016).

A maioria dos abandonos em estudos de psicoterapias tende a ocorrer nas primeiras sessões (Swift & Greenberg, 2012). Nesta pesquisa, as taxas de retenção pós-tratamento identificadas foram de 52,2% para o grupo PP, 28,6% para o MBHP e 53,8% para o TCP. Esses índices indicam um padrão de abandono mais elevado do que as taxas médias de 19,7% a 21,9% reportadas em meta-análises recentes (Swift & Greenberg, 2012). Essa discrepância pode ser

atribuída a fatores específicos do presente estudo ou à natureza das intervenções aplicadas. Além disso, as diferenças significativas encontradas entre os participantes perdidos no acompanhamento do estudo e aqueles que permaneceram, especialmente em termos de idade e de variáveis cognitivas e emocionais, sugerem que esses fatores podem desempenhar um papel crucial na decisão de continuar ou abandonar o tratamento.

Quanto à medida primária, os resultados intragrupos mostraram que ambos os tratamentos, PP e MBHP, proporcionaram reduções significativas nos sintomas de TEPT. Na abordagem de Intenção de Tratar (ITT) com casos completos, observou-se uma diminuição significativa dos sintomas em ambos os momentos, meio e pós-tratamento, para os grupos PP e MBHP. No entanto, o grupo TCP apresentou redução significativa apenas no pós-tratamento. Esses achados sugerem que, enquanto os tratamentos PP e MBHP foram eficazes ao longo do período de tratamento, o TCP mostrou eficácia mais tarde, indicando um possível efeito tardio ou uma curva de resposta diferente.

Estudos envolvendo populações civis têm focado na avaliação da eficácia de tratamentos para sintomas específicos de TEPT, onde se observaram que sintomas como hiperexcitação, que se refere a um estado de alerta excessivo e resposta aumentada a estímulos no contexto do TEPT, tendem a responder mais efetivamente às modalidades de tratamento atualmente disponíveis. Contudo, há uma lacuna significativa de pesquisa focada em intervenções específicas para outros sintomas do TEPT, incluindo evitação, intrusão, pensamentos e crenças negativas e dissociação, que requerem abordagens mais especializadas (Auxéméry, 2012; Phelps *et al.*, 2018). A necessidade de estudos adicionais que investiguem a eficácia e a segurança dos tratamentos em populações etnicamente diversas ainda é incipiente. Também é essencial um esforço contínuo para identificar quais terapias são mais eficazes no tratamento de grupos específicos de sintomas do TEPT, visando à otimização e à personalização das intervenções.

Quanto aos desfechos secundários, os resultados fornecem informações valiosas sobre a eficácias das intervenções em diferentes aspectos da psicopatologia. No caso da PP, observou-se que o grupo demonstrou melhorias significativas em todas as subescalas do CAPS-5, tanto no meio, quanto no pós-tratamento. Essas melhorias abrangem uma ampla gama de sintomas de TEPT, incluindo reexperiência, esquiva, entorpecimento e hiperexcitação, corroborando os achados na literatura (Ferrandez *et al.*, 2022). Em relação ao grupo MBHP, notou-se uma melhoria significativa dentro do grupo em aspectos como reexperiência no meio e pós-tratamento, bem como na esquiva, entorpecimento e hiperexcitabilidade no pós-tratamento.

Esses resultados destacam a eficácia do MBHP, particularmente na fase posterior do tratamento, sugerindo uma possível curva de resposta progressiva, conforme evidenciado por estudos anteriores (Grupe *et al.*, 2021). Por fim, o grupo submetido à TCP mostrou melhorias significativas na reexperiência no meio e no pós-tratamento, além de avanços na esquiva e no entorpecimento no pós-tratamento. Esses achados reforçam a eficácia da TCP, principalmente em fases mais avançadas do tratamento, semelhantes ao ensaio clínico já realizado anteriormente (Duran *et al.*, 2021).

Do mesmo modo, todas as intervenções demonstraram melhorias significativas nos sintomas de ansiedade e depressão, mas sem diferenças significativas entre os grupos. Esse resultado é particularmente notável, pois indica que, embora as três abordagens sejam eficazes na redução da ansiedade e dos sintomas depressivos associados ao TEPT, não há uma superioridade clara de um tratamento sobre os outros. A ausência de diferença significativa entre os grupos ressalta a importância de pesquisas futuras focadas em desvendar os mecanismos subjacentes que contribuem para a eficácia dessas intervenções. Investigar esses mecanismos pode oferecer *insights* valiosos sobre a razão de diferentes abordagens terapêuticas resultarem em melhorias similares nos sintomas de ansiedade e depressão e como essas terapias podem ser otimizadas para atender às necessidades individuais dos pacientes com TEPT.

De maneira similar, observou-se uma melhoria significativa na qualidade de vida em todos os grupos de tratamento, sem diferenças notáveis entre as abordagens. Esse achado é fundamental, pois sugere que, independentemente da modalidade de tratamento, há um impacto positivo e generalizado na qualidade de vida dos participantes. Esse resultado sublinha a relevância das intervenções terapêuticas no manejo do TEPT, destacando que o objetivo não é apenas avaliar os sintomas, mas também promover uma melhoria abrangente no bem estar dos indivíduos afetados. Esse aspecto holístico das intervenções reforça a necessidade de tratamentos que considerem a saúde mental e a qualidade de vida de forma integrada e completa.

Considerando a melhoria na qualidade dos participantes, voltou-se a atenção para uma análise mais específica dos aspectos dessas intervenções. Utilizando uma análise de regressão dos efeitos mistos com base na abordagem de Intenção de Tratar (ITT) e focado em casos completos, buscou-se uma compreensão mais detalhada das mudanças intragrupos e das comparações entre grupos. Na avaliação do TRGI-global, que mede a resposta geral ao trauma, não se observaram diferenças significativas dentro ou entre grupos, apontando para um efeito uniforme das intervenções no que tange à resposta geral ao trauma.

O TRGI é composto por duas subescalas que avaliam a combinação de afeto negativo (estresse/sofrimento) e crenças de culpa (cognições de culpa), e uma terceira subescala focada na intensidade geral da culpa relacionada ao trauma. Ao examinar essas subescalas, emergiram diferenças notáveis entre os tratamentos. No grupo de PP, observaram-se diferenças significativas no TRGI-cognitivo no pós-intervenção e no TRGI-sofrimento em ambos os momentos, meio e pós-tratamento. Isso indica que a intervenção PP foi particularmente eficaz na redução do estresse e em aspectos cognitivos relacionados ao trauma. No MBHP, houve melhora significativa no TRGI-cognitivo em ambos os períodos, meio e pós-intervenção, e no sofrimento relacionado ao trauma, destacando sua eficácia na abordagem dos componentes cognitivos do trauma e na diminuição do estresse. Por fim, no grupo de TCP, observaram-se melhorias significativas tanto no TRGI-cognitivo, quanto no sofrimento do TRGI durante a intervenção, evidenciando a eficácia do TCP em tratar componentes cognitivos e emocionais do trauma

Diante dos impactos observados das intervenções sobre diferentes aspectos do TEPT, é relevante destacar o papel da culpa, um componente emocional significativo na condição da psicopatologia. O Inventário de Culpa Relacionada ao Trauma (TRGI, Kubany *et al.*, 1996) se destaca como a única medida validada especificamente para a culpa relacionada ao trauma, que emerge como uma consequência direta de eventos traumáticos específicos. A culpa é uma emoção negativa complexa, envolvendo tanto experiências cognitivas, quanto afetivas (Kubany & Watson, 2003). Sua associação com o TEPT tem sido consistentemente demonstrada em diversas pesquisas (Pugh *et al.*, 2015) e, de fato, a culpa é agora explicitamente reconhecida nos critérios diagnósticos para TEPT pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, 2014), abarcando cognições distorcidas sobre a causa do evento e/ou humor negativo persistente que pode incluir sentimento de culpa. Apesar de resultados variados, estudos transversais reforçam essa associação, mostrando ligações positivas entre culpa e TEPT (Carmassi *et al.*, 2017, Shi *et al.*, 2021).

Além da importância da culpa no contexto do TEPT, outro aspecto crucial na eficácia do tratamento é a aliança terapêutica. Na presente investigação, realizou-se uma análise detalhada das pontuações na Escala de Aliança Terapêutica da Califórnia (CALPAS), reconhecida por medir a eficácia dessa aliança, para avaliar os diferentes grupos de tratamento nas semanas 4, 6, 8, 10, 12 e 14. As análises não indicaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais ou nas subescalas, sugerindo uma efetividade comparável entre as abordagens terapêuticas na construção da aliança terapêutica. Interessantemente, os grupos de PP e TCP

exibiram valores médios similares ao longo do tratamento, enquanto o grupo MBHP tendeu a apresentar escores ligeiramente inferiores em várias avaliações e subescalas. Notavelmente, na semana 8, o grupo MBHP registrou uma média mais baixa (5.72) na escala global da CALPAS, o que pode indicar desafios específicos na formação da aliança terapêutica nesta fase do tratamento.

Continuando a análise da aliança terapêutica, a avaliação das subescalas específicas CALPAS-PC e CALPAS-PWC também não revelou diferenças significativas entre os grupos. Isso reforça a ideia de uma percepção semelhante da aliança em termos de comprometimento e capacidade de trabalho por parte do paciente em todas as abordagens ao longo do tratamento. Os valores de *p*, frequentemente acima do limiar de significância de 0,05, corroboram a ausência de diferenças notáveis. A estabilidade dos escores ao longo do tempo sugere uma aliança terapêutica consistente em todas as modalidades, em consonância com estudos anteriores (Laconi *et al.*, 2015, Barber *et al.*, 2014, Becker *et al.*, 2022). Esse padrão de resultados aponta para uma aliança terapêutica geralmente estável e comparável entre as diferentes abordagens de tratamento.

Embora as análises dos dados tenham indicado similaridades entre as diferentes abordagens psicoterapêuticas, destacando-se o melhor desempenho da PP, o estudo enfrentou desafios significativos em sua execução. Embora o cálculo amostral inicial previsse a inclusão de 135 pacientes, contrastou significativamente com a realidade, onde apenas 57 participantes foram efetivamente incluídos ao longo de um pouco mais de três anos. Essa discrepância pode ser atribuída a diversos fatores. Um deles é a especificidade dos critérios de inclusão focados no TEPT resultante da pandemia de COVID-19, que pode ter restringido o número de candidatos elegíveis. Além disso, a natureza potencialmente estigmatizante do TEPT e a hesitação em buscar tratamento psicológico também podem ter sido barreiras, especialmente considerando estudos brasileiros que apontam para um tempo médio de busca por tratamento de até cinco anos após um evento traumático (Duran *et al.*, 2021).

Além do mais, essa limitação no tamanho amostral impacta diretamente o poder estatístico do estudo e limita a generalização dos resultados, bem como a distribuição desigual de participantes entre os grupos de tratamento também pode introduzir vieses e afetar a validade dos resultados. A escassez de participantes suficientes também limita a capacidade de realizar análises de subgrupos ou de identificar características específicas dos pacientes que pudessem influenciar a eficácia do tratamento. Assim, é necessária cautela na interpretação dos resultados deste estudo, considerando suas limitações amostrais.

Apesar dos desafios amostrais e limitações enfrentados, o estudo destaca a importância de considerar a singularidade de cada modalidade terapêutica ao tratar o TEPT advindo da COVID-19. É crucial considerar a singularidade de cada modalidade terapêutica. A PP, por exemplo, concentra-se na reestruturação de pensamentos e criação de crenças positivas, promovendo uma visão mais otimista e resiliente da vida, o que pode ser particularmente benéfico para pacientes lutando contra a desesperança frequentemente associada ao TEPT. Por outro lado, o MBHP oferece ferramentas para o manejo da hiperexcitação e dissociação, permitindo que os pacientes desenvolvam uma maior consciência do presente e uma capacidade de regular as respostas emocionais e fisiológicas aos gatilhos do TEPT. Já a TCP, ao focar no processamento de crenças centrais e na reestruturação de padrões cognitivos, também se mostra eficaz, particularmente nos sintomas de intrusão e evitação. A integração dessas terapias, ajustadas às necessidades individuais dos pacientes, sugere um caminho promissor para um tratamento mais personalizado e eficaz do TEPT no contexto pós-pandêmico.

Defende-se aqui que uma abordagem integral da psicologia deve compreender tanto o sofrimento quanto a felicidade, incluindo como eles interagem, e adotar intervenções comprovadas que não apenas reduzam o sofrimento, mas também promovam a felicidade e o bem estar. Identificar e categorizar as forças e virtudes que sustentam o bem estar humano, especialmente em tempos de intensa ansiedade e sofrimento, é essencial. Assim, as intervenções voltadas para o cultivo da felicidade podem ser extremamente benéficas para pacientes enfrentando situações complexas.

CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

O trauma pode causar uma ruptura significativa na biografia de uma pessoa, afetando tanto seu funcionamento fisiológico interno, quanto suas atividades sociais. Isso pode se manifestar em impactos nas funções e comportamentos instintivos, alterações de personalidade e dificuldades de ajustamento na vida profissional e pessoal (Auxéméry, 2018).

Os resultados deste estudo ressaltam a eficácia das intervenções de PP, MBHP e TCP em diversos aspectos do TEPT, assim como em sintomas associados de ansiedade e depressão. Essas descobertas reforçam a importância de abordagens terapêuticas diversificadas e adaptadas às necessidades individuais dos pacientes no tratamento do TEPT. Elas também evidenciam a necessidade de mais pesquisas para explorar a eficácia relativa dessas diferentes intervenções em sintomas específicos do TEPT.

Diante desses avanços, o tratamento do TEPT tem evoluído em várias direções. Com o crescente reconhecimento da importância de abordagens terapêuticas personalizadas, há um esforço para garantir uma representação equilibrada de homens e mulheres nos estudos, além do desenvolvimento de coortes de pesquisa focadas exclusivamente em mulheres, reconhecendo as diferenças de gênero na experiência e no tratamento do TEPT.

Paralelamente, novos métodos de tratamento estão sendo explorados, especialmente aqueles que utilizam tecnologias digitais, como terapias *online*, e a adaptação de intervenções para diferentes contextos culturais, ampliando assim o alcance e a relevância dos tratamentos. Além disso, os ensaios clínicos atuais refletem uma tendência de menor dependência de medicações no tratamento do TEPT, priorizando abordagens terapêuticas alternativas.

Refletindo sobre as tendências recentes no tratamento do TEPT, é importante compreender o transtorno como uma interação complexa envolvendo o indivíduo, um evento traumático e o contexto social em que ele está inserido. Esse entendimento é particularmente relevante em sistemas públicos de saúde, especialmente em países com grandes populações e recursos limitados, onde a busca por métodos eficazes e acessíveis de tratamento se torna uma prioridade. Nesse cenário, as abordagens de psicoterapia, como a Terapia Cognitiva Processual, Promoção da Saúde Baseada em *Mindfulness* e Psicoterapia Positiva, adaptadas ao formato *online*, apresentam-se como soluções promissoras. Tais métodos não só são escalonáveis, mas também possibilitam um maior alcance, beneficiando especialmente aqueles indivíduos em áreas remotas ou com acesso restrito a serviços presenciais de saúde mental.

A incorporação dessas terapias no sistema público de saúde pode também facilitar uma resposta mais rápida e adaptável a situações de crise, como a pandemia da COVID-19, assegurando que o atendimento em saúde mental seja eficiente, sustentando assim a resiliência psicológica da população.

REFERÊNCIAS

- Abdulhussein, D., Yap, T. E., Manzar, H., Miodragovic, S., & Cordeiro, F. (2022). Factors impacting participation in research during the COVID-19 pandemic: results from a survey of patients in the ophthalmology outpatient department. *Trials*, 23(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S13063-022-06748-1/TABLES/4>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5. ed.). Artmed.
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18(1), 20–28. <https://doi.org/10.1002/wps.20610>
- Auxéméry, Y. (2012). L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social. *L'Encéphale*, 38(5), 373–380. <https://doi.org/10.1016/J.ENCEP.2011.12.003>
- Auxéméry, Y. (2018). Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis. *La Presse Médicale*, 47(5), 423–430. <https://doi.org/10.1016/J.LPM.2017.12.006>
- Bamber, M., & McMahon, R. (2008). Danger—early maladaptive schemas at work!: the role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 96–112. <https://doi.org/10.1002/cpp.564>
- Barber, J. P., Zilcha-Mano, S., Gallop, R., Barrett, M., McCarthy, K. S., & Dinger, U. (2014). The Associations Among Improvement and Alliance Expectations, Alliance During Treatment, and Treatment Outcome for Major Depressive Disorder. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(3), 257. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.871080>
- Beck, J. S., & Tompkins, M. A. (2005). Cognitive Therapy. *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy*, 51–63. https://doi.org/10.1007/978-0-387-29681-4_4
- Becker, J. P., Paixão, R., & Quartilho, M. J. (2022). Dynamic Psychotherapy as a PTSD Treatment for Firefighters: A Case Study. *Healthcare 2022, Vol. 10, Page 530*, 10(3), 530. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10030530>
- Behan, C. (2020). The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 256–258. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
- Berke, D. S., Yeterian, J., Presseau, C., Rusowicz-Orazem, L., Kline, N. K., Nash, W. P., & Litz, B. T. (2019). Dynamic changes in marines' reports of PTSD symptoms and problem alcohol use across the deployment cycle. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(2), 162–170. <https://doi.org/10.1037/adb0000430>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/JTS.22059>
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y. T. (2021). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among

- clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 51(6), 1052–1053. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared with Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1235–1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 359–363. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- Boyd, J. E., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 43(1), 7. <https://doi.org/10.1503/JPN.170021>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.5.748>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P., Baurda, V. C., Tassi, C., Stavrou, V., Moschou, K., & Brouzou, K. O. (2023). “Staying Home – Feeling Positive”: Effectiveness of an on-line positive psychology group intervention during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 42(4), 2749–2761. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01613-x>
- Butollo, W., Karl, R., König, J., & Rosner, R. (2016). A Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(1), 16–26. <https://doi.org/10.1159/000440726>
- Caetano, K. A. S., Depreeuw, B. ;, Papenfuss, I. ;, Curtiss, J. ;, Langwerden, R. J., Hofmann, S. G., & Neufeld, C. B. (2018). Trial-Based Cognitive Therapy: Efficacy of a New CBT Approach for Treating Social Anxiety Disorder with Comorbid Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(3), 325–342. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0028-7>
- Carmassi, C., Bertelloni, C. A., Gesi, C., Conversano, C., Stratta, P., Massimetti, G., Rossi, A., & Dell’Osso, L. (2017). New DSM-5 PTSD guilt and shame symptoms among Italian earthquake survivors: Impact on maladaptive behaviors. *Psychiatry Research*, 251, 142–147. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2016.11.026>
- Chan, A. W., Tetzlaff, J. M., Gøtzsche, P. C., Altman, D. G., Mann, H., Berlin, J. A., Dickersin, K., Hróbjartsson, A., Schulz, K. F., Parulekar, W. R., Krleza-Jeric, K., Laupacis, A., & Moher, D. (2013). SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346. <https://doi.org/10.1136/BMJ.E7586>
- Chilver, M. R., & Gatt, J. M. (2022). Six-Week Online Multi-component Positive Psychology

- Intervention Improves Subjective Wellbeing in Young Adults. *Journal of Happiness Studies*, 23(3), 1267. <https://doi.org/10.1007/S10902-021-00449-3>
- Christiansen, D. M., & Berke, E. T. (2020). Gender- and Sex-Based Contributors to Sex Differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 22(4). <https://doi.org/10.1007/S11920-020-1140-Y>
- Cosic, K., Popovic, S., Sarlija, M., & Kesedzic, I. (2020). IMPACT OF HUMAN DISASTERS AND COVID-19 PANDEMIC ON MENTAL HEALTH: POTENTIAL OF DIGITAL PSYCHIATRY. *Psychiatria Danubina*, 32(1), 25–31. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.25>
- Dadfar, M., Momeni Safarabad, N., Asgharnejad Farid, A. A., Nemati Shirzy, M., & Ghazie Pour Abarghouie, F. (2018). Reliability, validity, and factorial structure of the World Health Organization-5 Well-Being Index (WHO-5) in Iranian psychiatric outpatients. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(2), 79–84. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0044>
- Lima Osório, F., Silva, T. D. A., Santos, R. G., Chagas, M. H. N., Chagas, N. M. S., Sanches, R. F., & De Souza Crippa, J. A. (2017). Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Transcultural adaptation of the Brazilian version. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 44(1), 10–19. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000107>
- De Oliveira, I. R. (2016). *Trial-based cognitive therapy: distinctive features*. Routledge.
- De Oliveira, I. R., Powell, V. B., Wenzel, A., Caldas, M., Seixas, C., Almeida, C., Bonfim, T., Grangeon, M. C., Castro, M., Galvão, A., De Oliveira Moraes, R., & Sudak, D. (2012). Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37(3), 328–334. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2710.2011.01299.X>
- De Oliveira, I. R., Seixas, C., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., De Abreu, J. N., Menezes, I. G., Pidgeon, A., Sudak, D., & Wenzel, A. (2015). Evaluation of the Psychometric Properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) in a Sample of Undergraduate Students. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 12(7–8), 20. [/pmc/articles/PMC4558787/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/261455878/)
- Delavechia, T. R., Velasquez, M. L., Duran, É. P., Matsumoto, L. S., & de Oliveira, I. R. (2016). Changing negative core beliefs with trial-based thought record. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 43(2). <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000078>
- DeLucia, J., Bitter, C., Fitzgerald, J., Greenberg, M., Dalwari, P., & Buchanan, P. (2019). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Emergency Physicians in the United States. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(5), 740–746. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.7.42671>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629–651. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.CLINPSY.1.102803.144154>
- Duran, É. P., Corchs, F., Vianna, A., Araújo, Á. C., Del Real, N., Silva, C., Ferreira, A. P., De Vitto Francez, P., Godói, C., Silveira, H., Matsumoto, L., Gebara, C. M., De Barros Neto, T. P., Chilvarquer, R., De Siqueira, L. L., Bernik, M., & Neto, F. L. (2021). A randomized clinical trial to assess the efficacy of trial-based cognitive therapy compared to prolonged

