

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO



VIVIAN PINTO VAZ

**Avaliação de memórias emocionais do vínculo parental como preditores de resposta no
tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada: um estudo de seguimento
durante a pandemia de COVID-19**

Porto Alegre

2022

VIVIAN PINTO VAZ

Avaliação de memórias emocionais do vínculo parental como preditores de resposta no tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada: um estudo de seguimento durante a pandemia de COVID-19

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psiquiatria pelo Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: **Profa. Dra. Gisele Gus Manfro**

Porto Alegre

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Vaz, Vivian Pinto

Avaliação de memórias emocionais do vínculo parental como preditores de resposta no tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada: um estudo de seguimento durante a pandemia de COVID-19 / Vivian Pinto Vaz. -- 2022.

118 f.

Orientadora: Gisele Gus Manfro.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Transtorno de Ansiedade Generalizada. 2. Memórias Iniciais. 3. Preditores. 4. COVID-19. 5. Pandemia. I. Manfro, Gisele Gus, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

VIVIAN PINTO VAZ

Avaliação de memórias emocionais do vínculo parental como preditores de resposta no tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada: um estudo de seguimento durante a pandemia de COVID-19

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psiquiatria pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: **Profa. Dra. Gisele Gus Manfro**

Aprovada em: Porto Alegre, 29 de junho de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Gisele Gus Manfro – Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ives Cavalcante Passos - Relator
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Ilana Andretta
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

À minha família, por torcer por mim e me incentivar a ir em busca dos meus objetivos. Agradeço em especial à minha mãe, por todo apoio, compreensão, paciência e afeto, e ao meu pai, por me ensinar desde pequena a enfrentar os desafios da vida, ser uma inspiração acadêmica e estar sempre disponível para me ajudar.

À minha psicóloga, por me abrir diversas portas e me ajudar a acreditar mais em mim.

À professora Gisele Gus Manfro, por ser um modelo de pesquisadora e profissional, por ter me acolhido desde o início e pela orientação em todas as etapas do mestrado. Obrigada por todo o aprendizado e por conseguir tornar esse processo mais leve, mesmo em tempos de adversidades.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa: Gustavo Azpiroz, Francine Golçalves, Marianna Costa, Angélica de Baumont, Flávia de Moraes e Guilherme Garcia, que contribuíram para a realização desse estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS pela oportunidade e assistência em diversos momentos, e ao CNPQ pelo auxílio financeiro.

Aos pacientes, pelo seu tempo e disponibilidade para participar desse trabalho.

Às minhas amigas, pela paciência e por compreenderem a minha ausência em diversos momentos.

Ao meu namorado, por todo amor, incentivo e compreensão.

RESUMO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um transtorno mental de alta prevalência, curso crônico e importante impacto na vida da população acometida. Contudo, até o momento, pouco se sabe sobre os fatores preditores de boa resposta ao tratamento e os efeitos em longo prazo de diferentes intervenções. Esta dissertação buscou reavaliar, após 18 a 36 meses, durante a pandemia de COVID-19, pacientes adultos com TAG que participaram de um ensaio clínico randomizado (ECR) que avaliou a eficácia de três grupos de tratamento: medicação (Fluoxetina, FLX), mindfulness (Body in Mind Training, BMT) e grupo controle ativo (Qualidade de Vida e Psicoeducação, QoL). O trabalho teve como objetivo também avaliar o impacto da pandemia na saúde mental, física e comportamental dos participantes da pesquisa, e avaliar as memórias da relação parental na infância como preditoras de melhora sintomática aguda nas três diferentes intervenções e de manutenção da melhora durante o período de seguimento. Nosso estudo de seguimento mostrou que os três grupos de tratamento apresentaram uma piora dos sintomas de TAG ao longo do tempo. Além do impacto na saúde mental, a pandemia parece ter afetado a saúde comportamental e física dos participantes. A análise de predição sugere que indivíduos com TAG que possuem memórias de subordinação e ameaça na infância parecem se beneficiar mais de intervenções que desenvolvam estratégias de regulação emocional e autocompaixão, como intervenções baseadas em mindfulness. Em resumo, este trabalho demonstra que características individuais dos pacientes podem contribuir na escolha de tratamentos mais precisos e personalizados. Estudos são necessários para desenvolver tratamentos mais eficazes para TAG, em que os ganhos terapêuticos sejam mantidos a longo prazo, mesmo em situações estressoras.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade Generalizada. Memórias Iniciais. Preditores. COVID-19. Pandemia.