- exposure for post-traumatic stress disorder: Preliminary findings. *CNS Spectrums*, 26(4). <https://doi.org/10.1017/S1092852920001455>
- Faro, A., Rondon, A. M., & Elze, R. (2015). Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 349–353. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032072349353>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J. M., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 28(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/ERV.2738>
- Ferrandez, S., Soubelet, A., & Vankenhove, L. (2022). Positive interventions for stress-related difficulties: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Stress and Health*, 38(2), 210–221. <https://doi.org/10.1002/SMI.3096>
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2017). *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5: SCID-5-CV Versão Clínica*. Artmed Editora.
- Foa, E. B., Chrestman, K. R., & Gilboa-Schechtman, E. (2008). *Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide*. Oxford University Press,.
- Foa, E. B., Tolin, D. F., Ehlers, A., Clark, D. M., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303–314. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47(14), 2393–2400. <https://doi.org/10.1017/S003329171700040X>
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817–818. <https://doi.org/10.1001/JAMAINTERNMED.2020.1562>
- Goetter, E. M., Bui, E., Ojserkis, R. A., Zakarian, R. J., Brendel, R. W., & Simon, N. M. (2015). A Systematic Review of Dropout From Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder Among Iraq and Afghanistan Combat Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 401–409. <https://doi.org/10.1002/jts.22038>
- Goldstein, R. B., Smith, S. M., Chou, S. P., Saha, T. D., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Huang, B., & Grant, B. F. (2016). The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1137–1148. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5>
- Gomez, J., Hoffman, H. G., Bistricky, S. L., Gonzalez, M., Rosenberg, L., Sampaio, M., Garcia-Palacios, A., Navarro-Haro, M. V., Alhalabi, W., Rosenberg, M., Meyer, W. J., & Linehan, M. M. (2017). The Use of Virtual Reality Facilitates Dialectical Behavior Therapy® “Observing Sounds and Visuals” Mindfulness Skills Training Exercises for a Latino

- Patient with Severe Burns: A Case Study. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01611>
- Grupe, D. W., McGehee, C., Smith, C., Francis, A. D., Mumford, J. A., & Davidson, R. J. (2021). Mindfulness training reduces PTSD symptoms and improves stress-related health outcomes in police officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36(1), 72. <https://doi.org/10.1007/S11896-019-09351-4>
- Heitzman, J. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health. *Psychiatria Polska*, 54(2), 187–198. <https://doi.org/10.12740/PP/120373>
- Hemanny, C., Carvalho, C., Maia, N., Reis, D., Botelho, A. C., Bonavides, D., Seixas, C., & De Oliveira, I. R. (2020). Efficacy of trial-based cognitive therapy, behavioral activation and treatment as usual in the treatment of major depressive disorder: preliminary findings from a randomized clinical trial. *CNS Spectrums*, 25(4). <https://doi.org/10.1017/S1092852919001457>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.
- Hosseininejad, S. M., Jahanian, F., Elyasi, F., Mokhtari, H., Koulaei, M. E., & Pashaei, S. M. (2019). The prevalence of post-traumatic stress disorder among emergency nurses: a cross sectional study in northern Iran. *BioMedicine*, 9(3), 19. <https://doi.org/10.1051/bmdcn/2019090319>
- IBM Corp. (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*.
- Iyanda, A. E., Adeleke, R., Lu, Y., Osayomi, T., Adaralegbe, A., Lasode, M., Chima-Adaralegbe, N. J., & Osundina, A. M. (2020). A retrospective cross-national examination of COVID-19 outbreak in 175 countries: a multiscale geographically weighted regression analysis (January 11-June 28, 2020). *Journal of Infection and Public Health*, 13(10), 1438–1445. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.006>
- Janiri, D., Carfi, A., Kotzalidis, G., Bernabei, R., Landi, F., & Sani, G. (2021). Posttraumatic Stress Disorder in Patients After Severe COVID-19 Infection. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 567–569.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (1990). *ull catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delacorte.
- KAFKA, F. (2005). *O processo* (Companhia das Letras (ed.)).
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 167. <https://doi.org/10.2147/NDT.S10389>

- Karatzias, T., Chouliara, Z., Power, K., Brown, K., Begum, M., McGoldrick, T., & MacLean, R. (2013). Life satisfaction in people with post-traumatic stress disorder. *Journal of Mental Health* (Abingdon, England), 22(6), 501–508. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.819418>
- Karing, C. (2023). The efficacy of online mindfulness-based interventions in a university student sample: Videoconference- or podcast-delivered intervention. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 15(2), 740–756. <https://doi.org/10.1111/APHW.12408>
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., Birmphohl, F. M. G., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Riper, H., Patel, V., Mira, A., Gemmil, A. W., Yeung, A. S., Lange, A., Williams, A. D., Mackinnon, A., Geraedts, A., Van Straten, A., Meyer, B., Björkelund, C., Knaevelsrud, C., ... Forsell, Y. (2021). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 361–371. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2020.4364>
- Kauer, S. D., Mangan, C., & Sanci, L. (2014). Do Online Mental Health Services Improve Help-Seeking for Young People? A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e66. <https://doi.org/10.2196/jmir.3103>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Krifa, I., Hallez, Q., van Zyl, L. E., Braham, A., Sahli, J., Ben Nasr, S., & Shankland, R. (2022). Effectiveness of an online positive psychology intervention among Tunisian healthcare students on mental health and study engagement during the Covid-19 pandemic. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(4), 1228–1254. <https://doi.org/10.1111/aphw.12332>
- Kubany, E. S., Abueg, F. R., Brennan, J. M., Haynes, S. N., Manke, F. P., & Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8(4), 428–444. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.428>
- Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *Psychological Record*, 53(1), 51–90.
- Laconi, S., Cailhol, L., Pourcel, L., Thalamas, C., Lapeyre-Mestre, M., & Chabrol, H. (2015). Relation entre mécanismes de défense et alliance thérapeutique. *L'Encéphale*, 41(5), 429–434. <https://doi.org/10.1016/J.ENCEP.2014.10.021>
- Lampropoulos, G. K. (2010). Type of counseling termination and trainee therapist-client agreement about change. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(1), 111–120. <https://doi.org/10.1080/09515071003721552>
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q., Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., ... Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 916–919. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2020.03.007>
- Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. de M., Lima, I. de A. A. S., Nunes, J. V. A. de O., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of

- Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.112915>
- Lima Osório, F., Da Silva, T. D. A., Santos, R. G., Chagas, M. H. N., Chagas, N. M. S., Sanches, R. F., & De Souza Crippa, J. A. (2017). Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Transcultural adaptation of the Brazilian version. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 44(1), 10–19. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000107>
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet. Global Health*, 8(6), e790–e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Lopes, S. A., Vannucchi, B. P., Demarzo, M., Cunha, Â. G. J., & Nunes, M. do P. T. (2019). Effectiveness of a Mindfulness-Based Intervention in the Management of Musculoskeletal Pain in Nursing Workers. *Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/J.PMN.2018.02.065>
- McGinty, G., Fox, R., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2021). Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *European Psychiatry*, 64(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2239>
- Marcolino, J. A. M., & Iacoponi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 25(2), 78–86. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000200006>
- Marcolino, M. S., Oliveira, J. A. Q., D'Agostino, M., Ribeiro, A. L., Alkmim, M. B. M., & Novillo-Ortiz, D. (2018). The Impact of mHealth Interventions: Systematic Review of Systematic Reviews. *JMIR MHealth and UHealth*, 6(1), e23. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8873>
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the Validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment*, 1(1), 46–52. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.46>
- McGinty, G., Fox, R., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2021). Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *European Psychiatry*, 64(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2239>
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1118–1126. <https://doi.org/10.1002/da.20631>
- Miranda, S., Santos, L., Almeida Neto, O., Raponi, M., & Scalia, L. (2023). Impacto do perfil ocupacional, saúde mental e religiosidade sobre depressão, ansiedade e estresse de profissionais de saúde na pandemia de COVID-19. *J. Bras. Psiquiatr*, 72(4), 239–46. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000433>
- Mohr, D. C., Riper, H., & Schueller, S. M. (2018). A Solution-Focused Research Approach to Achieve an Implementable Revolution in Digital Mental Health. *JAMA Psychiatry*, 75(2), 113. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3838>
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do Positive Psychology Exercises Work? A Replication of Seligman et al. *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 382–389.

<https://doi.org/10.1002/JCLP.21839>

- Nascimento, J., Costa, T., Sarmiento, S., Santos, K., Dantas, J., Queiroz, C., Dantas, D., & Dantas, R. (2022). Análise do transtorno do estresse pós-traumático em profissionais emergencistas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/actaape/2022AO03232>
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 113–122. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001067>
- Neufeld, C. B., Palma, P. C., Caetano, K. A. S., Brust-Renck, P. G., Curtiss, J., & Hofmann, S. G. (2020). A randomized clinical trial of group and individual Cognitive-Behavioral Therapy approaches for Social Anxiety Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology : IJCHP*, 20(1), 29–37. <https://doi.org/10.1016/J.IJCHP.2019.11.004>
- Oliveira-Watanabe, T. T., Ramos-Lima, L. F., Santos, R. C., Mello, M. F., & Mello, A. F. (2019). The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5): adaptation to Brazilian Portuguese. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 41(1), 92–93. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0136>
- Oliveira, I. R. de. (2008). Trial-Based Thought Record (TBTR): preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of analogy with a judicial process. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 12–18. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000100003>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Painel da OMS sobre o coronavírus (COVID-19)*. OMS. <https://covid19.who.int/>
- Osmo, F., Duran, V., Wenzel, A., de Oliveira, I. R., Nepomuceno, S., Madeira, M., & Menezes, I. (2018a). The Negative Core Beliefs Inventory: Development and Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 32(1), 67–84. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.32.1.67>
- Osmo, F., Duran, V., Wenzel, A., de Oliveira, I. R., Nepomuceno, S., Madeira, M., & Menezes, I. (2018b). The Negative Core Beliefs Inventory: Development and Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 32(1), 67–84. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.32.1.67>
- Pereira-Lima, K., Loureiro, S. R., Bolsoni, L. M., Apolinario da Silva, T. D., & Osório, F. L. (2019). Psychometric properties and diagnostic utility of a Brazilian version of the PCL-5 (complete and abbreviated versions). *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1581020>
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMP2008017>
- Phelps, A. J., Steele, Z., Cowlshaw, S., Metcalf, O., Alkemade, N., Elliott, P., O'Donnell, M., Redston, S., Kerr, K., Howard, A., Nursey, J., Cooper, J., Armstrong, R., Fitzgerald, L., & Forbes, D. (2018). Treatment Outcomes for Military Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: Response Trajectories by Symptom Cluster. *Journal of Traumatic Stress*, 31(3), 401–409. <https://doi.org/10.1002/JTS.22299>
- Pickett, S. M., Barbaro, N., & Mello, D. (2016). The relationship between subjective sleep disturbance, sleep quality, and emotion regulation difficulties in a sample of college students reporting trauma exposure. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, 8(1), 25–33. <https://doi.org/10.1037/TRA0000064>

- Powell, V. B., de Oliveira, O. H., Seixas, C., Almeida, C., Grangeon, M. C., Caldas, M., Bonfim, T. D., Castro, M., Almeida, G. de, Moraes, R. de O., Sudak, D., & de-Oliveira, I. R. (2013). Changing core beliefs with trial-based cognitive therapy may improve quality of life in social phobia: a randomized study. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, *35*(3), 243–247. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0863>
- Pugh, L. R., Taylor, P. J., & Berry, K. (2015). The role of guilt in the development of post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *182*, 138–150. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.04.026>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, *52*, 102066. <https://doi.org/10.1016/J.AJP.2020.102066>
- Rashid, T., & Seligman, M. (2019). *Psicoterapia positiva: manual do terapeuta*. Artmed.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(2), 243–258. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.243>
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2016). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Publications.
- Rice, E. N., Xu, H., Wang, Z., Webb, L., Thomas, L., Kadhim, E. F., Nunes, J. C., Adair, K. C., & O'Brien, E. C. (2023). Post-traumatic stress disorder symptoms among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: Analysis of the HERO Registry. *PLoS ONE*, *18*(11 NOVEMBER), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293392>
- Rodrigues, E. P., Fechine, A. J. B., Oliveira, A. C., Matos, C. F. F., Passarela, C. de M., Santos, C. H. M., Dias, F. de M., Batista, J. W., Albuquerque, L. N., Soares, M. S., Coelho Neto, P. E., Araújo, V. P., Ayres, Z. M., & Oliveira, I. R. de. (2022). Randomized clinical trial of the efficacy of trial-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: Preliminary findings. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *44*. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0247>
- Rogers, H., Madathil, K. C., Agnisarman, S., Narasimha, S., Ashok, A., Nair, A., Welch, B. M., & McElligott, J. T. (2017). A Systematic Review of the Implementation Challenges of Telemedicine Systems in Ambulances. *Telemedicine and E-Health*, *23*(9), 707–717. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0248>
- Romanoff, B. D., & Terenzio, M. (1998). RITUALS AND THE GRIEVING PROCESS. *Death Studies*, *22*(8), 697–711. <https://doi.org/10.1080/074811898201227>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: a literature review. *Psychother Res.*, *23*(4), 394–418.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Schnyder, U. (2005). Why New Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*(4), 199–201. <https://doi.org/10.1159/000085142>
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and Dropout Rates in Outcome Studies on PTSD: Review and Methodological Considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *71*(2), 134–168. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.2.134>

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American Psychologist*, *60*(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Semonella, M., Andersson, G., Dekel, R., Pietrabissa, G., & Vilchinsky, N. (2022). Making a Virtue Out of Necessity: COVID-19 as a Catalyst for Applying Internet-Based Psychological Interventions for Informal Caregivers. *Frontiers in Psychology*, *13*, 856016. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.856016/BIBTEX>
- Shaughnessy, J. J. Zechmeister, E. B. Zechmeister, J. S. (2000). *Research methods in psychology* (5th ed). McGraw-Hill.
- Shi, C., Ren, Z., Zhao, C., Zhang, T., & Chan, S. H. W. (2021). Shame, guilt, and posttraumatic stress symptoms: A three-level meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *82*, 102443. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2021.102443>
- Smith, S. M., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2016). The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *Journal of Psychiatric Research*, *82*, 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.022>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/A0028226>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International Journal of Social Psychiatry*, *66*(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Trombka, M., Demarzo, M., Bacas, D. C., Antonio, S. B., Cicuto, K., Salvo, V., Claudino, F. C. A., Ribeiro, L., Christopher, M., Garcia-Campayo, J., & Rocha, N. S. (2018). Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness training to reduce burnout and promote quality of life in police officers: the POLICE study. *BMC Psychiatry*, *18*(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-018-1726-7>
- Urmanche, A. A., Lipner, L. M., Bloch-Elkouby, S., Hunter, E., Kaufmann, J., Warren, J. T., Weil, G. T., Eubanks, C. F., & Muran, J. C. (2022). The beginning of the end: a comparison of treatment completers and early dropouts in trainee-provided time-limited cognitive behavioral therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, *35*(4), 763–788. <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1997916>
- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020a). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, *89*(May), 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020b). *COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence.* <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane,

- T. M., & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment, 30*(3), 383–395. <https://doi.org/10.1037/PAS0000486>
- Wenzel, A. (2017). *Innovations in Cognitive Behavioral Therapy Strategic Interventions for Creative Practice* (Routledge (ed.)).
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions, 20*, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 277*, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yao, H., Chen, J.-H., & Xu, Y.-F. (2020). Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry, 50*, 102015. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102015>
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner’s guide* (Guilford P).
- Zhou, Y., Sun, L., Wang, Y., Wu, L., Sun, Z., Zhang, F., & Liu, W. (2020). Developments of prolonged exposure in treatment effect of post-traumatic stress disorder and controlling dropout rate: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 27*(4), 449–462. <https://doi.org/10.1002/cpp.2443>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.1983.TB09716.X>
- Zohar, J., Juven-Wetzler, A., Sonnino, R., Cwikel-Hamzany, S., Balaban, E., & Cohen, H. (2011). New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13*(3), 301–309. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jzohar>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA</p> <p>INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS</p>	
---	---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar da pesquisa “ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO PARA AVALIAR A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL (TCP) EM ATENDIMENTOS ON-LINE AOS PORTADORES DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) DECORRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19”. Nesta pesquisa pretendemos “Comparar a eficácia da TCP on-line em pacientes com TEPT”. O motivo que nos leva a este estudo “está na alta frequência do surgimento de TEPT decorrente da pandemia no Brasil, no mundo e no sofrimento e prejuízos sócio-ocupacionais para quem sofre deste problema, o que nos leva a investigar as melhores formas de tratamento”. A participação é voluntária, isto é, de sua livre espontânea vontade fazer parte deste estudo. Contudo, mesmo que o Sr(a) tenha concordado em participar, saiba que, em qualquer momento você pode mudar de ideia e desistir. Todas as informações colhidas e os resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados.

Como será: Caso aceite participar desta pesquisa, você será sorteado(a) para ser tratado pela TCP, Terapia de Redução do Estresse Baseada em Mindfulness ou Psicologia Positiva. Se for sorteado para TCP, Terapia de Redução do Estresse Baseada em Mindfulness ou Psicologia Positiva você deverá comparecer às sessões on-line individuais uma vez por semana, durante 13 semanas (por volta de 4 meses). As sessões serão realizadas na plataforma on-line ZOOM que o terapeuta, no qual você foi sorteado, dará o acesso. Cada sessão tem duração de 1 hora. Durante a pesquisa você preencherá alguns instrumentos que serão aplicados através de uma plataforma online “Googleforms”, sendo que o tempo médio de resposta é de 10 minutos. Você também deverá disponibilizar alguns minutos diários para realizar algumas atividades propostas pelo seu psicoterapeuta, a depender da sua dificuldade. Além disso, você será entrevistado por

um avaliador, que não poderá saber em qual tratamento você está, em três momentos: antes do início do tratamento, final do tratamento e 3 meses depois do final do tratamento. Existem algumas condições para sua permanência no estudo, caso aceite participar: (1) As sessões serão gravadas na própria plataforma on-line em vídeo, utilizadas apenas para fins didáticos e de pesquisa. (2) Se você estiver em um dos grupos de psicoterapia, caso você falte a duas sessões seguidas ou alternadas, você será desligado do estudo. (3) Caso seu psiquiatra e seu psicoterapeuta avaliem que precisam trocar sua medicação, você também terá que ser desligado do estudo. (4) Também é possível que em algum momento seu terapeuta ache que é melhor você não continuar na pesquisa.

Riscos e desconforto: Caso seja sorteado para um dos grupos de psicoterapia, um dos possíveis riscos ou malefícios é sentir desconforto emocional durante as sessões, caso sejam abordados temas difíceis para você. Contudo, esses temas serão tratados na própria terapia. Em toda pesquisa existe o risco remoto das informações serem vazadas como, por exemplo, o provedor/servidor ser invadido por um hacker. Porém, a pesquisadora garante que fará tudo o que estiver ao alcance para diminuir estes riscos e manter os dados em segurança. É importante lembrar que em qualquer momento o Sr(a) pode mudar de ideia e desistir de participar da pesquisa.

Benefícios: Com relação aos possíveis benefícios, você terá um acompanhamento profissional dos restritos sintomas do TEPT antes e ao final do tratamento, assim como três meses depois. Você passará por sessões de psicoterapia para tentar tratar os sintomas, o que pode aumentar seus níveis de bem estar, sua qualidade de vida e sua volta a atividades ocupacionais. Esses benefícios não se estendem caso você não seja sorteado para os grupos de psicoterapia.

Ressarcimento: Para participar deste estudo o Sr(a) não receberá nenhuma compensação financeira e não terá nenhuma despesa adicional.

Indenização: Caso seja identificado e comprovado danos emocionais provenientes desta pesquisa, o Sr(a) tem assegurado o direito a indenização, por parte de nossa equipe de profissionais na forma de tratamento psicológico e psiquiátrico gratuito, de acordo com a legislação brasileira vigente, itens II.3.1 e II.3.2 da Resolução CNS 466 de 2012, desde que comunique o fato à pesquisadora. Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participação no estudo serão fornecidas a você. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer

penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Comitê de Ética: Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um Colegiado independente, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisa científicas, seguindo padrões éticos da legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Endereço: Avenida Reitor Miguel Calmon s/n, 4º andar, Vale do Canela – Salvador – Bahia. Os horários de funcionamento: Segunda das 13h30 às 19h30 e de terça à sexta das 07h00 às 13h00. O Sr(a) pode entrar em contato também por meio do telefone (071) 3283-8951 ou E-mail: cepics@ufba.br.

Resultados da pesquisa: Estarão à sua disposição após o trabalho ser finalizado. Estima-se que a partir de novembro de 2023 os resultados estejam disponíveis para serem divulgados aos participantes. Caso Sr(a) tenha interesse em tomar conhecimento, basta solicitar à pesquisadora pelos meios de comunicação divulgados abaixo. Todas as informações colhidas e os resultados dos testes serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, pois serão codificados e o banco de dados será protegido por senha, garantindo assim, a confidencialidade e anonimato dos dados, tais como nome e-mail. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Este termo de consentimento deverá ser salvo pelo Sr(a), através do ícone “salvar como”, localizado no botão direito do mouse. Ao ler, preencher as informações e enviar o formulário você concordará em participar da pesquisa. Outra via virtual será arquivada pelo pesquisador responsável, juntamente com todos os dados e resultados da pesquisa, em seu computador

peçoal, protegido por senha, bem como em um pen drive, guardado como backup, em cofre peçoal e devidamente protegido.

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual (TCP) em atendimentos on-line aos portadores de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) decorrente da pandemia de COVID-19”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar da pesquisa.

Caso apresente outras dúvidas, em qualquer momento da pesquisa, você pode contatar os responsáveis pela pesquisa, Irismar Reis de Oliveira, psiquiatra e orientador desta pesquisa e Érica Panzani Duran, psicóloga, pesquisadora principal pelos telefones 71 8859-5950 / 11-976642291, por e-mail: pesquisa.tept.2020@gmail.com ou procurá-los no endereço: av. Tancredo Neves, Ed. CEO Salvador Shopping, torre Londres, sala 1303. Em caso de minha desistência em permanecer na pesquisa, autorizo que os meus dados já coletados referentes a resultados de exames e questionários respondidos ainda sejam utilizados com os mesmos propósitos já apresentados neste TCLE.

Li e concordo.

APÊNDICE B – Questionário Estruturado

FICHA CADASTRAL		Pesquisa TEPT	
Entrevistador: _____		Data: / /	
Nome completo: _____			
Sexo: () Feminino () Masculino Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____			
Endereço completo: _____			
Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____ CEP: _____			
Telefone Residencial () _____ Celular: () _____			
Telefone para recado: () _____ falar com: _____			
E-mail: _____			
Estado Civil () Solteiro(a) () Casado(a) () União estável () Separado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)	Tem filhos? () Sim () Não Quantos filhos? _____ Você mora com quem?	Religião () Católica () Evangélica () Espírita () Budista () Ateu () _____	Grau de instrução () Primário incompleto () Primário completo () Ginásial completo () Colegial completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-graduação () _____
Profissão: _____ Função atual: _____		Há quanto tempo trabalha? _____ Há quanto tempo na função atual? _____	
Como você soube dessa pesquisa?			
Tem algum problema de saúde?			
Faz tratamento psiquiátrico?			
Faz uso de medicação psiquiátrica contínua?			
Algo mais que você gostaria de comentar?			

APÊNDICE C - Artigo publicado

Study Protocol

A Randomized Clinical Trial to Assess the Efficacy of Online-Treatment with Trial-Based Cognitive Therapy, Mindfulness-Based Health Promotion and Positive Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder during the COVID-19 Pandemic: A Study Protocol

Érica Panzani Duran ^{1,*}, Curt Hemanny ¹, Renata Vieira ¹, Orlando Nascimento ², Leonardo Machado ³, Irismar Reis de Oliveira ¹ and Marcelo Demarzo ²

¹ Postgraduate Program of Interactive Processes of Organs and Systems, Health Sciences Institute, Department of Neuroscience and Mental Health, Federal University of Bahia, Salvador 40110-060, Brazil; hemanny@gmail.com (C.H.); pesquisa.tept.2020@gmail.com (R.V.); irismar.oliveira@me.com (I.R.d.O.)