ABSTRACT

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a chronic mental disorder, with a high prevalence and significant impact on the affected population. However, to date, little is known about the predictors of response to treatment and the long-term effects of different interventions. This dissertation aimed to reassess adult patients with GAD after 18 to 36 months, during the COVID-19 pandemic, who participated in a randomized clinical trial (RCT) that evaluated the effectiveness of three treatment groups: medication (Fluoxetine, FLX), mindfulness (Body in Mind Training, BMT), and an active control group (Quality of Life and Psychoeducation, QoL). We also sought to evaluate the impact of the pandemic on the participant's mental, physical, and behavioral health, and to evaluate the memories of childhood parental relationships as predictors of acute symptomatic improvement and long-term outcome in the three different interventions. Our follow-up study showed that all treatment groups had worsening GAD symptoms over time. In addition to the impact on mental health, the pandemic appears to have affected the behavioral and physical health of participants. Predictive analysis suggests that individuals with GAD who have childhood memories of subordination and threat appear to benefit more from interventions that develop emotion-regulation strategies and self-compassion, such as mindfulness-based interventions. In summary, this work demonstrates that individual patient characteristics may contribute to the choice of more accurate and personalized treatments. Studies are needed to develop more effective treatments for GAD, in which the therapeutic gains are maintained in the long term, even in stressful situations.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder. Early memories. Predictors. COVID-19. Pandemic.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 2

- Figure 1.....57
- Figure 2.....64

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

- Table 1.....48
- Table 2.....49
- Table 3.....50
- Supplementary Table 1.....51

ARTIGO 2

- Table 1.....61
- Table 2.....63
- Table 3.....66
- Table 4.....66
- Supplementary Table 1.....76
- Supplementary Table 2.....76
- Supplementary Table 3.....77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- **BMT:** Body in Mind Training
- **CBGT:** Cognitive-Behavioural Group Therapy
- **CID:** Classificação Internacional de Doenças
- **COVID-19:** Coronavirus Disease 2019
- **DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- **FLX:** Fluoxetina
- **IRSN:** Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina
- **ISRS:** Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
- **IUT:** Intolerance of Uncertainty-Therapy
- **TAG:** Transtorno de Ansiedade Generalizada
- **TEPT:** Transtorno de Estresse Pós-Traumático
- **TCC:** Terapia Cognitivo-Comportamental
- **MBCT:** Mindfulness-based Cognitive Therapy
- **MBSR:** Mindfulness-based Stress Reduction Program
- **MCT:** Metacognitive Therapy
- **OMS:** Organização Mundial da Saúde
- **QoL:** Qualidade de Vida e Psicoeducação
- **TAS:** Transtorno de Ansiedade Social
- **TOC:** Transtorno Obsessivo-Compulsivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	65
2 REVISÃO DA LITERATURA	66
2.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	66
2.2 ETIOLOGIA.....	67
2.3 TRATAMENTO.....	67
2.4 PREDITORES DE RESPOSTA AO TRATAMENTO	69
2.5 ESTUDOS LONGITUDINAIS	71
2.6 PANDEMIA DE COVID-19 E IMPACTO NA SAÚDE MENTAL.....	72
2.7 PANDEMIA DE COVID-19 E TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	73
3 JUSTIFICATIVA	76
4 HIPÓTESES	77
5 OBJETIVOS.....	78
5.1 OBJETIVO GERAL.....	78
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	78
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	79
7 PRIMEIRO ARTIGO	Erro! Indicador não definido.
8 SEGUNDO ARTIGO	Erro! Indicador não definido.
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO	82
ANEXO A – ROTEIRO LIGAÇÃO TELEFÔNICA	82
ANEXO B – CONVITE PARA OS PARTICIPANTES	94
ANEXO C – CRISIS	95
ANEXO D – GAD-7	112
ANEXO E – PSWQ	113
ANEXO F – DERS	115
ANEXO G – ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS PARA LIDAR COM O STRESS E A ANSIEDADE	117
ANEXO H – ELES	119
ANEXO I – EMWSS	120

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) caracteriza-se por preocupações excessivas e difíceis de controlar, e pode apresentar diversos sintomas físicos como tensão muscular, dificuldade para se concentrar, inquietação e perturbação do sono (1). Os tratamentos de primeira linha são medicações psiquiátricas (Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (2,3), e há estudos indicando que intervenções baseadas em mindfulness também parecem ser eficazes (4–6). Entretanto, apesar dos esforços e da alta prevalência, as taxas de remissão do TAG são muito baixas (1).

Algumas lacunas a respeito do TAG, como a insuficiência de estudos sobre preditores de resposta ao tratamento e de estudos de acompanhamento a longo prazo de intervenções clínicas, precisam ser preenchidas. De acordo com a medicina de precisão, características particulares do paciente podem guiar as decisões de tratamento, resultando em uma maior eficácia (7). O estilo de apego é uma variável acessível, fácil de ser medida e poucos estudos o avaliam como preditor de resposta no tratamento de transtornos ansiosos (8–10). Pesquisas sobre o efeito em longo prazo de intervenções também são importantes, visto que o TAG costuma ter um curso crônico e flutuante (1).

Em março de 2020 foi declarada uma pandemia mundial decorrente do novo coronavírus (COVID-19), o que por si só já causou um aumento de ansiedade na população em geral (11–13). Estratégias de contenção, como bloqueios e isolamento social, foram implementadas para diminuir a propagação do vírus. Alguns estudos indicam que a pandemia de COVID-19 e as mudanças advindas dela resultaram em um agravamento de sintomas de pacientes com transtornos pré-existent (14–18), porém, até o momento não se sabe como ficaram os pacientes que já haviam recebido diferentes intervenções.

O presente estudo teve como objetivo reavaliar pacientes com TAG após 18 a 36 meses, durante a pandemia, que participaram de um ensaio clínico randomizado com três grupos de tratamento: medicação (FLX), mindfulness (BMT) e grupo controle de qualidade de vida e psicoeducação (QoL), assim como avaliar se as memórias iniciais da infância predizem melhora clínica e manutenção da melhora em pacientes adultos com TAG.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado por ansiedade e preocupação excessivas, persistentes e difíceis de controlar em relação a atividades e eventos diversos do dia a dia, ocorrendo por pelo menos 6 meses, causando sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento psicossocial da pessoa acometida. Sintomas físicos como inquietação, fadigabilidade, dificuldade para se concentrar, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono podem estar presentes. As preocupações são frequentemente relacionadas a questões cotidianas, como compromissos, tarefas domésticas ou do trabalho, saúde, finanças e membros da família (1).

A prevalência do TAG é de 1,8% em 12 meses, e de 3,7% ao longo da vida (19). As mulheres são mais propensas a serem diagnosticadas com esse transtorno do que os homens (1,20,21). O pico de prevalência se dá na meia-idade e diminui ao longo dos últimos anos de vida. A média de idade de início dos sintomas é mais tardia quando comparada a outros transtornos de ansiedade, ocorrendo em torno dos 30 anos, mas podem também surgir na infância ou adolescência. A diferença principal entre as faixas etárias está no conteúdo das preocupações, os quais tendem a ser congruentes com a idade do indivíduo. Os adultos com TAG costumam se preocupar com circunstâncias diárias da rotina, enquanto as crianças tendem a ter preocupações excessivas com a sua competência ou com a qualidade do seu desempenho (1). Os sintomas costumam ser crônicos, flutuando entre formas sindrômicas e subsindrômicas do transtorno (1,22). As taxas de remissão completa são muito baixas (1,22–26).

A grande maioria dos indivíduos com TAG também tem pelo menos um outro transtorno mental, ou seja, é um transtorno com altas taxas de comorbidade (20). No sexo feminino, as comorbidades mais frequentes são outros transtornos de ansiedade e depressão, enquanto no masculino, são os transtornos por uso de substâncias (1). O TAG também tem um grande impacto sobre a saúde física (22), podendo apresentar comorbidades clínicas, como dor crônica, síndromes dolorosas (27,28), doença cardíaca (29,30) e doenças do trato gastrointestinal (29). Ainda, o TAG parece estar associado com o risco elevado de incidência de desfechos cardiovasculares na população em geral (31). Apesar da prevalência e do impacto significativo na saúde e na qualidade de vida dos pacientes, muitos indivíduos com TAG não são diagnosticados e, mesmo quando diagnosticados, uma parte considerável dos pacientes não é adequadamente tratada em ambientes de cuidados primários (32).