² Mente Aberta—Brazilian Center for Mindfulness and Health Promotion, Department of Preventive Medicine, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo 04753-060, Brazil; orlando.ulisses@hotmail.com (O.N.); demarzo@unifesp.br (M.D.)

³ Postgraduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences, Center for Medical Sciences, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco (POSNEURO-CCM-UFPE), Recife 50070-460, Brazil; leonardo.machadot@ufpe.br

* Correspondence: ericapduran@gmail.com



Citation: Duran, É.P.; Hemanny, C.; Vieira, R.; Nascimento, O.; Machado, L.; de Oliveira, I.R.; Demarzo, M. A Randomized Clinical Trial to Assess the Efficacy of Online-Treatment with Trial-Based Cognitive Therapy, Mindfulness-Based Health Promotion and Positive Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder during the COVID-19 Pandemic: A Study Protocol. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 819. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020819>

Academic Editor: Pasquale Caporinello

Received: 26 October 2021

Accepted: 7 January 2022

Published: 12 January 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Background: Research suggests the use of different forms of therapy as a way of decreasing dropout rates in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). The psychotherapies to be assessed in this study are trial-based cognitive therapy (TBCT), mindfulness-based health promotion (MBHP) and positive psychotherapy (PPT). Objectives: (1) to assess the online efficacy of TBCT compared to MBHP and PPT to reduce the symptoms of PTSD in the context of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic; (2) to compare the efficacy of these psychotherapies in improving anxiety, depression, guilt and in promoting well-being; and (3) to describe how professionals perceive online treatment. Methods: A randomized, multicenter, single-blind clinical trial will be conducted, with three separate arms. An estimated sample of 135 patients will receive either TBCT, MBHP or PPT and will be treated through online, individual, weekly visits, totaling 14 sessions. The primary outcome will be CAPS-5 and secondary outcomes will be HADS and WHO-5. The variables used to mediate these outcomes will be the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI), Negative Core Beliefs Inventory (NCBI) and the California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS-P). Expected results: PTSD symptoms are expected to be reduced after TBCT, MBHP and PPT. No statistical difference is expected to be found among the three. Discussion: The present study will evaluate and contribute towards the development of new psychotherapeutic options for patients with PTSD. The results of this study will allow the dissemination of new effective and adaptable interventions for patients with PTSD.

Keywords: post-traumatic stress disorder; trial-based cognitive therapy; positive psychotherapy; mindfulness-based health promotion; COVID-19

1. Introduction

According to the American Psychiatric Association (DSM-5) [1], post-traumatic stress disorder (PTSD) occurs after exposure to one or more traumatic events, including actual or threatened death, serious injury or sexual violence in situations such as direct experience of the traumatic event, witnessing as it occurs to others or learning about a violent or accidental traumatic event that happened to a family member or close friend. Furthermore,

in accordance with the DSM-5, experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic events may provoke PTSD.

Although exposure to traumatic events is a global problem that carries the risk of producing PTSD [2], the vast majority of people have a brief acute stress response. Around 80% of people recover in the first month after the event without long-term consequences [3]. While epidemiological studies indicate prevalence rates ranging from 3.8% to 8.3% in the general population [4], this prevalence varies from 14.8% to 83% in people working during emergencies, such as physicians and nurses [5–7].

With the COVID-19 global crisis, the literature and experience in health care indicate that lasting emotional trauma can arise on an unprecedented scale [8], with devastating consequences such as unemployment, deaths and social isolation. Exposure to a serious illness leads to feelings of vulnerability, fear, panic and despair. No previous catastrophic events may be compared to the COVID-19 pandemic in terms of geographical scale [9]. World Wars I and II and other pandemics, for example, were geographically limited, saving some continents [10]. The Spanish flu, with high mortality rates in the first decades of the twentieth century, did not disseminate on a global scale. Furthermore, there is limited literature to help people deal with traumatic events, such as quarantine, mass disaster and ongoing stressors, making the damage to mental health on a large scale seem imminent. People who are quarantined are very likely to develop a wide range of symptoms of psychological stress and disorder, including depression and post-traumatic stress symptoms [11].

Thus, it is pertinent to look for effective psychotherapeutic interventions for people with PTSD that can be implemented online, facilitating the immediate availability of mental health care, regardless of the geographic region. Because of the empirical support that cognitive behavioral therapy (CBT) [12–15] and prolonged exposure therapy (PE) [16–18] have received, they are currently the first-line treatments for PTSD [19].

Available PTSD treatments have been shown to have a high non-response and dropout rate. A review of the literature of 55 studies of PTSD patients found non-response rates as high as 50% and dropout rates ranging widely and depending on the nature of the study population [20]. In a meta-analysis assessing war trauma [21], dropout rates ranged from 5% to 78%, and in a recent review of data from three clinical trials of evidence-based PTSD treatments in military service members, the dropout rate was 31% [22]. These findings suggest new and innovative strategies are needed to improve treatment retention, especially in a new and complex situation such as the COVID-19 pandemic. Thus, testing treatments for PTSD with lower potential for dropouts might still be necessary [23,24]. Recently, Duran et al. [25] showed that TBCT had a low dropout rate in PTSD relative to PE.

TBCT [26–28] is a novel and innovative transdiagnostic approach [29] shown to be effective for depression [30], social anxiety disorder [31–34], PTSD [25] and obsessive-compulsive disorder (Rodrigues et al., accepted). TBCT differs from other CBT approaches in that it introduces a new, organized and systematic approach to change dysfunctional negative core beliefs (CBs), while allowing cognitive, emotional and experiential work to be done conjointly [28]. While incorporating a courtroom metaphor to challenge dysfunctional CBs conceptualized as self-accusations, TBCT is an example of assimilative psychotherapy integration that relies on Beckian CBT, incorporating and integrating components of other psychotherapies [28,35].

The Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program was created by Jon Kabat-Zinn and colleagues at the University of Massachusetts Medical Center in 1979, and it is an intervention whose effects on mental health and quality of life have produced several studies worldwide, both in clinical and non-clinical populations. Several protocols have been developed based on the MBSR aimed at specific populations, such as the Mindfulness-Based Health Promotion (MBHP) program developed by the Mente Aberta Brazilian Center for Mindfulness and Health Promotion. The MBHP program was inspired by the original MBSR model but adapted to the context of the Brazilian health care (SUS) system, addressing chronic conditions and mental disorders as well [36–38].

Positive psychology seeks to understand positive emotions, psychological potentialities and healthy human/social/institutional functioning, and apply this knowledge to help people and institutions, with a focus on the prevention and promotion of mental health [39]. At first, positive psychology focused a lot on happiness and subjective well-being [40,41]. In a second step, the studies gained a broader view of psychological well-being and another similar proposal entitled PERMA, which is composed of the following five spheres: *positive emotions—P; engagement—E; relationships—R; meaning—M; achievement—A* [42,43]. Although positive psychology aims to be a way of looking at life, some psychotherapeutic proposals, such as positive psychotherapy (PPT), have been developed, and clinical studies have been replicated in different clinical and cultural contexts [44,45].

The proposed study is a randomized control trial comparing TBCT, MBHP and PPT to treat patients with PTSD due to traumatic exposure during the COVID-19 pandemic. Our hypotheses are that TBCT is at least as effective as MBHP and possibly more effective than PPT, considering that no studies were found assessing its efficacy in patients with PTSD.

Our primary objectives are to assess the efficacy of TBCT for patients with PTSD because of or during the COVID-19 pandemic and to compare its efficacy with that of MBHP and PPT, with all therapies delivered online in the same sample. Secondly, we aim to quantitatively assess symptoms of depression, anxiety and guilt, as well as well-being and the strength of the therapeutic alliance.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

This study project is a randomized single-blind control trial with three parallel groups. After sample selection, patients with PTSD that developed or recurred as a consequence of the COVID-19 pandemic will be randomly assigned to TBCT, MBHP or PPT, with all therapies delivered online. Figure 1 shows the flowchart of the study. The duration of treatment will be 14 to 17 weeks, with a follow-up of 3, 6 and 12 months. The online psychotherapies will be carried out individually and weekly, totaling 14 one-hour sessions. Outcome measures will take place before session 1, session 7 and session 14, as well as at 3, 6 and 12 months. This study protocol was written following the standard protocol items, recommendations for interventional trials (SPIRIT) [46], has been registered on Clinicaltrials.gov (NCT04852770) and approved by the Ethics Committee of Maternidade Climério de Oliveira at Federal University of Bahia, Brazil. This study was funded by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq).

2.2. Hypotheses

According to the literature and the results of other clinical trials, we have elaborated the following hypotheses:

Hypotheses 1 (H1). *TBCT and MBHP in online modalities are statistically different from PPT online in reducing the symptoms of PTSD;*

Hypotheses 2 (H2). *TBCT and MBHP in online modalities are of greater effect size in reducing PTSD symptoms compared to the control (PPT);*

Hypotheses 3 (H3). *TBCT and MBHP in online modalities contain the largest effect sizes in reducing the symptoms of guilt over the traumatic event compared to the control;*

Hypotheses 4 (H4). *TBCT and MBHP in online modalities are statistically different from the control, with a larger effect size, in improving quality of life (or disability).*

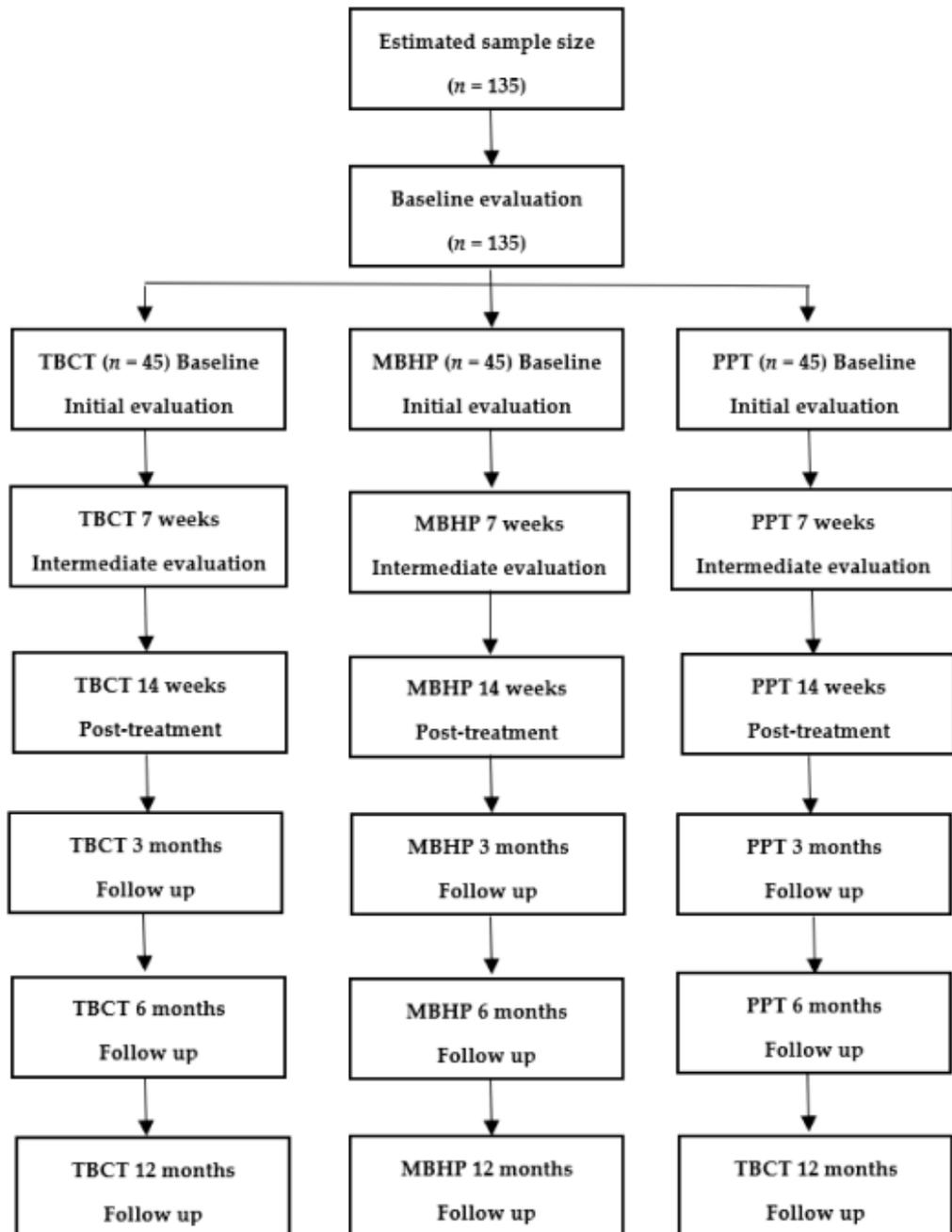


Figure 1. Flowchart of study (CONSORT) TBCT: trial-based cognitive therapy; MBHP: mindfulness-based health promotion; PPT: positive psychotherapy.

2.3. Participants

After announcements of the study on the media, interested people seeking online care as a result of COVID-19 will be selected through a self-administered questionnaire, the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), which contains a list of PTSD symptoms [47–49]. Patients will be contacted by trained evaluators who will use the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) to ensure the presence of the diagnosis according to DSM-5 criteria. Participants will receive explanations about the study and how psychotherapy works. Those agreeing to participate will sign the informed consent, which includes permission for sessions to be audiotaped. After completion of the self-assessment questionnaires, patients will be randomized to one of the study arms.

2.4. Inclusion Criteria

Subjects eligible to participate in this study are adults of both sexes, aged 18 to 60 years old and scoring 45 or more on the PCL-5 as a result of direct or indirect exposure to COVID-19 (e.g., health professionals, people who previously tested positive for COVID-19, or those who quarantined or isolated themselves). Participants should be able to read, write and follow instructions, as well as have access to the Internet.

2.5. Exclusion Criteria

Candidates to participate in this study who meet any of the following criteria will be excluded: severe suicide risk (plans, attitudes or suicide attempts during the last 12 months); self-mutilation behavior during the last 12 months; already engaged in another psychotherapy; presenting with psychotic symptoms; and substance use disorder in the last 12 months.

2.6. Study Settings

Eligible patients may be located anywhere in the Brazilian territory. The assessors and psychotherapists live in the following Brazilian cities: Nova Iguaçu, Recife, Rio de Janeiro, Salvador São Paulo and Uberlandia. The Federal University of Bahia, in the city of Salvador, is the study headquarters and also home to the principal investigators.

2.7. Interventions

The three psychotherapeutic group interventions will be delivered through Skype or Google meeting platforms as weekly, one-hour long sessions, totaling 14 sessions (14 to 17 weeks). The sessions will be audiotaped in order to assure reliability in the fidelity of the intervention and to allow review by qualified supervisors.

- Trial-based cognitive therapy

TBCT is a psychotherapeutic intervention whose foundation lies on Beckian CBT [28,50]. Although TBCT, like CBT, includes psychoeducation, cognitive restructuring and behavior experiments assigned as homework, it differs from other CBT approaches in terms of formulation (e.g., TBCT conceptualization diagram), techniques (e.g., participation grid to deal with guilt) and measurement instruments, such as the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) [51] and the Negative Core Beliefs Inventory (NCBI) [52], making TBCT a distinctive approach in restructuring cognition at the three levels of cognition, especially in modifying the dysfunctional negative CBs of patients.

The main TBCT technique, The Trial, was inspired by Kafka's novel "The Trial" [53]. It was designed to challenge and restructure dysfunctional CBs. A parallel with the CBT perspective is proposed by de Oliveira [54], who argues that the self-accusations presented by the novel's character, Joseph K., might correspond to the dysfunctional negative CBs about the self. Like Joseph K., patients are not aware of these CBs/self-accusations, but after an investigation by means of the downward arrow approach, the patients become aware of such CBs/self-accusations and learn how to build a proper defense for themselves [54].

The Trial technique includes several CBT components (e.g., examining the evidence) and the empty-chair procedure [55,56], which makes TBCT more experiential [57].

Several studies support the efficacy of TBCT. In the first and preliminary study ($N = 30$) with patients presenting with different diagnoses, this treatment effectively decreased the patients' attachments to dysfunctional negative CBs, as well as the emotional intensity, during a session [26]. This study [57] was replicated with 166 patients with varying diagnoses and comorbidities, showing a significant reduction in the attachment to dysfunctional CBs and in emotional intensity.

It has also been demonstrated in a randomized clinical trial ($N = 36$) comparing TBCT techniques to conventional CBT techniques that TBCT was as efficacious as conventional CBT techniques in reducing social anxiety symptoms and improving quality of life and more efficacious than CBT in reducing fear of negative evaluation, social avoidance and distress [31,34]. A second study aiming to evaluate the efficacy of TBCT for generalized social anxiety disorder in a population with high rates of comorbid disorders, especially depression [33], was carried out. This was a two-arm randomized clinical trial that included 39 adults (TBCT = 18; waitlist group = 21), and symptom severity was assessed at pre- and post-treatment. Reductions in social anxiety, social avoidance and depression were observed in the participants in the TBCT group, of which all were associated with a large effect size, while no differences between pre- and post-treatment scores were observed in the waitlist condition. Interestingly, patients with comorbid conditions showed greater reductions in social anxiety symptoms across treatment relative to those with SAD only.

A study ($N = 76$) comparing the efficacy of TBCT, behavioral activation (BA) and treatment as usual (TAU) in the treatment of major depressive disorder [30] showed that both TBCT and BA (which also included antidepressants) were different from TAU (which included antidepressants alone) in reducing the HAM-D and BDI scores.

Recently, 95 patients who met DSM-4-TR criteria for PTSD were randomly assigned to receive either TBCT or prolonged exposure (PE) [25]. A significant reduction in the primary outcome as assessed by the Davidson Trauma Scale (DTS) was improvement in PTSD symptoms. Reductions in DTS scores were observed in both arms, but there was no significant difference between treatments. Regarding the secondary outcomes (depression, anxiety and dysfunctional attitudes assessed by the Beck Depression/Anxiety Inventories and Dysfunctional Attitudes Scale, as well as the dropout rate), significant differences in depressive symptoms were observed in favor of TBCT. In addition, the dropout rate was lower in the TBCT group than in the PE group, suggesting that TBCT may be an effective alternative for treating PTSD.

- Mindfulness-based health promotion

"*Mindfulness-Based Health Promotion (MBHP)*" is the *Mindfulness* program protocol adopted by the Mente Aberta Center and has therefore become the basis of its professional training. MBHP was inspired by Jon Kabat-Zinn's original model, *Mindfulness-Based Stress Reduction*, adapted to the context of Health and Quality of Life Promotion. Besides mindfulness-based stress reduction (MBSR), other inspirations have contributed to the MBHP protocol, including *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)* and *Mindfulness-Based Relapse Prevention*, both programs used by British Institutes [58,59].

The MBHP program was designed for the Brazilian and Hispanic-American context and in terms of its applicability in public policies in the areas of health, education and organizations. Potential beneficiaries of MBHP are public health care system professionals and patients (particularly those with chronic transdiagnostic conditions), public school students and teachers, police officers and other public workers, as well as the population at large. Evidence on the MBHP protocol has accumulated over the last decade, showing its efficacy and effectiveness in improving health-related quality of life, anxiety, depression and burnout symptoms; in particular through mechanisms such as decentering and self-compassion [36–38]. There are no studies specifically on PTSD symptoms, and this project addresses this gap. On the other hand, other mindfulness protocols have been shown to be effective for PTSD, especially those inspired by MBHP, such as the MBSR and MBCT [58,59].

Just as is the case with the classical *Mindfulness* approaches (MBSR and MBCT), the purpose of MBHP is to develop “Awareness” through the practice of *Mindfulness* (which involves attention, attitude and intention). Awareness is understood as being conscious (*aware*) of (realizing, acknowledging, perceiving, noticing and observing) inner phenomena (thoughts, feelings, emotions, sensations and impulses) and external phenomena (activities, relations, etc.). The assumption (principle/intention) is that, if the person is aware, he/she is more likely to make more assertive/conscious decisions/choices, responding to situations in a less reactive way (no more acting on “auto-pilot”). There is scientific evidence showing that developing *Awareness* is one of the basic mechanisms that explain the benefits of *Mindfulness* in health promotion, bringing self-efficacy and quality of life.

The definition of *Mindfulness* we use is that provided by Jon Kabat-Zinn himself: “*Mindfulness* is awareness that arises through paying attention, on purpose, in the present moment, non-judgmentally and non-critically, to the experience that emerges moment-by-moment.”

The original MBHP protocol is a structured program developed over eight sessions, in groups, where participants (8–15 people) meet every week for 2 h (standard duration of one session) to experience the concepts and techniques of mindfulness. However, MBHP was designed so it would allow customization when applied to public policies. If necessary, the number and duration of sessions may be changed, so it can be flexible and dynamic in its use by organizations, schools and health care services. Furthermore, to match the conditions of the present study, the protocol will be individual, 1 h sessions, delivered over 14 encounters (14 sessions).

Participants are also given suggestions of daily activities to be implemented at home or in the workplace, which last on average 15–20 min, but may last up to 45 min in the case of more motivated and compliant participants. They are also encouraged to incorporate the idea of *Mindfulness* in their daily lives (the so-called “informal practice”), so all daily activities somehow become opportunities to practice *Mindfulness*.

- Positive psychotherapy

PPT is the clinical and therapeutic arm of positive psychology (PP). After empirical validation, PPT was organized in a cohesive protocol of 15 sessions. Many of the practices of PPT have been studied through online interventions. In the present study, the protocol will be reduced to 14 sessions, which is in agreement with the other arms of this clinical trial. PPT integrates symptoms with strengths, risks with resources, weaknesses with values and regrets with hopes, aiming to understand the inherent complexities of human experience in a balanced way. Without ignoring or minimizing the client’s concerns, the PPT clinician empathetically understands and pays attention to the pain associated with the trauma and simultaneously explores the potential for growth. PPT considers that clients in psychological distress can be better understood and served if they learn to use their highest resources—personal and interpersonal—to face the challenges in life [39,43,44,60].

PPT is divided into three phases. In phase 1, the patient creates a personal narrative, remembering and writing a story that awakened his/her best, especially in overcoming a challenge (a strategy called positive presentation). In subsequent sessions, which correspond to most of the therapeutic work in this phase, it focuses on the assessment and organization of a profile of the signature strengths and the acquisition of the skills necessary to integrate the forces with psychological stressors [44].

In phase 2, after establishing therapeutic rapport and helping clients identify their strengths, clinicians encourage them to write about their grudges, bitter memories or resentments and then discuss the effects of holding on to these negative aspects. PPT does not discourage the expression of negative expressions; it encourages clients to evaluate a wide range of emotions, positive and negative [44].