2.2 ETIOLOGIA

Os dois fatores etiológicos mais reconhecidos nos transtornos de ansiedade são genes e estressores de vida. Tais fatores aumentam a probabilidade de transtornos ansiosos de forma independente ou em conjunto (33). No que diz respeito ao TAG, sabe-se que a herdabilidade varia entre 30 a 40% (34), sendo então genético um terço do risco do seu desenvolvimento (1). Fatores ambientais, como eventos traumáticos (35), maus tratos (36), abuso sexual na infância (37) e perdas (38) também parecem contribuir para o desenvolvimento de TAG. Um estudo que avaliou as diferenças de fatores etiológicos entre TAG e Transtorno do Pânico encontrou que o TAG na vida adulta está associado a história de depressão, Transtorno de Ansiedade Social e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na infância (39).

Comportamentos negativos dos pais e parentalidade inconsistente também parecem estar associados a sintomas de ansiedade e preocupação (22,40). Alguns estudos, inclusive, mostram que um padrão de apego inseguro pode ser fator de risco para TAG (22,39,41–43). O estilo de apego está relacionado à confiança na disponibilidade da figura de apego em situações de ameaça. Essa sensação de confiança é produzida pelos pais, principalmente pela mãe, nos primeiros anos de vida da criança, ao identificar e responder às suas necessidades de proteção e de conforto. O padrão de apego inseguro ocorre quando os cuidadores não respondem, ou respondem de maneira inconsistente às angústias da criança (44).

Em uma pesquisa que comparou pacientes com TAG e controles não ansiosos, os indivíduos com TAG relataram mais rejeição/negligência, inversão de papéis e menos amor e cuidado do cuidador primário durante a infância, comparado aos indivíduos controles (42). Existe a hipótese de que o apego inseguro faz com que os indivíduos percebam o mundo como um lugar perigoso, e considerem que não possuem recursos adequados para lidar com eventos incertos, ou seja, eles superestimam a probabilidade e gravidade dos eventos temidos, e subestimam sua capacidade de enfrentamento (42,45). É possível que tais crenças expliquem a tendência dos pacientes com TAG de tentar antecipar todas as ameaças através da sua preocupação crônica (42).

2.3 TRATAMENTO

A literatura demonstra que tanto medicações psiquiátricas, quanto a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), parecem ser eficazes no tratamento do TAG (2,3). Em adultos, os

medicamentos de primeira linha para o tratamento deste transtorno são os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS; escitalopram, paroxetina e sertralina), os Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina (IRSN; venlafaxina e duloxetina) e a pregabalina, enquanto as farmacoterapias de segunda linha incluem antidepressivos tricíclicos, buspirona e benzodiazepínicos (24,46). De acordo com uma recente revisão sistemática e metanálise de rede com estudos randomizados em pacientes ambulatoriais com TAG, a duloxetina, pregabalina, venlafaxina e escitalopram apresentaram maior eficácia e aceitabilidade relativamente boa comparado ao placebo. Já a quetiapina, paroxetina e benzodiazepínicos foram eficazes, mas mal tolerados quando comparados ao placebo. Os benzodiazepínicos foram o primeiro fármaco eficaz amplamente utilizado na prática clínica para a ansiedade, no entanto, devido às interações potencialmente fatais com álcool e opioides, ao potencial de dependência e à baixa aceitação, o seu uso na prática é limitado (47). A TCC também é uma opção efetiva de primeira linha no tratamento de TAG e parece ser tão efetiva quanto a farmacoterapia (2,3,48–50). Os estudos que comparam farmacoterapia sozinha à associação com psicoterapia têm resultados inconsistentes (2,51,52). Contudo, um estudo recente encontrou que a Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo (CBGT) mais duloxetina alcançou melhora mais rápida do que a medicação isolada no tratamento agudo do TAG (53).

Apesar da boa eficácia dos fármacos e da TCC, uma parte dos pacientes não responde adequadamente e, em função disso, novas terapêuticas têm sido testadas. Outras formas de tratamento que parecem ser eficazes para tratar TAG são as intervenções baseadas em mindfulness. Dois estudos que avaliaram a eficácia do Programa de Redução de Estresse baseado em Mindfulness (Mindfulness-based Stress Reduction Program - MBSR) encontraram resultados positivos no tratamento de pacientes com TAG (4,5). Em um estudo aberto pequeno que investigou se a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (Mindfulness-based Cognitive Therapy - MBCT) seria um tratamento aceitável e eficaz para pacientes com TAG, os participantes apresentaram uma redução significativa nos sintomas de ansiedade, tensão, preocupação e depressão após 8 semanas no grupo de MBCT (6). Já o estudo de Wong et al.(54), que comparou a MBCT com psicoeducação e cuidados habituais em pacientes com TAG, encontrou que tanto a MBCT quanto a psicoeducação foram superiores aos cuidados habituais na redução de ansiedade, mas a MBCT não foi superior à psicoeducação. Tendo em vista os resultados conflitantes dos protocolos de MBCT e MBSR, Costa et al. (55) realizaram um ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia de um novo protocolo baseado em mindfulness, o programa Body in Mind Training (BMT), comparado com um grupo controle ativo de Qualidade de Vida e Psicoeducação (QoL) e com um medicamento de primeira linha,