Phase 3 focuses on restoring or encouraging positive relationships. At this point, patients are likely to be ready to seek meaning and purpose; the forces have broadened the self-concepts of clients, and they are able to deal with disturbing memories, learn about forgiveness and begin to see the benefits of gratitude. Phase 3 also encourages patients to cultivate meaning through engaging in a number of processes, such as strengthening

intimate and community personal relationships; the search for artistic, intellectual or scientific innovations; or engaging in philosophical or religious contemplation [44].

In his book “Flourishing”, Martin Seligman describes some programs applied in the US Army based on positive psychology. The results appeared to be promising, despite initial concerns [45]. However, other more detailed studies with a more rigid scientific design seem to be necessary. In any case, it is important to understand that the main focus of interventions based on positive psychology is not directly reducing symptoms of illness, that is, PTSD, but investing in aspects related to resilience, in this case, post-traumatic growth (PTG). PTG is defined as positive, meaningful psychological changes that an individual can experience as a result of coping with traumatic life events [61,62]. A review of nine qualitative studies with military and former military personnel showed that PTG is a phenomenon that can also occur after exposure to trauma in wars [46,62].

2.8. Outcomes

Primary outcomes will be assessed by the reduction in PTSD symptoms, measured through CAPS-5. Secondary outcomes will be the improvement in symptoms of anxiety, depression and well-being. Mediator variables will also be assessed, measuring negative CBs, guilt and the strength of the therapeutic alliance. All scales will be applied by a blind assessor to the intervention groups before randomization (Initial Assessment), after seven sessions (Intermediate Assessment) and after 14 sessions (Final Assessment). They will also be applied in the 3-, 6- and 12-month follow-ups. Table 1 shows the flow of sessions and evaluations over the study period. Table 1 shows the SPIRIT diagram.

Table 1. Flow of sessions and evaluations over the study period.

Timepoint	Study Period						
	Enrolment	Allocation	Post-Allocation		Follow-Up		
	Screening	Baseline	7 weeks	14 weeks	3 months	6 months	12 months
Enrolment:							
Eligibility screen	X						
Informed consent		X					
Allocation		X					
Interventions:							
TBCT				=====			
MBHP				=====			
PPT				=====			
Assessments:							
PCL-5	X						
SCID-5		X					
CAPS-5		X	X	X	X	X	X
HADS		X	X	X	X	X	X
TRGI		X	X	X	X	X	X
NCBI		X	X	X	X	X	X
WHO-5		X	X	X	X	X	X
CALPAS-P		X	X	X			
SS interview				X			

2.9. Instruments

- Diagnostic assessment

Structural Clinical Interview for the DSM-5 (SCID-5) [63]: It is a semi-structured psychiatric interview, with the purpose of providing a diagnosis, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

PCL-5 PTSD Check List 5: It contains 20 items with the purpose of assessing PTSD symptoms, in accordance with criteria B, C, D and E (DSM-5). Each item is scored on a scale that ranges from 0 (not at all) to 4 (extremely) [47–49]. This scale will be applied only at intake.

- Primary outcome

Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5) [64]: It is a diagnostic interview scale with 30 items to assess the diagnosis and severity of PTSD symptoms in accordance with DSM-5 [65,66]. CAPS-5 will be applied at baseline, mid-treatment (session seven) and post-treatment (session fourteen), as well as at follow-up (3, 6 and 12 months).

- Secondary outcome

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [65]: This is a 14-item scale used to determine anxiety and depression symptoms, where each item is worth 0 to 3 points, and a total score of 9 or higher suggests mild symptoms. It was translated and validated for the Brazilian population [67,68]. This scale will be administered at baseline (initial evaluation), mid-treatment (week 7) and post-treatment (week 14), as well as at 3-, 6- and 12-month follow-ups.

The World Health Organization Five Well-Being Index (WHO-5): This is an overall well-being scale, with five questions and scores ranging from 0 to 5, addressing mood and energy [69,70]. The WHO-5 validation study into Brazilian Portuguese included 1128 individuals. During this research, the instrument presented good internal validity (Cronbach's alpha = 0.83) [71]. WHO-5 will be applied at baseline, mid-treatment (session seven) and post-treatment (session 14), as well as at the follow-ups (3, 6 and 12 months).

- Mediator variables

Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) [72]: This is a 32-item questionnaire assessing the cognitive and emotional aspects of guilt that are associated to a specific traumatic event. TRGI will be applied at baseline, mid-treatment (session 7) and post-treatment (session 14), as well as at the follow-ups (3, 6 and 12 months).

Negative Core Beliefs Inventory (NCBI) [52]: This inventory is designed to assess negative CBs, as described by [73]. It consists of 50 items evaluating beliefs about oneself and the world, on a Likert scale of 1 to 4 points each. NCBI will be applied at baseline, mid-treatment (session seven) and post-treatment (session 14), as well as at the follow-ups (3, 6 and 12 months).

California Psychotherapeutic Alliance Scale—patient version (CALPAS-P): Scale that assesses four dimensions of the therapeutic relationship [74,75]: (1) therapeutic alliance, (2) working alliance, (3) understanding and (4) therapist involvement, based on an agreement between patient and therapist about the goals of therapy. The CALPAS-P has 24 items ranging from 1 (never) to 7 (always) on the Likert scale. This scale will be administered at the end of second, fourth, sixth, eighth, tenth, twelfth and fourteenth psychotherapy sessions.

2.10. Sample Size

The sample size calculation was estimated using the G*Power software version 3.1 [76], considering a mixed design. Parameters that were taken into account were the F test and repeated measures ANOVA for comparison between groups, for an effect size of 0.25, α criterion of 0.05 and power of $(1 - \beta)$ 0.80, three groups design (TBCT X MBHP X WBT), three measures (baseline, mid-treatment and final assessment), and an a priori correlation between the repeated measures of 0.50. Hence, a sample of 108 participants was obtained, with a numerator of 2 and a denominator of 105 degrees of freedom, for a critical F of 3.08. Considering a 25% dropout rate, a total of 135 participants was estimated.

2.11. Randomization and Sequence Generation

After screening and initial evaluation, the study coordinator will refer the patient to the person responsible for randomization, who does not participate in the patient treatment.

The randomization process, at www.random.org (accessed on 1 December 2021), will be done through a computer-generated table of random numbers, allocating patients to a particular group. After that, the patient will be referred to the psychotherapist.

Six evaluators, blinded to the intervention group, will be responsible for assessing and referring the eligible patient to the study coordinator, who will proceed with the randomization. Each evaluator will assess the same patients throughout the study.

2.12. Implementation

After the patient has signed the informed consent and has been evaluated for inclusion criteria and baseline measurements, the assessor will contact the research coordinators informing them about the new patient and providing their patient number. Based on the random list, the coordinators will then contact the therapist to inform him/her about the new patient now available for treatment.

2.13. Randomization and Concealment

Patients who meet all eligibility criteria and complete the baseline assessments will be randomly allocated (1:1:1) to TBCT, MBHP or PPT. Randomization is based on a true random number service (<http://www.random.org>, accessed on 1 December 2021) and will be conducted by a member of the research team who is blinded to patient characteristics and is not involved in any other aspects of the study. The study therapists will be blinded to assessment outcomes, and the research assistant conducting post- and follow-up assessments will be blinded to participant condition.

2.14. Interventions Similarities and Differences

The interventions have similarities and differences. First of all, TBCT aims to identify thoughts, emotions and behaviors on three levels of cognition, with the purpose of changing them especially at the third level, where it is meant to identify and modify CBs, which mediate the change of thoughts and behaviors characterized as symptoms. On the other hand, MBHP and PPT are not meant to identify distorted cognitions, unpleasant emotions and dysfunctional behaviors or change them directly. MBHP, for instance, teaches from the very first sessions how to pay attention to the present moment and how to use various mindfulness practices. It teaches the patient how to identify rewarding characteristics and valuable personal attributes, without correlating these to pathological thoughts, emotions or behaviors. On the other hand, the focus of PPT is to enhance personal strengths; behaviors related to gratitude, kindness and appreciation; and thoughts related to well-being. Therefore, each intervention advocates a different change process: TBCT modifies CBs, MBHP teaches meditation skills and PPT guides the patient into enhancing personal strengths and virtues.

2.15. Statistical Methods

The collected data will be analyzed statistically using the Statistics Package for Social Science software (SPSS), version 24.0 [77]. Clinical and demographic categorical variables will be analyzed with χ^2 (sex, education, color or race, and dropout rate) and continuous variables will be assessed with one-way ANOVA (age and scale scores). Missing data for both primary and secondary outcome measures will be analyzed by intention to treat (ITT) and multiple imputation (IM), with five imputed databases taking baseline and sociodemographic data and assuming the random chance mechanism. Generalized estimation equations (GEE), taking time as a covariate, will be performed to compare changes in scores over time and between groups (TCP, MBSR and PP). Effect sizes will be evaluated according to Cohen's tests. The assumed level of statistical significance will be 0.05.

Author Contributions: Conceptualization: É.P.D., O.N., L.M., I.R.d.O. and M.D.; methodology: É.P.D., C.H., L.M., I.R.d.O. and M.D.; investigation: É.P.D., C.H., O.N., L.M., I.R.d.O. and M.D.; writing—original draft preparation and editing: É.P.D., C.H., R.V., L.M., I.R.d.O. and M.D.; supervision: É.P.D., L.M., I.R.d.O. and M.D.; funding acquisition: É.P.D. and M.D. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This study has financial support from the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (CNPq), grant number 403349/2020-6.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Institutional Review Board of Federal University of Bahia (Maternidade Climério de Oliveira) CAAE 30769420.0.0000.5543, approved on 3 November 2021.

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study through an online consent form.

Data Availability Statement: The data presented in this study will be available on request from the corresponding author.

Acknowledgments: We thank our psychologist and psychiatrist team for their cooperation in this study. Mente Aberta Center is grateful for the Facebook Company's partnership on its research and social outreach activities.

Conflicts of Interest: The authors declare that the research will be conducted in the absence of any commercial or financial relationships that can be construed as a potential conflict of interest.

Registration Number for Clinical Research: This study is registered on the clinicaltrials.gov (NCT04852770) assesses on 8 October 2021.

References

1. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico DE Transtornos Mentais*; American Psychiatric Association: Porto Alegre, Brazil, 2014.
2. Kessler, R.C.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alonso, J.; Benjet, C.; Bromet, E.J.; Cardoso, G.; Degenhardt, L.; de Girolamo, G.; Dinolova, R.V.; Ferry, F. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur. J. Psychotraumatol.* **2017**, *8*, 1353383. [[CrossRef](#)]
3. Zohar, J.; Juven-Wetzler, A.; Sonnino, R.; Cwikel-Hamzany, S.; Balaban, E.; Cohen, H. New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. *Dialogues Clin. Neurosci.* **2011**, *13*, 301.
4. Smith, S.M.; Goldstein, R.B.; Grant, B.F. The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *J. Psychiatr. Res.* **2016**, *82*, 16–22. [[CrossRef](#)]
5. Mealer, M.; Burnham, E.L.; Goode, C.J.; Rothbaum, B.; Moss, M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress. Anxiety* **2009**, *26*, 1118–1126. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. DeLucia, J.A.; Bitter, C.; Fitzgerald, J.; Greenberg, M.; Dalwari, P.; Buchanan, P. Prevalence of post-traumatic stress disorder in emergency physicians in the United States. *West. J. Emerg. Med.* **2019**, *20*, 740. [[CrossRef](#)]
7. Hosseinejad, S.M.; Jahanian, F.; Elyasi, F.; Mokhtari, H.; Koulaei, M.E.; Pashaei, S.M. The prevalence of post-traumatic stress disorder among emergency nurses: A cross sectional study in northern Iran. *BioMedicine* **2019**, *9*, 19. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
8. Yao, H.; Chen, J.-H.; Xu, Y.-F. Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. *Asian J. Psychiatr.* **2020**, *50*, 102015. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
9. Čosić, K.; Popović, S.; Šarlija, M.; Kesedžić, I. Impact of human disasters and COVID-19 pandemic on mental health: Potential of digital psychiatry. *Psychiatr. Danub.* **2020**, *32*, 25–31. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
10. Iyanda, A.E.; Adeleke, R.; Lu, Y.; Osayomi, T.; Adaralegbe, A.; Lasode, M.; Chima-Adaralegbe, N.J.; Osundina, A.M. A retrospective cross-national examination of COVID-19 outbreak in 175 countries: A multiscale geographically weighted regression analysis (11 January–28 June 2020). *J. Infect. Public Health* **2020**, *13*, 1438–1445. [[CrossRef](#)]
11. Brooks, S.K.; Webster, R.K.; Smith, L.E.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N.; Rubin, G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet* **2020**, *395*, 912–920. [[CrossRef](#)]
12. Kar, N. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* **2011**, *7*, 167–181. [[CrossRef](#)]
13. Resick, P.A.; Galovski, T.E.; Uhlmansiek, M.O.; Scher, C.D.; Clum, G.A.; Young-Xu, Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *J. Consult. Clin. Psychol.* **2008**, *76*, 243. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. Rizvi, S.L.; Vogt, D.S.; Resick, P.A. Cognitive and affective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther.* **2009**, *47*, 737–743. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

15. Resick, P.A.; Monson, C.M.; Chard, K.M. *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*; Guilford Publications: New York, NY, USA, 2016; ISBN 1462528643.
16. Powers, M.B.; Halpern, J.M.; Ferenschak, M.P.; Gillihan, S.J.; Foa, E.B. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin. Psychol. Rev.* **2010**, *30*, 635–641. [\[CrossRef\]](#)
17. Zhou, Y.; Sun, L.; Wang, Y.; Wu, L.; Sun, Z.; Zhang, F.; Liu, W. Developments of prolonged exposure in treatment effect of post-traumatic stress disorder and controlling dropout rate: A meta-analytic review. *Clin. Psychol. Psychother.* **2020**, *27*, 449–462. [\[CrossRef\]](#)
18. Foa, E.B.; Chrestman, K.R.; Gilboa-Schechtman, E. *Prolonged Exposure Therapy for Adolescents with PTSD Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide*; Oxford University Press: Oxford, UK, 2008; ISBN 0195331745.
19. Duran, É.P.; Menezes, C.H.; Neto, F.L.; Savóia, M.G.; de Oliveira, I.R. Perfil de pacientes com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático atendidos em um ambulatório de ansiedade e trauma. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* **2020**, *19*, 597–601. [\[CrossRef\]](#)
20. Schottenbauer, M.A.; Glass, C.R.; Arnkoff, D.B.; Tendick, V.; Gray, S.H. Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry Interpers. Biol. Process.* **2008**, *71*, 134–168. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
21. Goetter, E.M.; Bui, E.; Ojserkis, R.A.; Zakarian, R.J.; Brendel, R.W.; Simon, N.M. A systematic review of dropout from psychotherapy for posttraumatic stress disorder among Iraq and Afghanistan combat veterans. *J. Trauma. Stress* **2015**, *28*, 401–409. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
22. Berke, D.S.; Yeterian, J.; Presseau, C.; Rusowicz-Orazem, L.; Kline, N.K.; Nash, W.P.; Litz, B.T. Dynamic changes in marines' reports of PTSD symptoms and problem alcohol use across the deployment cycle. *Psychol. Addict. Behav.* **2019**, *33*, 162. [\[CrossRef\]](#)
23. Schnyder, U. Why new psychotherapies for posttraumatic stress disorder? *Psychother. Psychosom.* **2005**, *74*, 199–201. [\[CrossRef\]](#)
24. Butollo, W.; Karl, R.; König, J.; Rosner, R. A randomized controlled clinical trial of dialogical exposure therapy versus cognitive processing therapy for adult outpatients suffering from PTSD after type I trauma in adulthood. *Psychother. Psychosom.* **2016**, *85*, 16–26. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
25. Duran, É.P.; Corchs, F.; Vianna, A.; Araújo, Á.C.; Del Real, N.; Silva, C.; Ferreira, A.P.; De Vitto Francez, P.; Godói, C.; Silveira, H.; et al. A randomized clinical trial to assess the efficacy of trial-based cognitive therapy (TBCT) compared to prolonged exposure for post-traumatic stress disorder: Preliminary findings. *CNS Spectr.* **2021**, *26*, 427–434. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
26. Oliveira, I.R. de Trial-Based Thought Record (TBTR): Preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of analogy with a judicial process. *Rev. Bras. Psiquiatr.* **2008**, *30*, 12–18. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
27. De Oliveira, I.R. *Trial-Based Cognitive Therapy: A Manual for Clinicians*; Routledge: London, UK, 2014; ISBN 1317625544.
28. De Oliveira, I.R. *Trial-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*; Routledge: London, UK, 2016; ISBN 1317532651.
29. Wenzel, A. *Innovations in Cognitive Behavioral Therapy: Strategic Interventions for Creative Practice*; Routledge: London, UK, 2017; ISBN 1317674154.
30. Hemanny, C.; Carvalho, C.; Maia, N.; Reis, D.; Botelho, A.C.; Bonavides, D.; Seixas, C.; De Oliveira, I.R. Efficacy of trial-based cognitive therapy, behavioral activation and treatment as usual in the treatment of major depressive disorder: Preliminary findings from a randomized clinical trial. *CNS Spectr.* **2020**, *25*, 535–544. [\[CrossRef\]](#)
31. Powell, V.B.; de Oliveira, O.H.; Seixas, C.; Almeida, C.; Grangeon, M.C.; Caldas, M.; Bonfim, T.D.; Castro, M.; Galvao-de Almeida, A.; de Moraes, R.O.; et al. Changing core beliefs with trial-based cognitive therapy may improve quality of life in social phobia: A randomized study. *Rev. Bras. Psiquiatr.* **2013**, *35*, 243–247. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
32. Neufeld, C.B.; Palma, P.C.; Caetano, K.A.S.; Brust-Renck, P.G.; Curtiss, J.; Hofmann, S.G. A randomized clinical trial of group and individual cognitive-behavioral therapy approaches for social anxiety disorder. *Int. J. Clin. Health Psychol.* **2020**, *20*, 29–37. [\[CrossRef\]](#)
33. Caetano, K.A.S.; Depreeuw, B.; Papenfuss, I.; Curtiss, J.; Langwerden, R.J.; Hofmann, S.G.; Neufeld, C.B. Trial-Based Cognitive Therapy: Efficacy of a New CBT Approach for Treating Social Anxiety Disorder with Comorbid Depression. *Int. J. Cogn. Ther.* **2018**, *11*, 325–342. [\[CrossRef\]](#)
34. De Oliveira, I.R.; Powell, V.B.; Wenzel, A.; Caldas, M.; Seixas, C.; Almeida, C.; Bonfim, T.; Grangeon, M.C.; Castro, M.; Galvao, A.; et al. Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *J. Clin. Pharm. Ther.* **2012**, *37*, 328–334. [\[CrossRef\]](#)
35. Delavechia, T.R.; Velasquez, M.L.; Duran, É.P.; Matsumoto, L.S.; Oliveira, I.R. de Changing negative core beliefs with trial-based thought record. *Arch. Clin. Psychiatry* **2016**, *43*, 31–33. [\[CrossRef\]](#)
36. Trombka, M.; Demarzo, M.; Bacas, D.C.; Antonio, S.B.; Cicuto, K.; Salvo, V.; Claudino, F.C.A.; Ribeiro, L.; Christopher, M.; Garcia-Campayo, J. Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness training to reduce burnout and promote quality of life in police officers: The POLICE study. *BMC Psychiatry* **2018**, *18*, 151. [\[CrossRef\]](#)
37. Lopes, S.A.; Vannucchi, B.P.; Demarzo, M.; Cunha, Á.G.J.; de Nunes, M.P.T. Effectiveness of a mindfulness-based intervention in the management of musculoskeletal pain in nursing workers. *Pain Manag. Nurs.* **2019**, *20*, 32–38. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
38. Salvo, V.; Kristeller, J.; Marin, J.M.; Sanudo, A.; Lourenço, B.H.; Schweitzer, M.C.; D'Almeida, V.; Morillo, H.; Gimeno, S.G.A.; Garcia-Campayo, J. Mindfulness as a complementary intervention in the treatment of overweight and obesity in primary health care: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* **2018**, *19*, 1–14. [\[CrossRef\]](#)
39. Seligman, M.E.P.; Steen, T.A.; Park, N.; Peterson, C. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *Am. Psychol.* **2005**, *60*, 410. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)

40. Seligman, M. Flourish: Positive psychology and positive interventions. In *Tanner Lectures in Human Values*; Cambridge University Press: Cambridge, UK, 2009; Volume 31, pp. 1–56.
41. Seligman, M.; Csikszentmihalyi, M. Positive psychology: An introduction American psychologist. *Am. Psychol.* **2001**, *56*, 89–90. [[CrossRef](#)]
42. Ryff, C.D. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother. Psychosom.* **2014**, *83*, 10–28. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
43. Mongrain, M.; Anselmo-Matthews, T. Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al. ⁽¹⁾. *J. Clin. Psychol.* **2012**, *68*, 382–389. [[CrossRef](#)]
44. Rashid, T.; Seligman, M. *Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta*; Artmed Editora: Porto Alegre, RS, Brazil, 2019; ISBN 8582715501.
45. Riches, S.; Schrank, B.; Rashid, T.; Slade, M. WELLFOCUS PPT: Modifying positive psychotherapy for psychosis. *Psychotherapy* **2016**, *53*, 68. [[CrossRef](#)]
46. Chan, A.-W.; Tetzlaff, J.M.; Göttsche, P.C.; Altman, D.G.; Mann, H.; Berlin, J.A.; Dickersin, K.; Hróbjartsson, A.; Schulz, K.F.; Parulekar, W.R. SPIRIT 2013 explanation and elaboration: Guidance for protocols of clinical trials. *BMJ* **2013**, *346*, e7586. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
47. Blevins, C.A.; Weathers, F.W.; Davis, M.T.; Witte, T.K.; Domino, J.L. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *J. Trauma. Stress* **2015**, *28*, 489–498. [[CrossRef](#)]
48. Osorio, F.L.; Silva, T.D.A.D.A.; Santos, R.G.D.O.S.; Chagas, M.H.N.; Chagas, N.M.S.; Sanches, R.F.; Crippa, J.A.D.E.S. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Transcultural adaptation of the Brazilian version. *Arch. Clin. Psychiatry* **2017**, *44*, 10–19. [[CrossRef](#)]
49. Pereira-Lima, K.; Loureiro, S.R.; Bolsoni, L.M.; Apolinario da Silva, T.D.; Osório, F.L. Psychometric properties and diagnostic utility of a Brazilian version of the PCL-5 (complete and abbreviated versions). *Eur. J. Psychotraumatol.* **2019**, *10*, 1581020. [[CrossRef](#)]
50. De Oliveira, I.R. *Trial-Based Cognitive Therapy*; Routledge: London, UK, 2016; ISBN 9781315725000.
51. De Oliveira, I.R.; Seixas, C.; Osorio, F.L.; Crippa, J.A.S.; de Abreu, J.N.; Menezes, I.G.; Pidgeon, A.; Sudak, D.; Wenzel, A. Evaluation of the Psychometric Properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) in a Sample of Undergraduate Students. *Innov. Clin. Neurosci.* **2015**, *12*, 20–27.
52. Osmo, F.; Duran, V.; Wenzel, A.; de Oliveira, I.R.; Nepomuceno, S.; Madeira, M.; Menezes, I. The Negative Core Beliefs Inventory: Development and Psychometric Properties. *J. Cogn. Psychother.* **2018**, *32*, 67–84. [[CrossRef](#)]
53. Kafka, F. *Der Process: Roman (1925)*; BWV Verlag: Berlin, Germany, 2006; Volume 25, ISBN 3830511779.
54. De Oliveira, I.R. Kafka's trial dilemma: Proposal of a practical solution to Joseph, K.'s unknown accusation. *Med. Hypotheses* **2011**, *77*, 5–6. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
55. Perls, F. *The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy*; Science & Behavior Books: Mountain View, CA, USA, 1973; ISBN 083140034X.
56. Greenberg, L.S. Resolving splits: Use of the two chair technique. *Psychother. Theory Res. Pract.* **1979**, *16*, 316. [[CrossRef](#)]
57. De Oliveira, I.R.; Hemmany, C.; Powell, V.B.; Bonfim, T.D.; Duran, E.P.; Novais, N.; Velasquez, M.; Di Sarno, E.; Alves, G.L.; Cesnik, J.A. Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectr.* **2012**, *17*, 16–23. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
58. De Roos, C.; van der Oord, S.; Zijlstra, B.; Lucassen, S.; Perrin, S.; Emmelkamp, P.; De Jongh, A.D. Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial. *J. Child Psychol. Psychiatry* **2017**, *58*, 1219–1228. [[CrossRef](#)]
59. Nascimento, J.C.P.; dos Santos, K.V.G.; dos Dantas, J.K.S.; Dantas, D.V.; Dantas, R.A.N. Non-pharmacological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder among emergency responders: A scoping review. *Rev. Esc. Enferm. USP* **2021**, *55*, e03724. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
60. Lee Duckworth, A.; Steen, T.A.; Seligman, M.E.P. Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* **2005**, *1*, 629–651. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
61. Seligman, M.E.P. *Florescer: Uma Nova Compreensão Sobre a Natureza da Felicidade E do Bem-Estar*; Objectiva: Rio de Janeiro, Brazil, 2012.
62. Habib, A.; Stevelink, S.A.M.; Greenberg, N.; Williamson, V. Post-traumatic growth in (ex-) military personnel: Review and qualitative synthesis. *Occup. Med.* **2018**, *68*, 617–625. [[CrossRef](#)]
63. First, M.B.; Williams, J.B.; Karg, R.S.; Spitzer, R.L. *Entrevista Clínica Estruturada Para os Transtornos do DSM-5: SCID-5-CV Versão Clínica*; Artmed Editora: Porto Alegre, RS, Brazil, 2017; ISBN 8582714270.
64. Oliveira-Watanabe, T.T.; Ramos-Lima, L.F.; Santos, R.C.; Mello, M.F.; Mello, A.F. The clinician-administered PTSD Scale (CAPS-5): Adaptation to Brazilian Portuguese. *Rev. Bras. Psiquiatr.* **2019**, *41*, 92. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
65. Djukanovic, I.; Carlsson, J.; Årestedt, K. Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65–80 years old? A psychometric evaluation study. *Health Qual. Life Outcomes* **2017**, *15*, 1–10. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
66. Weathers, F.W.; Bovin, M.J.; Lee, D.J.; Sloan, D.M.; Schnurr, P.P.; Kaloupek, D.G.; Keane, T.M.; Marx, B.P. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol. Assess.* **2018**, *30*, 383. [[CrossRef](#)]

67. Faro, A. Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicol. Teor. Pesqui.* **2015**, *31*, 349–353. [[CrossRef](#)]
68. Zigmond, A.S.; Snaith, R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* **1983**, *67*, 361–370. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
69. Topp, C.W.; Østergaard, S.D.; Sondergaard, S.; Bech, P. The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychother. Psychosom.* **2015**, *84*, 167–176. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
70. Dadfar, M.; Momeni Safarabad, N.; Asgharnejad Farid, A.A.; Nemati Shirzy, M.; Ghazie pour Abarghouie, F. Reliability, validity, and factorial structure of the World Health Organization-5 Well-Being Index (WHO-5) in Iranian psychiatric outpatients. *Trends Psychiatry Psychother.* **2018**, *40*, 79–84. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
71. Hidalgo Vicario, M.H.; Rodríguez Hernández, P.R. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Últimas Novedades*; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2013; Volume 17, ISBN 9780890425541.
72. Kubany, E.S.; Haynes, S.N.; Abueg, F.R.; Manke, F.P.; Brennan, J.M.; Stahura, C. Development and validation of the trauma-related guilt inventory (TRGI). *Psychol. Assess.* **1996**, *8*, 428. [[CrossRef](#)]
73. Beck, J.S.; Tompkins, M. *Cognitive Therapy*; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2005.
74. Marmar, C.R.; Weiss, D.S.; Gaston, L. Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychol. Assess. A J. Consult. Clin. Psychol.* **1989**, *1*, 46. [[CrossRef](#)]
75. Marcolino, J.A.M.; Iacoponi, E. The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Brazilian J. Psychiatry* **2003**, *25*, 78–86. [[CrossRef](#)]
76. Faul, F.; Erdfelder, E.; Lang, A.-G.; Buchner, A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav. Res. Methods* **2007**, *39*, 175–191. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
77. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows*; Version 24.0. 2016; IBM Corp: New York, NY, USA, 2016.
78. Li, Z.; Ge, J.; Yang, M.; Feng, J.; Qiao, M.; Jiang, R.; Bi, J.; Zhan, G.; Xu, X.; Wang, L. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain. Behav. Immun.* **2020**, *88*, 916–919. [[CrossRef](#)]
79. Liu, Q.; Luo, D.; Haase, J.E.; Guo, Q.; Wang, X.Q.; Liu, S.; Xia, L.; Liu, Z.; Yang, J.; Yang, B.X. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *Lancet Glob. Health* **2020**, *8*, e790–e798. [[CrossRef](#)]
80. Galea, S.; Merchant, R.M.; Lurie, N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Intern. Med.* **2020**, *180*, 817–818. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
81. Bo, H.-X.; Li, W.; Yang, Y.; Wang, Y.; Zhang, Q.; Cheung, T.; Wu, X.; Xiang, Y.-T. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol. Med.* **2021**, *51*, 1052–1053. [[CrossRef](#)]
82. Boyd, J.E.; Lanius, R.A.; McKinnon, M.C. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: A review of the treatment literature and neurobiological evidence. *J. Psychiatry Neurosci.* **2018**, *43*, 7–25. [[CrossRef](#)]
83. Karatzias, T.; Chouliara, Z.; Power, K.; Brown, K.; Begum, M.; McGoldrick, T.; MacLean, R. Life satisfaction in people with post-traumatic stress disorder. *J. Ment. Health* **2013**, *22*, 501–508. [[CrossRef](#)]

APÊNDICE D - Protocolo MBHP

VERSÃO FINAL

Mindfulness-Based Health Promotion (MBHP) – adaptado TEPT

Marcelo Demarzo

Centro Mente Aberta

O “*Mindfulness-Based Health Promotion (MBHP)*” é o protocolo de *Mindfulness* adotado pelo Centro “Mente Aberta”, e constitui a base de sua formação profissional. O MBHP é inspirado no modelo original de Jon Kabat-Zinn – *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)*, mas adaptado ao contexto da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, chamado de Programa de **Promoção da Saúde Baseado em Mindfulness (PSBM)** em português. Além do MBSR, os programas do Instituto *Breathworks* do Reino Unido, o MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), e o MBRP (*Mindfulness-Based Relapse Prevention*) são as outras principais inspirações para o protocolo MBHP.

O Programa foi criado e pensado para o contexto cultural brasileiro e ibero-americano, e em sua aplicação nas Políticas Públicas, em especial nas áreas da saúde, educação e organizações. Profissionais e pacientes (em especial com condições crônicas, de maneira trans-diagnóstica) da Atenção Primária à Saúde (APS) e do SUS, professores e estudantes de Escolas Públicas, policiais e outros agentes públicos são beneficiários potenciais do MBHP, além da população em geral.

Assim como os outros programas clássicos de *Mindfulness* (MBSR e MBCT), **o objetivo do MBHP é o desenvolvimento de AWARENESS** por meio da prática de *MINDFULNESS* (que envolve atenção, atitude e intenção). **Entende-se AWARENESS por: estar consciente (aware) (dar-se conta, reconhecer, ter percepção, notar, observar) (d)os fenômenos internos (pensamentos, sentimentos, emoções, sensações, impulsos) e externos (atividades, relações, etc.).** O pressuposto (princípio/intenção) é que uma pessoa ao estar consciente tem maior possibilidade de tomar decisões/escolhas mais assertivas/conscientes, respondendo às situações com menos reatividade (saindo do “piloto automático”). Sabe-se também a partir da evidência científica, que **o desenvolvimento de AWARENESS é um dos mecanismos básicos que explicam os benefícios de MINDFULNESS para a Promoção da Saúde, promovendo auto eficácia e qualidade de vida.**

Nesse sentido, a definição de *Mindfulness* que levamos em consideração é do próprio **Jon Kabat-Zinn**: **“Mindfulness é a consciência (*awareness*) que emerge ao se prestar atenção intencionalmente no momento presente, de uma forma não-julgadora e não-crítica à experiência que emerge momento a momento”**.

O protocolo original MBHP é um programa estruturado e desenvolvido ao longo de oito 8 sessões, em grupo, em que os participantes (8-15 pessoas) se reúnem semanalmente por 2 horas (tempo de sessão padrão), para vivência das técnicas e aprendizado conceitual sobre atenção plena. O MBHP foi desenhado para ser adaptado quando aplicado em políticas públicas, se necessário, quanto ao número e duração das sessões, a fim de ser flexível e dinâmico para organizações, escolas e equipamentos de saúde.

Aos participantes também são dadas sugestões de atividades para serem implementadas em ambiente domiciliar ou de trabalho, diariamente, e com duração média (acumulada) de 10-20 minutos (práticas formais de até 10 min cada sessão + práticas informais).

Assim, os pacientes também serão instruídos no sentido de procurarem incorporar a ideia de *Mindfulness* em suas vidas diárias por meio de “práticas informais”, fazendo com que as atividades rotineiras se tornem, de certa forma, uma oportunidade para usarem o estado de “Atenção Plena”.

Para se adaptar às condições do presente estudo (pacientes com TEPT), o protocolo MBHP será adaptado:

- sessões individuais, de aproximadamente 1 hora de duração;
- ofertadas ao longo de 13 encontros (Sessão “Zero” + 12 sessões MBHP – ver abaixo);
- não haverá sessão em silêncio;
- as práticas deverão ser mais curtas, de até 10 minutos de duração, com ênfase no autocuidado e na segurança do paciente (vale para as práticas formais em casa também),
- Observação: deve-se usar os áudios do *Mente Aberta*, e se sugerir que os participantes marquem no relógio ou alarme a duração para até 10 min;
- o instrutor deverão monitorar com mais frequência o estado geral do paciente durante as sessões;
- deve-se evitar metáforas e outras instruções que possam induzir um estado dissociativo;
- em caso de sintomas dissociativos durante a sessão (ou durante as práticas da semana), o paciente deverá ser convidado para se levantar e lavar o rosto, ou usar uma “bolinha” (“bola-cravo” de fisioterapia) ou uma pedra de gelo, para estímulo sensorial;
- é esperado que os pacientes queiram compartilhar a história de sua experiência traumática, nesse caso a orientação é que se use a estratégia do Inquiry (escuta reflexiva + reforço da experiência direta);
- das práticas, excluiremos:
 - a parte da “pessoa difícil” da prática da compaixão,
 - e a “prática de valores” (trocamos pela “prática das pedras”);
- no caso de faltas, manteremos a sequência de sessões, e levaremos para a supervisão para discutirmos a melhor opção de reposição.

ESTRUTURA E ELEMENTOS DO MBHP – MINDFULNESS BASED HEALTH PROMOTION

A arquitetura do programa visa favorecer o desenvolvimento e cultivo de **awareness** (consciência) no dia a dia como ferramenta-chave na Promoção da Saúde. Para se atingir esse objetivo sua estrutura é progressiva e didática, propiciando um caminho lógico de aprendizagem, partindo-se do mais simples (estabilidade da atenção) para o mais complexo (*awareness* dos fenômenos internos e externos). Assim, parte-se de práticas de *Mindfulness* com “âncoras” de foco mais fechado , expandindo-se para práticas de foco mais aberto e o próprio monitoramento aberto (ausência de âncora).

O desenvolvimento de **awareness** e sua relação com todas as facetas da Promoção da Saúde (aspectos físicos, cognitivos, emocionais, sociais, relacionais, e espirituais-sentido de vida) está presente em todos os elementos do programa, além das práticas, incluindo os momentos de diálogo (*inquiry*), dinâmicas psicoeducativas, e os diários (*journalling*). É importante reforçar que o desenvolvimento de **awareness** se faz para além do treinamento atencional, incluindo, de maneira fundamental, o cultivo da **atitude mindful** (o “olhar do principiante”, a abertura, a aceitação, o não-julgamento, o deixar passar, o “não forçar”, a paciência, a confiança, a gentileza, o autocuidado, e a compaixão).

Ao final, faz-se a conexão com os valores essenciais de vida, fortalecendo a prática e a possibilidade de reconhecer *Mindfulness* como um valor de vida, dando sentido ao cultivo regular, e para o resto da vida, das atitudes ligadas às práticas de atenção plena. Assim, reforça-se o compromisso e motivação para se levar estas habilidades e comportamentos para o dia a dia durante toda a vida, promovendo efetivamente saúde e qualidade de vida de forma sustentável.

ESTRUTURA E ELEMENTOS GERAIS DAS 12 SESSÕES

MBHP – MINDFULNESS BASED HEALTH PROMOTION (adaptado)

	Fundamentos/Intenções	Conteúdo teórico	Práticas Formais e Dinâmicas	Prática e exercícios em casa
sessões 1	<p>- Compreender vivencialmente o estado de <i>Mindfulness</i> (atenção-atitude-intenção) como alternativa ao "piloto automático" e sua relação com a Promoção da Saúde ("escolhas conscientes")</p> <p>- Começar a praticar a consciência corporal como ferramenta de autonomia e autoeficácia em saúde</p> <p>- Aprender a reconhecer e descrever a experiência direta através do diário de práticas (autoconsciência)</p>	Apresentação e objetivos		Formal: Escaneamento corporal 6 dias na semana
		Características e atitudes em <i>Mindfulness</i>	Prática da Uva Passa	Informal: 1ª parte de uma refeição diária
		Motivação em <i>Mindfulness</i>	Escaneamento corporal	com atenção plena
		Diário de práticas		Diário de práticas Exercício dos 9 pontos
SAINDO DO PILOTO AUTOMÁTICO				
Sessões 2 e 3	<p>- Aprofundar-se na prática da consciência corporal e da importância do corpo para a promoção da saúde física - foco nas experiências e sensações corporais</p> <p>- Reconhecer o "diálogo interno" (divagações e dispersões mentais) como parte integrante das práticas de <i>mindfulness</i></p> <p>- Compreender e vivenciar a respiração consciente como umas âncoras-chave para o treinamento do estado de atenção plena</p> <p>- Reconhecer e aprender a lidar com os desafios comuns que podem surgir na prática da atenção plena</p> <p>- Experimentar a existência do mal-estar ("sofrimento") com uma nova atitude e identificar as resistências – aceitação da realidade</p> <p>- Notar que o diálogo mental tende a controlar nossas reações a eventos diários- tendência a catastrofização, iniciando a compreensão da habilidade metacognitiva, ferramenta fundamental para se criar autonomia e autoeficácia em saúde</p>	Informações sobre posturas		Formal: Escaneamento corporal 6 dias na semana
		Obstáculos e objeções às práticas	Escaneamento corporal	5 min de prática diária da atenção plena da respiração.
		Sofrimento primário e secundário (aceitação)	Dinâmica 1ª e 2ª sofrimentos	Prática informal em uma atividade rotineira ex: escovar os dentes com atenção plena.
		Modo fazer x modo ser	Exploração didática da respiração	Diário de eventos prazerosos
		Importância do corpo	Respiração com atenção plena	Propondo mudança de hábito
		Respiração		
MINDFULNESS DO CORPO				

	Fundamentos/Intenções	Conteúdo teórico	Práticas Formais e Dinâmicas	Prática e exercícios em casa
Sessões 4 e 5 MINDFULNESS DOS MOVIMENTOS	<p>- Continuar o desenvolvimento da consciência corporal como ferramenta de Promoção da Saúde, agora introduzindo a âncora do corpo em movimento</p> <p>- Se aprofundar no reconhecimento e manejo dos "movimentos da mente" (frequentemente ocupada e dispersa) com uma atitude gentil e curiosa (não-crítica ou reativa), podendo escolher se nos engajamos aos pensamentos ou não</p>	<p>O que fazer com a mente?</p> <p>Prática formal e informal</p> <p>Mitos, preconceitos e medos sobre a meditação</p>	<p>Respiração com atenção plena (sessão 4)</p> <p>Dinâmica- "Oi, Obrigado, Tchau" (sessão 4)</p> <p>Caminhada com atenção plena</p>	<p>Formal: Prática da Respiração 6 dias na semana + caminhada formal pelo menos 3 dias na semana.</p> <p>Informal: Trazer atenção plena para a caminhada que fazemos normalmente no dia-a-dia.</p> <p>Diário de eventos NÃO prazerosos</p>
	<p>- Iniciar a identificação dos conteúdos mentais pela perspectiva <i>mindful</i>- ausência de julgamento, aceitação da realidade, não reatividade, criando novas habilidades cognitivas, fundamentais para a Promoção da Saúde no nível psicológico</p>			
Sessões 6 e 7				
EXPANDINDO MINDFULNESS	<p>- Ampliar a perspectiva de mindfulness para os objetos externos-ambiente (simbolizado pelos sons)</p> <p>- Aprimorar a habilidade metacognitiva, usando os próprios pensamentos como objetos de atenção plena</p> <p>- Desenvolver uma perspectiva mais consciente de se relacionar com as atividades cotidianas por meio das pausas de consciência (pausa <i>mindful</i>)</p>	<p>Manejo dos pensamentos</p>	<p>Movimentos com atenção plena (sessão 6)</p> <p>Mindfulness dos Sons e Pensamentos (sessão 7)</p> <p>Prática dos 3 passos</p>	<p>Formal: Prática Sons e pensamentos 6 dias na semana (por 10 min). Manter escaneamento corporal, mesclando com caminhada ou movimentos</p> <p>Informal: Prática dos três passos, duas a três vezes por dia.</p> <p>Diário de comunicações (conversas) difíceis</p>

	Fundamentos/Intenções	Conteúdo teórico	Práticas Formais e Dinâmicas	Prática e exercícios em casa
Sessões 8 e 9	- Consolidar o desenvolvimento do insight metacognitivo incluindo estratégias de etiquetagem e metáforas	Como <i>Mindfulness</i> atua	Sons e Pensamentos	Formal: Mesclar entre a prática sentada, escaneamento corporal, prática dos movimentos e a prática dos sons e pensamentos (6 dias da semana, acumulando 20 minutos diários).
LIDANDO COM DIFICULDADES	- Reconhecer e vivenciar a aplicação das pausas <i>mindful</i> na regulação das emoções difíceis – situações desafiadoras, aprimorando habilidades sociais e relacionais no campo da Promoção da Saúde	Discussão da aceitação	3 Passos em situações desafiadoras (mais brandas, que não a do trauma) 9 Dinâmica da frustração	Informal: 3 passos em situações desafiadoras, explorando maneiras mais habilidosas de responder às situações críticas.
	Fundamentos/Intenções	Conteúdo teórico	Práticas Formais e Dinâmicas	Prática e exercícios em casa
Sessões 10 e 11	- Reconhecer a conexão entre <i>Mindfulness</i> e Compaixão	O que é e o que não é compaixão, empatia, resignação	Sons e Pensamentos com mais silêncio e consciência sem escolha	Prática formal: 20 min de prática diária mesclando as técnicas aprendidas. Prática da compaixão - 3 vezes na semana
MINDFULNESS E COMPAIXÃO	- Experienciar a "humanidade compartilhada" / "visão em perspectiva da condição humana compartilhada", e da consciência amorosa frente à condição humana	Medo à compaixão no Ocidente (cultural)	Compaixão (para si mesmo e os outros – NÃO incluir a "pessoa difícil") 10	Prática informal – procurar trazer atenção plena para o dia-a-dia sempre que possível, e tabela das atividades da vida diária (estressantes, neutras e bem estar). Observar momentos nos quais foi usado a ideia de autocompaixão.
	- Responder de forma equânime ao agradável, neutro e desagradável (equanimidade)	Fundamentos biológicos (Paul Gilbert)	Respiração com atenção plena 10	
Sessão 12	- Conectar-se com os valores de vida, fortalecendo a prática continuada ao longo da vida como ferramenta-chave de autonomia e autoeficácia em saúde	Sentido de vida e valores e compromisso em cultivar o estado <i>mindful</i> e promover saúde e qualidade de vida	11 Autocompaixão 11 Respiração com atenção plena	Manter as práticas diárias.
MINDFULNESS PARA A VIDA TODA	- Reconhecer <i>Mindfulness</i> como um valor de vida	Como manter a prática a longo prazo	12 Respiração com atenção plena 12 Prática das pedras	Potencializar <i>Mindfulness</i> em nossa vida.
	- Cultivar as atitudes ligadas às práticas formais e informais de <i>mindfulness</i> , levando efetivamente estas habilidades e comportamentos para o dia a dia de forma sustentável			

SESSÃO A SESSÃO - RESUMO

(obs.: seguir protocolo como acima - adaptando-se às necessidades do paciente)

13 SESSÕES - INDIVIDUAIS - 1 HORA DURAÇÃO (APROX) - PRÁTICAS DE ATÉ 10 MIN

SESSÃO	PRÁTICAS	DINÂMICAS	PARA CASA	OBSERVAÇÕES
ZERO	-	-	-	sessão padrão para todos os protocolos (psicoeducação para o TEPT) - ver material padronizado
1	Body Scan (BS)	Uva Passa	BS (10m) + Parte da refeição com atenção plena (AP) Exercício dos 9 pontos	sugerir que mesmo que o áudio dure mais de 10 min - a pessoa marque no relógio para parar com 10 min
2	BS + Exploração didática da respiração	Postura nas Práticas Desafios da prática de mindfulness	BS (10m) + Respiração (5m) - alternados em dias diferentes Diário de Eventos Prazerosos	
3	AP na Respiração (completa)	Sufrimento 1o e 2o	BS (10m) + AP na Respiração (10m) - alternados em dias diferentes Diário de Eventos NÃO Prazerosos	Sufrimento 1o e 2o - usar exemplo do "medo de falar em público"
4	AP na Respiração + Caminhada com AP	"Oi/Obrigado/Tchau"	AP na Respiração (10m) + Caminhada com AP (10m) - alternados em dias diferentes Prática INFORMAL de Caminhada com AP no dia a dia	