a fluoxetina (FLX), no tratamento de adultos com TAG. Os três grupos melhoraram após a intervenção, entretanto, o BMT não foi superior ao grupo controle ativo (QoL) e não foi não inferior à fluoxetina (FLX) na melhora dos sintomas de ansiedade (55).

Por ter um curso crônico e flutuante, o TAG requer um tratamento prolongado, ou seja, mesmo após a remissão, deve-se manter o tratamento para evitar recaídas (56). No entanto, de acordo com pesquisas que avaliam a psicoterapia individual para o TAG, pode-se esperar que aproximadamente um em cada seis pacientes abandone o tratamento (57). Com relação a farmacoterapia, é comum os pacientes interromperem devido aos efeitos colaterais adversos (58). Além do mais, evidências sugerem que a farmacoterapia é capaz de reduzir os sintomas de ansiedade, mas não os de preocupação (45). Por outro lado, a TCC parece reduzir sintomas de preocupação (59), porém, não se sabe quais elementos de um protocolo de TCC são eficazes, e há estudos que não demonstram diferença entre TCC e outras intervenções psicossociais, como psicoterapia suportiva (60) e relaxamento (61). Apesar dos esforços, o TAG ainda é o transtorno de ansiedade com menor sucesso no tratamento (22).

2.4 PREDITORES DE RESPOSTA AO TRATAMENTO

Considerando as limitações no tratamento de TAG, parece importante realizar mais pesquisas com essa população visando aumentar a eficácia das intervenções. Investigar a influência de características individuais na resposta ao tratamento pode auxiliar em escolhas clínicas mais precisas. Os preditores de resposta ao tratamento fornecem informações prognósticas importantes sobre como as características da linha de base afetam o resultado, ou seja, quais indivíduos são mais propensos a responder ao tratamento (7). Um estudo que avaliou preditores de resultado da TCC em idosos com TAG observou que menor gravidade inicial de sintomas (preocupação e ansiedade), e maior envolvimento no tratamento (avaliado através do número de sessões concluídas e realização das tarefas de casa) foram preditores de melhor resultado (62). Consistente com este achado, Mohlman (63) encontrou que pontuações iniciais mais baixas de preocupação foram preditoras de resultado positivo na TCC para idosos com TAG. Além disso, foi identificado um preditor de resultado distal neste estudo. Idosos com TAG que na linha de base foram capazes de lembrar mais pares de palavras após um atraso de 30 minutos, apresentaram maior redução da preocupação após 18 meses da última sessão de TCC, sugerindo que pode ser útil incluir tarefas de memória de trabalho na avaliação e tratamento de pacientes idosos com TAG (63).

Em uma revisão sistemática de estudos sobre tratamento farmacológico do TAG que relataram preditores e moderadores de resposta ao tratamento encontrou-se que características demográficas como sexo, idade, etnia e educação não foram associadas à resposta ao tratamento. A idade de início e a duração do transtorno também não apresentaram efeito no resultado do tratamento na maioria dos estudos que investigaram essas variáveis (64). Em relação às comorbidades, observou-se que a presença de qualquer transtorno de personalidade do Grupo C foi associada a uma pior resposta ao tratamento em um estudo que comparou duloxetine e escitalopram (65). Além disso, considerando a comorbidade frequente e a sintomatologia sobreposta entre o TAG e o Transtorno Depressivo Maior, é esperado que os dois transtornos compartilhem alguns preditores de resposta ao tratamento farmacológico. A presença de depressão subclínica foi a única variável encontrada que moderou o resultado do tratamento entre duas intervenções diferentes, sugerindo que nesses casos o tratamento com antidepressivos deve ser priorizado. Na revisão, também foi encontrado que fatores relacionados à maior dificuldade de regulação emocional, como o neuroticismo, previram uma pior resposta ao tratamento farmacológico no TAG (64).