5	Caminhada com AP (retomar) + Práticas dos 3 Passos	Desafios da prática de mindfulness (retomar)	AP na Respiração (10m) + Caminhada com AP (10m) - alternados em dias diferentes Prática dos 3 Passos, 3x/dia	
6	Prática dos 3 Passos + Movimentos com AP	Discussão sobre Aceitação	AP na Respiração (10m) + Movimentos e Alongamentos com AP (10m) - alternados em dias diferentes Manter Prática dos 3 Passos, 3x/dia Diário de Comunicações Difíceis	
7	Prática dos Sons e Pensamentos (Básica)		Prática dos Sons e Pensamentos Básica (10m) + Movimentos e Alongamentos com AP (10m) - alternados em dias diferentes Manter Prática dos 3 Passos, 3x/dia	
8	Prática dos Sons e Pensamentos (Avançada)	Dinâmica da "Frustração"	Prática dos Sons e Pensamentos Avançada (10m) + Movimentos e Alongamentos com AP (10m) - alternados em dias diferentes Manter Prática dos 3 Passos, 3x/dia e em MOMENTOS DESAFIADORES	

9	Prática da Compaixão ("Amigos" e "Neutro")	Reflexão sobre Mindfulness e Compaixão	Prática dos Sons e Pensamentos Avançada (10m) + Compaixão ("Amigos" + "Neutro") (10m) - alternados em dias diferentes Manter Prática dos 3 Passos, 3x/dia e em MOMENTOS DESAFIADORES	
10	Prática da Compaixão ("Amigos" e "Autocompaixão")	Reflexão sobre Autocompaixão	Prática dos Sons e Pensamentos Avançada (10m) + Compaixão ("Amigos" + "Autocompaixão") (10m) - alternados em dias diferentes Manter Prática dos 3 Passos, 3x/dia e em MOMENTOS DESAFIADORES	
11	BS + Prática de Valores ("poço" = MBCT)	Reflexão sobre Valores de Vida Exercício "Mindfulness da Vida Diária"	Escolher Prática (10m), se possível 2 x/dia Manter Prática dos 3 Passos, 3x/dia e em MOMENTOS DESAFIADORES	
12	Prática de 10 min em Silêncio Prática das Pedras	Revisão Geral do Programa	Manter prática regular / "vida inteira"	

APÊNDICE E: Protocolo Psicologia Positiva

PROTOCOLO PSICOTERAPIA POSITIVA (PPT) EM 14 SESSÕES

Psicoterapia Positiva para pacientes com TEPT (Covid-19)

(L.S.M. Videira & L. Machado, 2020)

PROTOCOLO de Psicoterapia Positiva

- Terapia individual, on-line, ao vivo (whatsapp vídeo, zoom, google meeting, whereby, ou similar).
- As sessões terão frequência semanal, com duração de 50-60 minutos.
- Todas as sessões terão o áudio gravado (para posterior auditoria).
- Cada paciente receberá o total de 14 sessões:
 - 1 sessão inicial – contrato terapêutico e instruções sobre a pesquisa (Sessão-0),
 - 12 sessões do protocolo de PPT para TEPT (Sessão-1 a Sessão-12),
 - 1 sessão final – encerramento e instruções para o seguimento (Sessão-13).
- Neste protocolo de PPT, há atividades escritas a serem realizadas entre as sessões, em formulários que foram desenvolvidos para cada sessão, para o modelo de terapia presencial (antes da pandemia). No entanto, estes formulários podem ser utilizados também no formato de terapia online, apenas com algumas adaptações.
- As sessões de 0 a 14 estão detalhadas a seguir, assim como os formulários e textos de apoio.

SESSÃO 0 – ACOLHIMENTO GENUÍNO & ESCUTA POSITIVA

Sessão 0: Esta é a sessão inicial, e o foco principal é acolher o paciente e fornecer todos os esclarecimentos sobre a pesquisa no geral, para que ele se sinta confiante e esperançoso em relação à psicoterapia.

Também é o espaço para demonstrar a importância da dupla terapêutica = terapeuta + cliente estão juntos.

Terapeuta: *“Hoje você iniciará um tratamento psicoterápico baseado na PSICOLOGIA POSITIVA. Esse tratamento será totalmente on-line, e terá no total, 14 sessões semanais, com cada sessão durando aproximadamente uma hora. A sessão de hoje é considerada a **Sessão-0-Inicial** (para nos conhecermos e esclarecer as dúvidas sobre a sua participação nessa pesquisa) e a última, a **Sessão-14-Final** (será para nos despedirmos e encerrar a psicoterapia). As outras sessões, da Sessão-1 até a Sessão-13, terão conteúdos relacionados à PSICOTERAPIA POSITIVA. Gostaria que você esclarecesse suas dúvidas sobre a sua participação nessa pesquisa (inclusive se há alguma dúvida sobre os questionários que você já respondeu anteriormente)”*

- Deixar o paciente seguro em relação à psicoterapia, ao sigilo e a confidencialidade.
- Esclarecer o papel da dupla terapêutica **CLIENTE ↔ TERAPEUTA** para o bom andamento do processo terapêutico.
- **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Anexo 1):** Fornecer todas as informações necessárias sobre o TCLE para que o paciente esclareça suas dúvidas e inseguranças acerca da pesquisa.
- **TERMO DE CONSENTIMENTO DA GRAVAÇÃO DA SESSÃO (Anexo 2):** Explicar a necessidade da gravação do áudio das sessões (porque um outro pesquisador irá ouvir, através de sorteio, todas as sessões gravadas, de todos os pacientes da pesquisa, para garantir que todo terapeuta está aplicando o protocolo da pesquisa de forma adequada e correta, certificando-se da qualidade do tratamento que cada paciente recebeu).
- **PSICOEDUCAÇÃO TEPT (Anexo 3):** Explicar sobre o diagnóstico de TEPT e esclarecer as dúvidas do paciente (*“Há algo que você gostaria de acrescentar sobre o evento traumático? Algo que você acredita que é importante que eu saiba? Algo que possa contribuir para o seu tratamento?”*)
- **PSICOEDUCAÇÃO PP (Anexo 4):** Explicar os princípios tópicos da PP (*“A Psicologia Positiva não foca o tratamento apenas no que está ruim, no que é problemático – a terapia visa identificar e fortalecer os pontos fortes e as características positivas do paciente”*)
- **RESPONSABILIDADES DO PACIENTE (Anexo 5):** Seguir as instruções do terapeuta após cada sessão de terapia e responder todas as perguntas do link (pt.surveymonkey.com/r/sessão_01 até 13)

SESSÃO 1 – APRESENTAÇÃO POSITIVA

Sessão 1: Nesta sessão se inicia o PROTOCOLO PP, onde se ensina como iniciar a prática contínua do cultivo da gratidão (apresentação positiva + diário das experiências positivas + apreciação do impacto da gratidão no bem-estar).

(Capítulo 7, Apresentação Positiva e Diário de Gratidão, página 85
Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana & ponte com a sessão anterior;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO** (*“Coloque os dois pés apoiados no chão, organize o seu corpo numa posição confortável e observe a sua respiração... coloque o foco da sua atenção na região do seu coração... e observe a sua respiração... se for confortável, coloque as duas mãos sobre o seu coração e observe... sinta o ritmo do seu coração batendo, e acompanhe o ritmo da sua respiração... o caminho do ar entrando... o caminho do ar saindo... apenas observe... caso você se distraia com outros pensamentos... gentilmente, traga novamente o foco da sua atenção para o seu coração... e continue respirando... observando... sentindo... Faça agora 3 respirações mais profundas... inspirando pelo nariz... expirando pela boca... Depois, deixe o seu corpo se movimentar como ele pedir: espreguiçando, bocejando, esticando as pernas, alongando o pescoço, os braços... e devagarinho, vamos voltando... retornando para continuar a sessão”*)
- **PSICOEDUCAÇÃO DA PP** (Anexo 4): Explicar os efeitos da gratidão no bem-estar e a importância de focar no pensamento positivo.
- **APRESENTAÇÃO POSITIVA (PP-S01-Apresentação Positiva)**: Conhecendo um pouco mais sobre a história de vida do cliente – incentivar que o cliente recorde e escreva a sua APRESENTAÇÃO POSITIVA, onde ele escreve uma “História que despertou o meu melhor” compartilhando uma narrativa de sua história, com começo-meio-fim positivo, descrevendo em termos concretos, o que ocorreu para que o seu melhor fosse despertado;

SESSÃO 2 – DIÁRIO DA GRATIDÃO

Sessão 2: Esta sessão continua com o foco na GRATIDÃO, e ensina as formas de se registrar as “bençãos do dia” escrevendo no diário da gratidão, todos os dias.

(Capítulo 7, Apresentação Positiva e Diário de Gratidão, página 85

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **PSICOEDUCAÇÃO DA PP** (Anexo 4): Explicar os efeitos da gratidão no bem-estar;
- **APRESENTAÇÃO POSITIVA (PP-S01-Apresentação Positiva):** Conhecendo um pouco mais sobre a história de vida do cliente – incentivar que o cliente recorde e escreva a sua APRESENTAÇÃO POSITIVA, onde ele escreve uma “História que despertou o meu melhor” compartilhando uma narrativa de sua história, com começo-meio-fim positivo, descrevendo em termos concretos, o que ocorreu para que o seu melhor fosse despertado;
- **DIÁRIO DA GRATIDÃO (PP-S02-Diário-Gratidão-1 ou PP-S02-Diário-Gratidão-2):** Cliente começa a escrever um DIÁRIO DA GRATIDÃO, onde registra “3 eventos” que aconteceram no dia, e descreve os “3 motivos para ser grato”, seja por coisas grandes ou pequenas;
- Ensina como iniciar a prática contínua do cultivo da gratidão (diário das experiências positivas + motivos para ter gratidão + apreciação do impacto da gratidão no bem-estar).

SESSÃO 3 – VIRTUDES & FORÇAS DE CARÁTER

Sessão 3: Esta sessão foca nas Virtudes & Forças de Caráter, que são traços positivos que podem ser desenvolvidos e podem contribuir para o crescimento pessoal e bem-estar. Objetivo é mensurar e visualizar quais as virtudes e forças de caráter que o cliente mais utiliza no seu cotidiano, e refletir sobre suas forças positivas.

(Capítulo 8, Forças de caráter e forças de assinatura, página 99

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **DIÁRIO DA GRATIDÃO (PP-S02-Diário-Gratidão-1 ou PP-S02-Diário-Gratidão-2):** Cliente começa a escrever um DIÁRIO DA GRATIDÃO, onde registra “3 eventos” que aconteceram no dia, e descreve os “3 motivos para ser grato”, seja por coisas grandes ou pequenas;
- **FORÇAS DO "CORAÇÃO"** (Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=d5UUtIbqZgo&feature=youtu.be>): cliente identifica no vídeo das virtudes (com duração de 2:34 minutos) dentre as 24 forças mostradas nas imagens, aquelas que mais utiliza no seu cotidiano, marcando de **1-uso nunca** até **10-uso sempre** (e, se possível, solicitar que um familiar ou amigo também possa assistir o vídeo e identificar da mesma forma, de 1 a 10, pensando no que o cliente mais utiliza no seu cotidiano);
- **FORÇAS DA "CABEÇA"** (PP-S03-Virtudes-Flor e PP-S03-Virtudes-Lista): cliente lê a LISTA DAS VIRTUDES e identifica dessa lista de 24 forças, aquelas que mais utiliza no seu cotidiano, marcando de **1-uso nunca** até **10-uso sempre** (e, se possível, solicitar que um familiar ou amigo também possa assistir o vídeo e identificar da mesma forma, de 1 a 10, pensando no que o cliente mais utiliza no seu cotidiano) [Na terapia on-line, uma opção interessante é o terapeuta ler a lista das 24 forças, uma a uma, enquanto o cliente escolhe de 1 a 10, e já preenche diretamente na FLOR DAS VIRTUDES, caso ele tenha impresso o formulário da flor das virtudes. No entanto, se o cliente não tiver uma impressora disponível, o terapeuta pode ler a LISTA DAS VIRTUDES, marcar de 1 a 10 o que o cliente escolher, e depois transferir essa numeração na FLOR DAS VIRTUDES. Durante, ou depois da sessão, o terapeuta tira uma foto da FLOR e envia para o cliente pelo whatsapp];
- Foco principal desta sessão são as VIRTUDES & as 24 Forças de Caráter, e comparando as FORÇAS DO CORAÇÃO (quando o cliente responde de 1 a 10, a partir do vídeo, pelo que “sente” ao ver a imagem de cada uma das 24 virtudes, portanto, intuitivamente pelo “coração”) com as FORÇAS DA CABEÇA (quando o cliente responde de 1 a 10, a partir da descrição de cada uma das 24 forças, pelo que “compreendeu” a partir da descrição na LISTA DAS VIRTUDES) e refletindo se houve, ou não, diferenças na pontuação do “coração” e da “cabeça”.

SESSÃO 4 – UMA MELHOR VERSÃO DE MIM

Sessão 4: Esta sessão está voltada para a articulação e implementação de um plano escrito de autodesenvolvimento positivo, pragmático e persistente, com o objetivo de encontrar/planejar/chegar na “melhor versão de mim”

(Capítulo 10, Uma melhor visão de mim mesmo, página 139

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **DIÁRIO DA GRATIDÃO (PP-S02-Diário-Gratidão-1 ou PP-S02-Diário-Gratidão-2):** Cliente começa a escrever um DIÁRIO DA GRATIDÃO, onde registra “3 eventos” que aconteceram no dia, e descreve os “3 motivos para ser grato”, seja por coisas grandes ou pequenas;
- **FORÇAS DO "CORAÇÃO"** (Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=d5UUtibqZgo&feature=youtu.be>)
- **FORÇAS DA "CABEÇA"** (PP-S03-Virtudes-Flor e PP-S03-Virtudes-Lista)
- **MELHOR VERSÃO DE MIM (PP-S04-Melhor Versão de Mim):** utilizar a FLOR DAS VIRTUDES, já preenchida, para identificar quais as FORÇAS que são mais utilizadas pelo cliente, e que, portanto, são os pontos fortes, que serão utilizados no roteiro para a construção do “Meu Plano para a Minha Melhor Versão”;

SESSÃO 5 – MEMÓRIAS ABERTAS & FECHADAS

Sessão 5: Nesta sessão os clientes recordam, escrevem e processam memórias e aprendem a desenvolver competências para lidar com memórias abertas (ou negativas, amargas, difíceis...)

(Capítulo 11, Memórias abertas e fechadas, página 149

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **MELHOR VERSÃO DE MIM (PP-S04-Melhor Versão de Mim):** utilizar a FLOR DAS VIRTUDES, já preenchida, para identificar quais as FORÇAS que são mais utilizadas pelo cliente, e que, portanto, são os pontos fortes, que serão utilizados no roteiro para a construção do “Meu Plano para a Minha Melhor Versão”;
- **MEMÓRIAS ABERTAS X FECHADAS (PP-S05-Memórias Abertas-Fechadas):** Explicar ao cliente como as memórias negativas (MEMÓRIAS ABERTAS) podem influenciar negativamente na construção da MELHOR VERSÃO DE MIM, enquanto as memórias positivas (MEMÓRIAS FECHADAS) influenciam positivamente na construção das nossas potencialidades e utilização das nossas virtudes e forças, na direção da melhor versão de si mesmo;
- O cliente é incentivado a recordar, escrever e processar as suas memórias – abertas e fechadas – e aprendem a desenvolver competências para lidar com as MEMÓRIAS ABERTAS, negativas, amargas, que costumam nos causar sofrimento. A sugestão é que para cada memória aberta/negativa/amarga o cliente possa explorar formas alternativas de lidar com tais memórias, de forma mais adaptativa, resiliente e positiva.

SESSÃO 6 – GRATIDÃO

Sessão 6: Esta sessão amplia o conceito de gratidão, fazendo o cliente recordar e escrever para alguém que está vivo agora e que no passado fez alguma coisa positiva, mas a quem o cliente nunca agradeceu plenamente.

(Capítulo 14, Gratidão, página 183

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **DIÁRIO DA GRATIDÃO (PP-S02-Diário-Gratidão-1 ou PP-S02-Diário-Gratidão-2):** Cliente começa a escrever um DIÁRIO DA GRATIDÃO, onde registra “3 eventos” que aconteceram no dia, e descreve os “3 motivos para ser grato”, seja por coisas grandes ou pequenas;
- **FORÇAS DO "CORAÇÃO"** (Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=d5UUt1bqZgo&feature=youtu.be>)
- **FORÇAS DA "CABEÇA"** (PP-S03-Virtudes-Flor e PP-S03-Virtudes-Lista)
- Explorar a relação entre o DIÁRIO DA GRATIDÃO e as VIRTUDES & FORÇAS para ampliar o conceito de GRATIDÃO, e a importância de registrar os motivos que o cliente tem para ser grato, todos os dias;
- **CARTA DE GRATIDÃO (PP-S06-Carta-Gratidão):** Cliente revê o seu DIÁRIO DA GRATIDÃO e tenta recordar de alguém que o ajudou no passado (e está vivo hoje), que fez algo positivo, mas a quem o cliente nunca teve a oportunidade de agradecer adequadamente. Pensando nessa pessoa, que não recebeu os agradecimentos apropriados, o cliente escreve a CARTA DE GRATIDÃO;
- **VISITA DE GRATIDÃO:** Se possível, e se o cliente desejar, ele convida a pessoa para quem escreveu a CARTA DE GRATIDÃO para um encontro e, sem explicar o porquê de forma antecipada, o cliente lê a CARTA DE GRATIDÃO pessoalmente (on-line) e explica o motivo da escolha;

SESSÃO 7 – PERDÃO

Sessão 7: Esta sessão ensina que o perdão é um processo para mudança, em vez de um evento único. Visa articular o perdão com outras forças, buscando integrar as virtudes e forças na vida cotidiana.

(Capítulo 12, Perdão, página 161

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **FORÇAS DA "CABEÇA" (PP-S03-Virtudes-Flor e PP-S03-Virtudes-Lista)**
- Explorar a utilização das VIRTUDES & FORÇAS para ampliar o conceito de PERDÃO, e a importância de identificar uma pessoa (ou pessoas) e os motivos que o cliente teria para pedir perdão por algo que tenha acontecido no passado;
- **CARTA DE PERDÃO (PP-S07-Carta-Perdão):** Cliente reflete sobre o desejo de pensar sobre alguém que ele deseja perdoar, e escreve a CARTA DE PERDÃO, mas não necessariamente irá entregar essa carta.

SESSÃO 8 – MAXIMIZAR x SATISFAZER

Sessão 8: Esta sessão apresenta os conceitos de maximizar (buscar fazer a melhor escolha possível) e satisfazer (fazer uma escolha "suficientemente boa").

(Capítulo 13, Maximização versus Satisfação, página 173

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **MAXIMIZAR x SATISFAZER (PP-S08-Maximizar-Satisfazer):** Cliente reflete sobre a diferença entre MAXIMIZAR, isto é, fazer a melhor escolha possível, e SATISFAZER, isto é, fazer o suficiente;
- Explorar em que domínios da sua vida o cliente MAXIMIZA (saber que "EU PRECISO FAZER TUDO SEMPRE CERTO") ou SATISFAZ (saber que "EU SOU BOM O BASTANTE") e é estimulado a esboçar um plano para aumentar a SATISFAÇÃO, ao invés de continuar a MAXIMIZAR, e nunca atingir a perfeição/idealização de fazer tudo sempre perfeito e certo.

SESSÃO 9 – ESPERANÇA & OTIMISMO

Sessão 9: Nesta sessão os clientes aprendem a ver os melhores resultados possíveis - ao aprender que os desafios são temporários e a desenvolver um sentido de esperança.

(Capítulo 15, Esperança e Otimismo, página 191

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **ESPERANÇA x OTIMISMO:** Cliente é orientado a enxergar momentos difíceis como desafios temporários, que podem instilar esperança, e levar a momentos de desafios, superação e crescimento pessoal.
- **UMA PORTA SE FECHA, OUTRA PORTA SE ABRE (PP-S09-Portas Abertas-Fechadas):** o cliente reflete sobre situações difíceis que enfrentou, quando algo não deu certo (PORTA FECHADA), mas que o levou a tomar novas decisões, que deram certo (PORTA ABERTA). Após essas reflexões, ele escreve sobre 3 portas que se fecharam e 3 portas que se abriram.

SESSÃO 10 – CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO

Sessão 10: Esta sessão convida os clientes a explorar seus sentimentos e pensamentos profundos acerca de uma experiência traumática que continua a incomodá-los.

(Capítulo 16, Crescimento Pós-Traumático, página 199

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO:** Cliente é orientado a enxergar momentos difíceis como desafios, e oportunidades de crescimento pessoal e valorização da vida.
- **UMA PORTA SE FECHA, OUTRA PORTA SE ABRE (PP-S09-Portas Abertas-Fechadas):** utilizar o exercício da sessão anterior, refletir sobre as portas que se abriram após portas terem se fechado - qual foi o aprendizado e o crescimento?
- [Como um evento difícil/traumático pode nos propiciar algum aprendizado e crescimento?]

SESSÃO 11 – DESACELERAR & SABOREAR

Sessão 11: Nesta sessão os clientes aprendem a desacelerar e desenvolvem uma consciência de como saborear melhor a vida.

(Capítulo 17, Diminuir o ritmo e saborear, página 209

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **DESACELERAR & SABOREAR:** Cliente é orientado a **DESACELERAR** (estratégias para desacelerar, acalmar, para diminuir o estresse e aumentar o bem-estar) e **SABOREAR** (estratégias para desfrutar e aproveitar do melhor da vida) e pode escolher uma técnica de desaceleração e uma técnica de saborear que se adapte a sua personalidade e circunstância na vida.
- **DESACELERAR (PP-S11-Desacelerar):** Comece com uma pequena diminuição do ritmo e desacelere gradualmente... uma redução gradual e constante, é bem melhor do que parar de repente; escolha uma ou duas áreas em que você geralmente é apressado, e diminua o ritmo nessas áreas primeiro.; tente fazer algumas atividades durante a semana de forma mais lenta e consciente: mastigar lentamente nas refeições, caminhar mais devagar, reservar uma noite sem exposição às mídias e TV; deliberadamente, foque sua atenção em atividades na natureza, ao ar livre, como uma boa oportunidade para você descobrir que os ritmos da natureza são lentos, mas profundamente satisfatórios; converse com amigos e familiares acerca das consequências adversas da velocidade excessiva no nosso cotidiano; crie horários e locais, zonas livres de equipamentos eletrônicos e experimente o silêncio; Aprenda a dizer não e evite compromissos em excesso.
- **SABOREAR (Savoring) (PP-S11-Saborear):** É combinar, conscientemente, as sensações positivas, emoções, percepções, pensamentos e crenças para melhor apreciar cada experiência vivida; obter grande prazer ou satisfação nas próprias conquistas, boa sorte e dádivas; obter grande prazer em usufruir de sensações físicas de conforto; ser preenchido com admiração ou surpresa, pois a beleza, frequentemente, induz uma pessoa a maravilhar-se; exercer as virtudes também pode inspirar grande admiração; estar consciente, atento e observador de si mesmo, das outras pessoas e do seu entorno.

SESSÃO 12 – SENTIDO & PROPÓSITO – MEU LEGADO POSITIVO

Sessão 12: Esta sessão foca na procura e na busca de esforços significativos por um bem maior.

(Capítulo 21, Significado e propósito, página 251

Rashid, T., & Seligman, M. P. (2019). Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed)

- Breve revisão da semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **SENTIDO & PROPÓSITO:** Cliente é orientado a encontrar um **SENTIDO** (estratégias para identificar qual o meu lugar no mundo - num ciclo virtuoso) e um **PROPÓSITO** (estratégias para avaliar o impacto do meu trabalho para um bem-estar maior) e a pensar qual será o LEGADO POSITIVO que deixará para a sua comunidade.
- **LEGADO POSITIVO (PP-S12-Legado Positivo):** o cliente escreve como ele gostaria de ser lembrado, especialmente em termos das marcas positivas que deixou e das virtudes que utiliza para um bem estar maior na sua comunidade.
- [Como você gostaria de ser lembrado? Qual seria a marca positiva que você deixaria?]

SESSÃO 13 – FINAL

- Esta sessão foca no feedback do paciente sobre o processo da terapia & encerramento;
- Breve revisão da ÚLTIMA semana;
- **TÉCNICA DE RELAXAMENTO;**
- **FLOR DAS VIRTUDES:** Reflexão sobre a utilização das virtudes e forças de caráter durante o processo terapêutico, e sobre a criação de um ciclo virtuoso.
- Receber o feedback do cliente sobre o tratamento (e a sua participação na pesquisa no geral).
- [Como você gostaria de utilizar esse nosso último encontro? Qual o aspecto da terapia que você gostaria de enfatizar nesse encontro? Como você avalia o seu aproveitamento da terapia positiva?]

APÊNDICE F: Protocolo Terapia Cognitiva Processual**PROTOCOLO DA TCP**

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o link correspondente à sessão de terapia antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Seguir o protocolo de atendimento específico do seu grupo: TCP/PP/MBCT
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Link REGISTRO DO TERAPEUTA no final de cada atendimento
	Enviar uma mensagem para o celular da Érica

Sessão 1: Esta é a sessão-1-inicial, e o foco principal é fornecer as informações sobre a pesquisa no geral para que o paciente se sinta esperançoso em relação à psicoterapia.

Checklist Sessão-1-Inicial: PSICOEDUCAÇÃO

✓	Tarefas do terapeuta
	Preencher a escala da Sessão-1-Inicial com o paciente
	Explicar sobre o passo-a-passo do tratamento (horário, preenchimento das escalas antes da sessão começar, faltas)
	Psicoeducar sobre o TEPT (diagnóstico e esclarecer dúvidas)
	TERMO DE CONSENTIMENTO DA GRAVAÇÃO DA SESSÃO
	Tarefa de casa (levar o folheto com a explicação sobre o TEPT)
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Googledrive

Exemplo: “Hoje você iniciará um tratamento psicoterápico baseado na TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL. Esse tratamento será totalmente on-line, e terá no total, 14 sessões semanais, cada sessão tem duração de aproximadamente uma hora. A sessão de hoje é considerada a Sessão-1-Inicial (para nos conhecermos e esclarecer as dúvidas sobre a sua participação nessa pesquisa). As demais sessões, da Sessão-2 até a Sessão-14, terão conteúdos relacionados à TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL. Gostaria que você esclarecesse suas dúvidas sobre a sua participação nessa pesquisa.

Sessão 2

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK das escalas da Sessão 2, 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas antes do início da sessão
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Revisão da semana anterior (leitura do folheto)
	Psicoeducação sobre o modelo cognitivo (explicar o nível 1 do diagrama da conceituação cognitiva da TCP utilizando o exemplo das três cadeiras); <i>Realizar psicoeducação sobre as distorções cognitivas</i>
	Tarefa de casa - entregar a lista de definições e exemplos das distorções cognitivas e solicitar que o paciente escreva seus próprios exemplos na coluna 4 (preparação do preenchimento do CD-Quest na Sessão 3).
	Resumo da sessão
	Finalizar pedindo o feedback da sessão
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o relatório do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 3

✓	Tarefas do terapeuta
---	-----------------------------

	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 3, 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas da Sessão 3 antes do início da sessão
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Revisão da tarefa de casa (folha de distorções cognitivas)
	<p>Preenchimento do CD-Quest (a maior parte da sessão é dedicada a isso)</p> <p>Terapeuta: "Este questionário será utilizado semanalmente para ajudar a identificar seus pensamentos automáticos ocorridos na semana anterior à sessão, e a manter-se continuamente atento às distorções cognitivas, em base diária, durante todo o curso da terapia".</p> <p>Observação: a partir da sessão 3, o paciente passará a preencher o CD-Quest antes das sessões.</p>
	Introduzir o início do Registro de Pensamentos Intrapessoal (RP-Intra) na sessão, mostrando como os PAN são autorreforçadores.
	Tarefa de casa: preencher 3 RP-Intra durante a semana (parte inicial), ao notar emoções fortes e/ou situações desagradáveis.
	Resumo da sessão
	Finalizar pedindo o feedback da sessão
	Solicitar que o paciente chegue 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 4

✓	Tarefas do terapeuta
---	-----------------------------

	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 4 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas Sessão 4 antes do início da sessão
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Revisar CD-QUEST e comparar os escores da sessão atual com os da sessão anterior (distorções cognitivas)
	Revisão da tarefa de casa: RP-Intra
	Terminar o RP-Intra com preenchimento de um inteiro na sessão (sem perguntas 5 e 6 sobre comportamento)
	Tarefa de casa: Preencher pelo menos pelo menos 2 RP-Intra durante a semana (idealmente três)
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	Solicitar que o paciente chegue 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 5

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 5 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas Sessão 5 antes do início

	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Revisar CD-QUEST e comparar os escores da sessão atual com os da sessão anterior (distorções cognitivas)
	Revisão da tarefa de casa: RP-Intra
	Preencher um RP-Intra com as perguntas 5 e 6 sobre o comportamento (vantagens e desvantagens do comportamento)
	Tarefa de casa: Preencher pelo menos 2 RP-Intra durante a semana (idealmente três)
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	Solicitar que o paciente chegue 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 6

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 6 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas da Sessão 6 antes do início da sessão
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior

	Revisão CD-QUEST, comparando os escores da sessão atual com os das sessões anteriores (distorções cognitivas)
	Revisar tarefa de casa (RP-Intra)
	Psicoeducação do nível 2 do diagrama de conceituação; Introduzir a HSCC e construir a lista de situações temidas (esquiva)
	Tarefa de casa: realizar exposição a itens de valor 2 ou 3
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	Solicitar que o paciente chegue 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 7

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 7 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas da Sessão 7 antes do início da sessão
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Revisão CD-QUEST, comparando os escores da sessão atual com os das sessões anteriores (distorções cognitivas)
	Revisar tarefa de casa (exposição a itens de valor 2 ou 3)
	Identificar com o paciente um item de valor 4 ou 5 da HSCC; introduzir o Role-Play Consensual (RPC) com essa ação temida (não esquecer Plano de Ação)

	Tarefa de casa: experimento comportamental resultante do RPC (Plano de Ação); continuar exposições de itens do HSCC
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	Solicitar que o paciente chegue 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 8

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 8 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas da Sessão 8 antes do início da sessão
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Revisão CD-QUEST e comparar os escores da sessão atual com a sessões (distorções cognitivas)
	Revisão da tarefa de casa: Checar a exposição da HSBC
	Psicoeducação do nível 3 do diagrama de conceituação. Aplicar Processo I
	Tarefa de casa: Preparo para o recurso
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	Solicitar que o paciente chegue 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO

	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive
--	---

SESSÃO 9

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 9 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas Sessão 9 antes do início da sessão
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Revisão CD-QUEST e comparar os escores da sessão atual com a sessões (distorções cognitivas)
	Revisão da tarefa de casa: preparo para o recurso
	Aplicar o Recurso (Processo I com a crença trabalhada na sessão anterior). Se esta crença não tiver mais qualquer impacto, opção de trabalhar nova crença
	Tarefa de casa: continuação do preenchimento da preparação para o Recurso;
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	Solicitar que o paciente chegue 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 10

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO

	Enviar o LINK da Sessão 10 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas Sessão 10 antes do início da sessão
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Revisão CD-QUEST e comparar os escores da sessão atual com a sessões (distorções cognitivas)
	Revisão da tarefa de casa: preparação para o Recurso
	Aplicar o Processo I (com múltiplas crenças)
	Tarefa de casa: preparo para o Recurso;
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	Solicitar que o paciente passe a chegar 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 11

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 11 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas Sessão 11 antes do seu início
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior

	Revisão CD-QUEST e comparar os escores da sessão atual com a sessões (distorções cognitivas)
	Revisão da tarefa de casa: Recurso
	Aplicar o Processo I (com uma ou mais crenças)
	Tarefa de casa: continuação do preenchimento da preparação para o Recurso;
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	Solicitar que o paciente passe a chegar 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 12

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 12 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas Sessão 12 antes do seu início
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Revisão CD-QUEST e comparar os escores da sessão atual com a sessões (distorções cognitivas)
	Revisão da tarefa de casa: preenchimento da preparação para o Recurso com as novas crenças;
	Aplicar o Processo II (promotor assume posição de réu, sendo processado pelo paciente);

	Tarefa de casa: continuar com o preparo para o Recurso com as novas crenças; escrever carta assertiva ao promotor
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	Solicitar que o paciente chegue 20 minutos antes da sessão para o preenchimento do CD-Quest.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO 13

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão 13 , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas Sessão 13 antes do início da sessão
	Revisão da semana
	Ponte com a sessão anterior
	Fazer uma análise do gráfico do CD-Quest;
	Tarefa de casa: pedir ao paciente que continue preenchendo a preparação do Recurso com as três (ou mais) novas crenças nos próximos três meses.
	Metáfora do Barco a vela
	Resumo da sessão;
	Finalizar pedindo o feedback da sessão.
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

SESSÃO Coringa

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o LINK da Sessão Coringa , 10 minutos antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Checar se o paciente preencheu as escalas da Sessão Coringa antes do início da sessão
	Importante: Esta sessão pode ser usada em qualquer momento do tratamento para a aplicação da Grade de Participação quando houver sentimento de culpa relacionado com evento traumático ou outro
	Encaminhar o paciente avaliação final (Ele será contatado depois de 3 meses/6meses/12 meses)
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

PROTOCOLO DA TCP

✓	Tarefas do terapeuta
	ANTES DA SESSÃO
	Enviar o link correspondente à sessão de terapia antes do atendimento
	DURANTE A SESSÃO
	Seguir o protocolo de atendimento específico do seu grupo: TCP/PP/MBCT
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Link REGISTRO DO TERAPEUTA no final de cada atendimento
	Enviar uma mensagem para o celular da Érica

Sessão 1: Esta é a sessão-1-inicial, e o foco principal é fornecer as informações sobre a pesquisa no geral para que o paciente se sinta esperançoso em relação à psicoterapia.

Checklist Sessão-1-Inicial: PSICOEDUCAÇÃO

✓	Tarefas do terapeuta
	Preencher a escala da Sessão-1-Inicial com o paciente
	Explicar sobre o passo-a-passo do tratamento (horário, preenchimento das escalas antes da sessão começar, faltas)
	Psicoeducar sobre o TEPT (diagnóstico e esclarecer dúvidas)
	TERMO DE CONSENTIMENTO DA GRAVAÇÃO DA SESSÃO
	Tarefa de casa (levar o folheto com a explicação sobre o TEPT)
	APÓS A SESSÃO
	Preencher o Registro do Terapeuta no Google Drive

Exemplo: “Hoje você iniciará um tratamento psicoterápico baseado na TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL. Esse tratamento será totalmente on-line, e terá no total, 14 sessões semanais, cada sessão tem duração de aproximadamente uma hora. A sessão de hoje é considerada a Sessão-1-Inicial (para nos conhecermos e esclarecer as dúvidas sobre a sua participação nessa pesquisa). As demais sessões, da Sessão-2 até a Sessão-14, terão conteúdos relacionados à TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL. Gostaria que você esclarecesse suas dúvidas sobre a sua participação nessa pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.089.064

afastamento de outras pessoas, incapacidade persistente de sentir emoções positivas); excitabilidade aumentada (irritabilidade ou surtos de raiva, comportamento auto-destrutivo, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, dificuldade de concentração, insônia). Estes sintomas devem ocorrer por pelo menos um mês, produzindo com sofrimento significativo e prejuízo funcional. Estudos epidemiológicos indicam taxas de prevalência de 3,8% até 8,3% na população em geral (Goldstein et al., 2016). Enquanto que em profissões específicas como médicos e enfermeiros que trabalham em emergências, essa prevalência varia de 14,8% a 83% (Mealer et al., 2009; Delucia, 2016; Hosseinnejadet al., 2019). Com a crise global do COVID-19, a literatura até o momento e a experiência na atenção à saúde indica que podem surgir traumas emocionais duradouros em uma escala sem precedentes (Yao, Chen & Xu, 2020), com consequências devastadoras para a população mundial como desemprego, mortes e isolamento social. A exposição a uma doença grave leva a sentimentos de vulnerabilidade, medo, pânico, desespero, dentre outros. Há pouquíssimos ou nenhum evento comparado à esta pandemia e com tais proporções. A primeira e segunda guerras mundiais, por exemplo, estavam limitadas por um aspecto geográfico, limitando a ansiedade generalizada em outros continentes. A gripe espanhola, com altas taxas de mortalidade nas primeiras décadas do século XX não foi divulgada na escala global e tecnológica como ocorre na atualidade. Um outro ponto alarmante é a literatura limitada para lidar com as três características envolvidas nessa pandemia: como as pessoas lidam com a quarentena, desastre em massa e estressores contínuos. Os prejuízos à saúde mental em larga escala são iminentes, como apontam a psicologia dos desastres (REF), sobretudo, sendo o ambiente com estressores intensos e duradouros capazes de facilitar o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático (Books et al., 2020). Nesse contexto, é pertinente questionar sobre quais intervenções psicoterapêuticas poderiam ser eficazes para as pessoas que apresentarem o diagnóstico de TEPT além de ser com o recurso on-line, o que facilitaria a disponibilidade imediata de atenção à saúde mental, independente da região geográfica do país. Dentre as psicoterapias existentes, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) tem recebido muita atenção nas últimas décadas por se sobressair no tratamento de diversos transtornos mentais (REF). Os tratamentos mais empiricamente validados estão aqueles que atuam na reestruturação cognitiva e na exposição gradual aos estímulos ansiogênicos (Kar, 2011). Após a vivência de eventos traumáticos, há um aumento de crenças negativas em relação a si mesmo, o mundo e o outro. A ideia central é que esses eventos interferem diretamente nas crenças nucleares (CN) dos indivíduos. Em estudos comparativos entre indivíduos que desenvolveram e indivíduos que não desenvolveram TEPT, há evidências que ocorrem alterações significativas nas CN. (Foa, Ehlers,

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual (TCP) em atendimentos on-line aos portadores de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) decorrente da pandemia de COVID-19.

Pesquisador: Irismar Reis de Oliveira

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 3

CAAE: 30769420.0.0000.5543

Instituição Proponente: SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.089.064

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1536293.pdf) e do Projeto Detalhado.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ocorre após a exposição ou ameaça de morte, ferimento grave, violência sexual de uma das seguintes formas: exposição direta ou testemunhar um evento traumático, saber do evento através de um familiar ou amigo próximo ou ser exposto a muitos detalhes (por exemplo: bombeiros, policiais, etc.) (APA, 2013)- DSM Segundo o manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, em sua 5ª edição (DSM-5; APA, 2013) os indivíduos que desenvolvem o TEPT apresentam as seguintes características: sintomas intrusivos (memórias intrusivas e recorrentes do trauma, sonhos recorrentes e reações dissociativas como flashbacks); sintomas de evitação (evitação de lembranças e situações que lembrem o trauma), alterações de humor e cognições específicas (incapacidade de recordar aspectos do trauma, cognições distorcidas quanto às causas ou consequências do trauma, crenças persistentes ou exageradas quanto a si mesmo, aos outros ou ao mundo, estado emocional negativo persistente, redução de interesse e participação em atividades relevantes, sensação de distanciamento e

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.089.064

Clark, Tolin, & Orsillo, 1999). Segundo Young, Klosko, & Weishaar (2008), as abordagens iniciais da TCC tinham como foco de trabalho as estruturas mais superficiais da cognição, e alguns pacientes com problemas mais complexos ou com transtornos de personalidade não respondiam de forma satisfatória aos tratamentos. Aaron Beck desenvolveu a Terapia Cognitiva com foco na modificação de CN, assim como outras TCC foram desenvolvidas para lidar com cognições mais profundas e estruturantes, chegando aos esquemas cognitivos, isto é, o conjunto de CN, geralmente de conteúdo negativo, que influenciam e mantêm os sintomas psicopatológicos (Bamber e McMahon, 2008) devendo, portanto, ser um dos alvos do tratamento psicológico. Dessa forma, o presente estudo é inédito na população brasileira, podendo embasar futuras intervenções terapêuticas e/ou de pesquisa com o foco na obtenção de melhores resultados nos tratamentos psicoterápicos, sobretudo em contextos de psicopatologias graves, limitantes e no cenário de desastres naturais, que eventualmente ocorrem no Brasil e no mundo, impactando a saúde em vários níveis.

HIPÓTESE

- A Terapia Cognitiva Processual e Mindfulness online é estatisticamente diferente da Psicologia Positiva online na redução dos sintomas do TEPT;
- A Terapia Cognitiva Processual e Mindfulness online apresenta tamanho de efeito maior na redução dos sintomas do TEPT em comparação ao controle (PP);
- A Terapia Cognitiva Processual e Mindfulness online apresenta tamanho de efeito maior na redução dos sintomas de culpa sobre o evento traumático comparado ao controle;
- A Terapia Cognitiva Processual e Mindfulness online é estatisticamente diferente do controle, com tamanho de efeito maior, na melhora da qualidade de vida (ou incapacidade).

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, com dois grupos paralelos, simples cego. Após início da seleção da amostra, os pacientes com TEPT desenvolvido como consequência do coronavírus (COVID-19), serão randomizados para TCP online ou Redução do Estresse baseada Mindfulness online. A duração do tratamento é de três meses e meio, com seguimento de três, seis e doze meses. As psicoterapias online serão realizadas individualmente, com frequência semanal, totalizando 13 sessões com uma hora de duração cada.

5.1.1. Procedimentos: Os interessados que buscarem atendimento on-line como consequência do COVID-19 serão filtrados através de um questionário auto-aplicável sobre sintomas de TEPT (PCL-5). Serão convidados a participar pacientes que procurarem espontaneamente e receberem

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.089.064

informações sobre o estudo nas mídias. Após admissão no estudo serão atendidos por avaliadores treinados no SCID que assegurarão a presença do diagnóstico segundo os critérios do DSM-5. Os participantes receberão explicações sobre como será o estudo assim como funcionará a psicoterapia. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será apresentado onde assinarão caso concordem em participar do estudo e o termo de consentimento de gravação das sessões. Ao término do preenchimento dos instrumentos de auto-avaliação o paciente segue para a randomização.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Adultos, de ambos os sexos;
- Com idade entre 18 e 60 anos;
- Com diagnóstico de TEPT desenvolvido em consequência à exposição direta ou indireta ao COVID-19: profissionais da saúde, ex-portadores do vírus/doença, amigos ou familiares de portadores ou vítimas do vírus/doença, aqueles que passaram por quarentena, isolamento ou distanciamento social;
- Em atendimento psiquiátrico e em uso de psicofármacos;
- Com escore superior a 45 pontos na CAPS-5
- Capazes de ler, escrever e seguir instruções e que tenham assinado o consentimento livre esclarecido e aceitem fazer atendimentos em psicoterapia online.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Com risco de suicídio moderado a grave;
- Com comportamento de automutilação;
- Que já estejam em outra psicoterapia;
- Com sintomas psicóticos;
- Com transtorno por abuso ou dependência de substância;
- Com diagnóstico de transtornos de personalidade.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS PRIMÁRIOS

- Avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual on-line para pacientes com TEPT desenvolvido no contexto de pandemia do coronavírus.
- Comparar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual, da terapia de Redução do estresse baseada em Mindfulness e da Psicologia positiva, online, em pacientes com TEPT desenvolvido no contexto

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.089.064

de pandemia do coronavírus.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual online na redução de sintomas de depressão, ansiedade e culpa;
- Avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual online na melhora da qualidade de vida (ou incapacidade).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Desconforto emocional durante as sessões;
Sessões de Psicoterapia para tratar o TEPT.

BENEFÍCIOS

Tratar os temas dos desconfortos durante a terapia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Resumo: Ensaio clínico randomizado, com dois grupos paralelos, simples cego. Após início da seleção da amostra, os pacientes com TEPT desenvolvido como consequência do corona vírus (COVID-19), serão randomizados para TCP online ou Redução do Estresse baseada Mindfulness online. A duração do tratamento é de três meses e meio, com seguimento de três, seis e doze meses. As psicoterapias online serão realizadas individualmente, com frequência semanal, totalizando 13 sessões com uma hora de duração cada.

Patrocinador: Financiamento Próprio.

Número de participantes incluídos no Brasil: 135.

Previsão de início do estudo: 07/04/2020.

Previsão de encerramento do estudo: 30/12/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.089.064

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise de respostas ao parecer pendente nº 4.004.289 emitido pela Conep em 03/05/2020:

1. Nos documentos do projeto, existem referências exclusivamente à Resolução CNS nº 466 de 2012. Considerando que é um projeto cuja metodologia utilizada é de Ciências Humanas e Sociais, recomenda-se estar em conformidade com a Resolução CNS nº 510 de 2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais). Solicita-se adequação dos documentos "declaraodeconfidencialidadedaequipe.pdf" e Projeto Detalhado.

RESPOSTA: No documento "declaração de confidencialidade", esta informação foi corrigida, bem como no projeto, estando as correções marcadas em vermelho à página 16/21.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, referente ao documento intitulado "termodeconsentimento.pdf", postado na Plataforma Brasil em 14/04/2020:

2.1. Na página 1 de 3, onde se lê: "Caso seu psiquiatra e seu psicoterapeuta avaliem que precisam trocar sua medicação, você também terá que ser desligado do estudo.", Solicita-se esclarecer aos participantes de pesquisa que tipo de acompanhamento e ou encaminhamento/assistência será dado caso ele seja retirado da pesquisa. Ressalta-se também a necessidade de uma justificativa para sua retirada.

RESPOSTA: No TCLE, à página 2, o texto está agora mais claro e explícito, contento a justificativa. A frase inteira fica assim: Caso seu psiquiatra e seu psicoterapeuta avaliem que precisam trocar sua medicação, você também terá que ser desligado do estudo e encaminhado para cuidados em outro serviço da nossa rede de apoio. Caso você e seu terapeuta decidam encerrar o tratamento antes do término da pesquisa, o encaminhamento será feito nos mesmos moldes.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. Na página 2 de 3, onde se lê: "Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466 de 12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.", Considerando que é um projeto cuja metodologia utilizada é de Ciências Humanas e Sociais, recomenda-se estar em conformidade com a Resolução CNS nº 510 de 2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais). Solicita-se adequação.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.089.084

RESPOSTA: Alteração realizada, ficando: Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. Quanto ao documento apresentado, identifica-se a solicitação de "documento de identidade". Considerando que o processo de consentimento tem a função precípua de informar e respeitar a autonomia do participante de pesquisa, solicita-se justificar a necessidade das informações solicitadas e, se não forem necessárias, retirar esse campo.

RESPOSTA: A exigência da informação "documento de identidade" foi retirada do TCLE, podendo ser isto constatado à página 2/4.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Nos documentos do protocolo identifica-se como Instituição Proponente o "HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ESPAÇO NELSON PIRES - SANATÓRIO SÃO PAULO". No entanto, no Projeto Detalhado identifica-se nesta mesma condição a "Universidade Federal da Bahia", adicionalmente esse último documento acrescenta que "a sede do estudo está situada na cidade de Salvador, Bahia". Diante do exposto, solicita-se que o pesquisador esclareça como se dará a colaboração institucional e apresente a documentação comprobatória.

RESPOSTA: Tratou-se de um equívoco, já corrigido. De fato, a Universidade Federal da Bahia participa através do programa de pós-graduação do Instituto de Ciências da Saúde, autorizando alunos de mestrado e doutorado participarem. Os documentos pertinentes estão sendo anexados.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao Projeto Detalhado, referente ao documento intitulado "protocolo.pdf", postado na Plataforma Brasil em 15/04/2020:

4.1. Na página 10 de 21 do documento, lê-se "psicólogos e psiquiatras que aplicarão as psicoterapias em locais próprios, sem ruído, adequados à preservação do sigilo (residência, consultório, serviços de saúde), em suas respectivas cidades: Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Recife", sendo estes "10 psicoterapeutas treinados na aplicação de apenas uma das modalidades". Considerando que a Norma Operacional CNS nº 001 de 2013 prevê que o orçamento financeiro

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.089.064

deve ser detalhado, especificando todos os recursos, fontes e destinação, em especial os custos operacionais, bem como qual é a fonte financiadora, solicita-se esclarecimentos e/ou adequação. RESPOSTA: Infelizmente, apesar da submissão a fontes financiadoras, ainda não contamos com aprovação. Neste caso, modificamos o texto no protocolo que agora lê-se como se segue, à página 17: Quanto aos custos operacionais com os psicoterapeutas e avaliadores, destaca-se que o grupo de pesquisadores realiza trabalho voluntário. As despesas adicionais em materiais como questionários, impressões e custos com internet serão cobertas pelas verbas oriundas do grupo de pesquisa chefiado por Érica Panzani Durán e Irismar Reis de Oliveira. Ainda, ressalta-se que o presente projeto foi submetido a editais em fontes financiadoras de projetos, destinados a apoio a projetos de pesquisa em COVID-19, contendo o orçamento acima descrito. No momento desta submissão, não sabemos se será aprovado. ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.2. Solicita-se apresentar a atribuição detalhada dos psicoterapeutas que serão responsáveis pelo atendimento, garantindo a competência e qualificação dos profissionais para execução do estudo. RESPOSTA: No documento anexado na Plataforma Brasil, as atribuições de cada participante da pesquisa são especificadas. Entretanto, desde já se adianta que todos os terapeutas possuem especialização, porém, a maioria se encontra em programas de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado. Alguns já possuem doutorado. ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	12/06/2020		Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.089.064

Básicas do Projeto	ETO_1536293.pdf	19:33:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclesemalteracaodestacada.pdf	12/06/2020 19:30:40	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoemalteracaodestacada.pdf	12/06/2020 19:30:22	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartarespostapendencia.pdf	12/06/2020 19:30:02	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartarespostaparecerconep.pdf	30/05/2020 19:53:24	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoemalteracaodestacada.pdf	30/05/2020 19:52:29	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecomalteracaodestacada.pdf	30/05/2020 19:52:09	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	declaraaofuncaodospsicologosnoprojeto.pdf	30/05/2020 19:51:30	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	declaraaoleonardomachadotavares.pdf	30/05/2020 19:49:56	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	declaraaococonfidencialidadestefanio.pdf	30/05/2020 19:49:33	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	declaraaococonfidencialidademarcelomarcos.pdf	30/05/2020 19:46:16	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	declaraaococonfidencialidadedaequipe.pdf	30/05/2020 19:40:57	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	protocolo.pdf	15/04/2020 11:11:39	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaraaodeconfidencialidadedaequipe.pdf	15/04/2020 11:08:37	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	14/04/2020 10:47:05	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	07/04/2020 21:47:29	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	inventariorelacionadoaculpa.pdf	07/04/2020 21:46:50	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	fichacadastral.pdf	07/04/2020 16:56:15	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	07/04/2020 15:21:42	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	orcamentospss.pdf	07/04/2020	Irismar Reis de Oliveira	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.089.064

Outros	orcamentospss.pdf	14:58:57	Oliveira	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	07/04/2020 14:57:34	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	equipedetalhada.xlsx	06/04/2020 22:06:42	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	escalaparaavaliacaodettp.pdf	06/04/2020 21:27:16	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	inventariodecrenccascentraisnegativas.pdf	06/04/2020 21:25:53	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	SCID.pdf	06/04/2020 21:24:46	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	escalahamilton.pdf	06/04/2020 21:23:57	Irismar Reis de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 16 de Junho de 2020

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Processual (TCP) em atendimentos on-line aos portadores de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) decorrente da pandemia de COVID-19.

Pesquisador: Irismar Reis de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30769420.0.0000.5543

Instituição Proponente: SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.974.046

Apresentação do Projeto:

Tramitação prioritária por solicitação da Conep - SARS-CoV-2/Covid-19

Objetivo da Pesquisa:

Tramitação prioritária por solicitação da Conep - SARS-CoV-2/Covid-19

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tramitação prioritária por solicitação da Conep - SARS-CoV-2/Covid-19

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tramitação prioritária por solicitação da Conep - SARS-CoV-2/Covid-19

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Tramitação prioritária por solicitação da Conep - SARS-CoV-2/Covid-19

Recomendações:

Tramitação prioritária por solicitação da Conep - SARS-CoV-2/Covid-19

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tramitação prioritária por solicitação da Conep - SARS-CoV-2/Covid-19

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.974.048

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1536293.pdf	15/04/2020 11:20:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	protocdo.pdf	15/04/2020 11:11:39	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Investigador				
Orçamento	orcamento.pdf	15/04/2020 11:09:46	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declacaodeconfidencialidadedaequipe.pdf	15/04/2020 11:08:37	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	14/04/2020 10:47:05	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	07/04/2020 21:47:29	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	inventariorelacionadoaculpa.pdf	07/04/2020 21:46:50	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	fichacadastral.pdf	07/04/2020 16:56:15	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	07/04/2020 15:21:42	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	orcamentosps.pdf	07/04/2020 14:58:57	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	07/04/2020 14:57:34	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	equipedetalhada.xlsx	06/04/2020 22:06:42	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	escalaparaavaliacaodettp.pdf	06/04/2020 21:27:16	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	inventariodecrencascentraisnegativas.pdf	06/04/2020 21:25:53	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	SCID.pdf	06/04/2020 21:24:46	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	escalahamilton.pdf	06/04/2020 21:23:57	Irismar Reis de Oliveira	Aceito

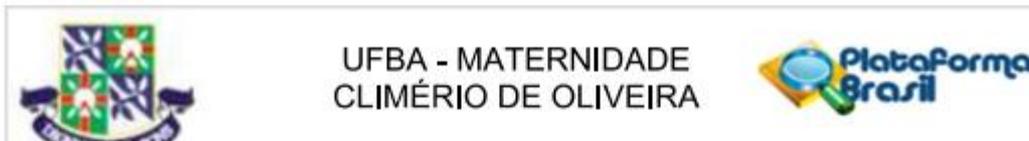
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
 Bairro: Nazaré CEP: 40.055-150
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-9210 E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.974.046

SALVADOR, 15 de Abril de 2020

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br

ANEXO B – Lista de Verificação de Estresse em Reação a Traumas (PCL-5)

PCL-5

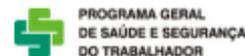
Abaixo há uma lista de problemas que as pessoas às vezes apresentam em resposta a uma experiência muito estressante. Por favor, leia cuidadosamente cada problema e então circule um dos números à direita para indicar o quanto você tem sido incomodado por este problema no último mês.

No último mês, quanto você foi incomodado por:	De modo nenhum	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	0	1	2	3	4
2. Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	0	1	2	3	4
3. De repente, sentindo ou agindo como se a experiência estressante estivesse, de fato, acontecendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante?	0	1	2	3	4
5. Ter reações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	0	1	2	3	4
7. Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
8. Não conseguir se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	0	1	2	3	4
9. Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: "Eu sou ruim", "existe algo seriamente errado comigo", "ninguém é confiável", "o mundo todo é perigoso")?	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	0	1	2	3	4
11. Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	0	1	2	3	4
16. Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?	0	1	2	3	4
17. Ficar "super" alerta, vigilante ou de sobreaviso?	0	1	2	3	4
18. Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar?	0	1	2	3	4
20. Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	0	1	2	3	4

ANEXO C – Escala Hamilton de Ansiedade e Depressão



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() não tanto quanto antes [1]	() só um pouco [2]	() já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
() sim, de jeito muito forte [3]	() sim, mas não tão forte [2]	() um pouco, mas isso não me preocupa [1]	() não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
() do mesmo jeito que antes[0]	() atualmente um pouco menos[1]	() atualmente bem menos[2]	() não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
() nunca[3]	() poucas vezes[2]	() muitas vezes[1]	() a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
() sim, quase sempre[0]	() muitas vezes[1]	() poucas vezes[2]	() nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre[3]	() muitas vezes[2]	() poucas vezes[1]	() nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
() nunca[0]	() de vez em quando[1]	() muitas vezes[2]	() quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
() completamente[3]	() não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	() talvez não tanto quanto antes[1]	() me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
() sim, demais[3]	() bastante[2]	() um pouco[1]	() não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
() do mesmo jeito que antes[0]	() um pouco menos que antes[1]	() bem menos do que antes[2]	() quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
() a quase todo momento[3]	() várias vezes[2]	() de vez em quando[1]	() não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
() quase sempre[0]	() várias vezes[1]	() poucas vezes[2]	() quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13)		Escore: 0 – 7 pontos: improvável	
Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)	
		12 – 21 pontos: provável	
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA			
Referências:			
Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P.The Hospital Anxiety and Depression Scale.Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67,361 -370			
Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clinica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.			

ANEXO D – Escala de Aliança Terapêutica da Califórnia (versão do paciente) – (CALPAS-P)

Rev Bras Psiquiatr 2001;23(2):88-5

Escala de aliança psicoterápica
Marcolino JAM & Iacoponi E

Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia Versão do Paciente – (Calpas-P)

1. Você se sentiu tentado a interromper a terapia quando foi incomodado ou desapontado com a terapia?
 2. Você se sentiu pressionado por seu terapeuta a fazer mudanças antes de estar preparado?
 3. Quando seu terapeuta comentou a respeito de uma situação, isso lhe trouxe à mente outras situações parecidas em sua vida?
 4. Você sentiu que, mesmo que tivesse tido momentos de dúvida, confusão ou desconfiança, o todo da terapia valia a pena?
 5. Os comentários de seu terapeuta levaram você a acreditar que ele colocou as necessidades dele antes das suas?
 6. Quando coisas importantes surgiram na sua mente, com que frequência você se percebeu mantendo-as para você mesmo em vez de dividi-las com seu terapeuta?
 7. Você se sentiu aceito/a e respeitado/a por seu terapeuta por aquilo que você é?
 8. O quanto você conteve seus sentimentos durante essa sessão?
 9. Você achou que comentários de seu terapeuta não lhe ajudaram, foram confusos, incorretos ou que realmente não se aplicaram a você?
 10. Você sentiu que esteve trabalhando junto com seu terapeuta, que os dois estavam unidos em um só esforço para superar seus problemas?
 11. Quanto você esteve livre para discutir assuntos pessoais que você habitualmente fica envergonhado/a ou com medo de revelar?
 12. Durante essa sessão, quanto você esteve disposto para continuar lutando com seus problemas, mesmo que nem sempre pudesse ver uma solução imediata?
 13. Durante essa sessão, quanto seu terapeuta esteve empenhado a lhe ajudar a superar suas dificuldades?
 14. Você sentiu que discordou do seu terapeuta a respeito do tipo de mudanças que gostaria de fazer em sua terapia?
 15. Quanto você se ressentiu do tempo, dos custos ou de outras exigências de sua terapia?
 16. Você sentiu que seu terapeuta entendeu o que você esperava atingir nesta sessão?
 17. Durante essa sessão, quanto foi importante para você olhar para as maneiras como você poderia estar contribuindo para seus próprios problemas?
 18. Quanto você se encontrou pensando que a terapia não era a melhor maneira de obter ajuda para seus problemas?
 19. O tratamento que você recebeu nesta sessão está em sintonia com suas idéias a respeito do que ajuda as pessoas em terapia?
 20. Você sentiu que esteve trabalhando em desarmonia ao seu terapeuta, que vocês não compartilharam a mesma percepção de como proceder a respeito do que poderia ajudá-lo no que deseja?
 21. Quanto você se sentiu confiante de que, por seus próprios esforços e aqueles de seu terapeuta, você terá alívio de seus problemas?
 22. Você teve a impressão de que esteve incapacitado de aprofundar o entendimento do que está incomodando você?
 23. Quanto você discordou de seu terapeuta a respeito de quais questões eram mais importantes trabalhar durante essa sessão?
 24. Quanto seu terapeuta ajudou você a conseguir um aprofundamento da compreensão dos seus problemas?
-

ANEXO E – Inventário de Crenças Centrais Negativas – ICCN

Inventário de Crenças Centrais Negativas – ICCN

Por favor, leia com atenção as afirmativas a seguir e indique o quão bem elas te descrevem escolhendo *uma* das 4 opções de resposta abaixo. Indique suas respostas no espaço apropriado situado à direita de cada afirmação.

***Pergunta: Por que não ter colocado descritores para os valores 2 e 3 para maior clareza? Além disso, eu teria sugerido que o escore 1 representasse algo como “Não me descreve de forma alguma” ou “Não me descreve absolutamente”.

Sugestões: 1) Não me descreve de forma nenhuma; 2) Descreve-me um pouco; 3) Descreve-me moderadamente bem; e 4) Descreve-me muito bem.

Será que o inventário não ganharia em confiabilidade (não sei se este é o termo correto) em se fazendo alguns deles na forma reversa?

1-----2-----3-----4
 Não me Descreve-me
 descreve bem muito bem

PARTE 1: COMO EU ME VEJO

1. Sinto como se as outras pessoas fossem mais competentes do que eu.	
2. Eu me sinto incompetente na maioria das coisas que faço.	
3. Eu me sinto inferior perto de algumas pessoas.	
4. Acho que não sou tão bom/boa quanto às outras pessoas.	
5. Eu me sinto desprotegido (a) em relação às dificuldades da vida.	
6. Eu me sinto indefeso (a) quando me vejo sozinho (a).	
7. Na maior parte do tempo experimento uma sensação de insegurança.	
8. Eu me sinto fraco (a) quando surge uma adversidade ou contratempo.	
9. Preciso ter alguém de confiança por perto para enfrentar novas situações.	
10. Acho difícil alguém gostar de mim.	
11. Sinto que sou chato (a) ou desinteressante.	
12. Sinto que sempre serei rejeitado (a) quando perceberem meus defeitos.	
13. Sinto que dificilmente terei o amor ou amizade que gostaria das outras pessoas.	
14. Acho que não sou bom/boa o bastante para ser amado (a).	

15. Acho que ninguém me ama.	
16. Sinto que sou incapaz de mudar minha vida.	
17. Levando tudo em conta, acho que sou um (a) fracassado (a).	
18. Sinto que tenho pouco valor como pessoa.	
19. Acho que minha presença é prejudicial às outras pessoas.	
20. Sinto que sou insignificante.	
21. Acho que o mundo seria melhor se eu não existisse.	

PARTE 2: COMO EU VEJO OS OUTROS

1. Acho que as pessoas tentam me evitar quando peço algo.	
2. Acho que as pessoas não se preocupam se vão falar algo que pode me magoar.	
3. Tenho receio de me abrir com as pessoas e elas brincarem com meus sentimentos.	
4. Sinto que as pessoas me magoam de propósito.	
5. Sinto que preciso me proteger das outras pessoas.	
6. Acho que as pessoas não se importam em me prejudicar para obter o que precisam.	
7. Tenho receio de ser traído até por alguém em quem confio.	
8. Quando alguém me critica sinto que esta tentando me atacar.	
9. Acho que as pessoas torcem pelo meu fracasso.	
10. Em muitas situações tenho a sensação de que as pessoas querem levar vantagem sobre mim.	
11. Sinto que as pessoas tentam me impor suas ideias ou opiniões.	

ANEXO F - Índice de Bem estar OMS – WHO-5

Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998

Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar.

Exemplo: Se ao longo das últimas duas semanas se sentiu alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, coloque uma cruz no quadrado com o número 3

	<i>Durante as últimas duas semanas</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
1	Senti-me alegre e bem disposto/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	Senti-me calmo/a e tranquilo/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	Senti-me activo/a e enérgico/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

ANEXO G – Trauma-Related Guilt Inventory - TRGI**TRGI - Inventário Relacionado a Culpa**

As pessoas que sofreram eventos traumáticos - como abuso físico ou sexual, combate militar, perda repentina de entes queridos, acidentes ou desastres graves etc. – variam consideravelmente em sua resposta a esses eventos. Algumas pessoas não têm dúvidas sobre o que fizeram durante esses eventos, enquanto outras pessoas o fazem. Eles podem ter dúvidas sobre algo que fizeram (ou não fizeram), sobre crenças ou pensamentos que tiveram, ou por terem tido certos sentimentos (ou falta de sentimentos). O objetivo deste questionário é avaliar sua resposta a uma experiência traumática. Reserve alguns momentos para pensar no que aconteceu. Todos os itens abaixo se referem a eventos relacionados a esta experiência.

Circule a resposta que melhor descreve como você se sente sobre cada afirmação.

33. TRGI - Descreva brevemente o que aconteceu: *

34. TRGI - Q1. Eu poderia ter impedido o que aconteceu. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

35. TRGI - Q2. Ainda estou angustiado com o que aconteceu. *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Raramente verdadeiro
- Não verdadeiro

36. TRGI - Q3. Tive alguns sentimentos que não deveria ter. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

37. TRGI - Q4. O que eu fiz foi completamente justificado. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

38. TRGI - Q5. Fui responsável por causar o que aconteceu *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

39. TRGI - Q6. O que aconteceu provoca em mim dor emocional. *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Raramente verdadeiro
- Não verdadeiro

40. TRGI - Q7. Fiz algo que foi contra meus valores. *

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Não é verdadeiro

41. TRGI - Q8. O que eu fiz fez sentido. *

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Muito verdadeiro
 Um pouco verdadeiro
 Não é verdadeiro

42. TRGI - Q9. Eu sabia que não devia fazer o que fiz. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
 Muito verdadeiro
 Um pouco verdadeiro
 Ligeiramente verdadeiro
 Não é verdadeiro

43. TRGI - Q10. Sinto tristeza ou pesar pelo resultado *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre verdadeiro
 Frequentemente verdadeiro
 Algumas vezes verdadeiro
 Raramente verdadeiro
 Não verdadeiro

44. TRGI - Q11. O que fiz foi inconsistente com minhas crenças. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
 Muito verdadeiro
 Um pouco verdadeiro
 Ligeiramente verdadeiro
 Não é verdadeiro

45. TRGI - Q12. Se eu soubesse hoje, apenas o que sabia quando o(s) evento(s) *
ocorreu(ram), faria exatamente a mesma coisa.

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
 Muito verdadeiro
 Um pouco verdadeiro
 Ligeiramente verdadeiro
 Não é verdadeiro

46. TRGI - Q13. Sinto uma culpa imensa em relação ao que aconteceu

Marcar apenas uma oval.

- Sempre verdadeiro
 Frequentemente verdadeiro
 Algumas vezes verdadeiro
 Raramente verdadeiro
 Não verdadeiro

47. TRGI - Q14. Eu deveria ter pensado melhor. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

48. TRGI - Q15. Sinto uma forte angústia quando penso no que aconteceu.

Marcar apenas uma oval.

- Sempre verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Raramente verdadeiro
- Não verdadeiro

49. TRGI - Q16. Tive alguns pensamentos ou crenças que não deveria ter tido. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

50. TRGI - Q17. Tenho bons motivos para ter feito o que fiz *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

51. TRGI - Q18. Indique com que frequência você sente culpa relacionada ao que *
- aconteceu.

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Algumas vezes
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

52. TRGI - Q19. Culpo-me pelo que aconteceu *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

53. TRGI - Q20. O que aconteceu me causa muita dor e sofrimento. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

54. TRGI - Q21. Eu deveria ter tido alguns sentimentos que não tive. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

55. TRGI - Q22. Indique a intensidade ou gravidade da culpa que você normalmente experimenta em relação ao(s) evento(s).

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Algumas vezes
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

56. TRGI - Q23. Culpo-me por algo que fiz, pensei ou senti.

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

57. TRGI - Q24. Quando me lembro do(s) evento(s), tenho fortes reações físicas, tais como sudorese, tensão muscular, boca seca etc.

Marcar apenas uma oval.

- Sempre verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Raramente verdadeiro
- Não verdadeiro

58. TRGI - Q25. No geral, qual o seu grau de culpa relacionada ao(s) evento(s)? *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

59. TRGI - Q26. Eu me responsabilizo pelo que aconteceu *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
 Muito verdadeiro
 Um pouco verdadeiro
 Ligeiramente verdadeiro
 Não é verdadeiro

60. TRGI - Q27. O que eu fiz não se justifica de forma alguma. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
 Muito verdadeiro
 Um pouco verdadeiro
 Ligeiramente verdadeiro
 Não é verdadeiro

61. TRGI - Q28. Violei padrões pessoais de certo e errado. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
 Muito verdadeiro
 Um pouco verdadeiro
 Ligeiramente verdadeiro
 Não é verdadeiro

62. TRGI - Q29. Fiz algo que não deveria ter feito. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

63. TRGI - Q30. Eu deveria ter feito algo que não fiz. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

64. TRGI - Q31. O que fiz foi imperdoável. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro

65. TRGI - Q32. Não fiz nada de errado. *

Marcar apenas uma oval.

- Extremamente verdadeiro
- Muito verdadeiro
- Um pouco verdadeiro
- Ligeiramente verdadeiro
- Não é verdadeiro



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsystem.ics.ufba.br>