Algumas pesquisas avaliaram o padrão de apego como moderador e preditor do resultado de tratamentos de transtornos ansiosos. Os padrões de apego especificam os estilos de resposta comportamental em relacionamentos íntimos e podem ser úteis para prever o comportamento na relação terapêutica e, portanto, a resposta ao tratamento (66). Uma meta-análise de 36 estudos que avaliou o apego adulto como preditor e moderador do resultado da psicoterapia encontrou que pacientes com padrão de apego seguro antes do tratamento podem apresentar resultados melhores após a psicoterapia, comparado aos pacientes com apego inseguro (8). Consistente com esse resultado, o estudo de Nielsen et al. (10) observou que pacientes com transtorno de ansiedade que tinham apego inseguro ansioso no início do estudo apresentaram pior resultado na TCC em grupo, sugerindo que altos níveis de apego inseguro ansioso podem prever resultados piores no tratamento. Por outro lado, Newman et al. (66) encontraram que os pacientes que apresentaram níveis mais altos de apego inseguro evitativo, tiveram uma redução significativamente maior nos sintomas de TAG após o tratamento com TCC mais terapia de Processamento Interpessoal e Emocional (TCC+PIE). Apesar dos resultados inconsistentes, observa-se que o padrão de apego fornece informações úteis que podem auxiliar profissionais da saúde na escolha de tratamentos mais precisos. Entretanto, são necessários mais estudos que avaliem o vínculo parental na infância como preditor de resposta no tratamento de TAG.

2.5 ESTUDOS LONGITUDINAIS

Considerando o curso crônico dos transtornos de ansiedade, é importante avaliar se os efeitos dos tratamentos são mantidos a longo prazo. Uma revisão sistemática e meta-análise avaliou os resultados em longo prazo da TCC (comparada com cuidados habituais, relaxamento, psicoeducação, placebo, terapia de suporte ou lista de espera) para transtornos de ansiedade, TEPT e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) em 69 ensaios clínicos randomizados. Os resultados do estudo indicaram que a TCC foi associada a reduções moderadas dos sintomas até 12 meses após a conclusão do tratamento em todos os transtornos avaliados. Após 12 meses, os efeitos foram pequenos a médios para TAG e Transtorno de Ansiedade Social (TAS), grandes para TEPT e não significativos ou indisponíveis para outros transtornos. No entanto, deve-se interpretar os resultados com cautela, visto que foram incluídos poucos estudos de alta qualidade, houve considerável heterogeneidade estatística nos estudos de TAG e TEPT, e fatores de confusão, como tratamentos adicionais ou eventos adversos da vida, podem ter afetado as estimativas de efeito de longo prazo (67).

Ainda em relação à TCC, um estudo investigou o seu resultado a longo prazo (8-14 anos) através do acompanhamento de dois ensaios clínicos de TCC para TAG. Os grupos de comparação foram medicação e placebo em um estudo, e psicoterapia analítica no outro. Embora aproximadamente 50% dos pacientes nos grupos TCC e não TCC ainda tivessem um ou mais diagnósticos clínicos na avaliação de follow-up, aqueles do grupo TCC apresentaram níveis significativamente mais baixos de gravidade dos sintomas em várias medidas psicométricas, sugerindo uma manutenção do efeito da TCC a longo prazo. Além disso, o estudo avaliou a quantidade de tratamento provisório buscada pelos pacientes desde a participação nos estudos originais, e menos pacientes do grupo TCC, em comparação com as condições sem TCC, receberam tratamento provisório no período de acompanhamento (68).

No que se refere a outros tipos de terapia para TAG, uma pesquisa de continuação de pacientes com TAG que participaram de um estudo randomizado e controlado que comparou a eficácia de Terapia Metacognitiva (Metacognitive Therapy; MCT) e Terapia de Intolerância à Incerteza (Intolerance of Uncertainty-Therapy; IUT) avaliou os resultados de 30 meses de acompanhamento de ambos os tratamentos. Os dois grupos de intervenção mantiveram os ganhos de tratamento, entretanto, a MCT apresentou resultado significativamente melhor do que a IUT no acompanhamento a longo prazo. É importante ressaltar que o estudo não avaliou se os indivíduos realizaram algum tipo de tratamento neste período, o que pode ter contribuído para a manutenção dos ganhos terapêuticos (69). Consistente com o achado deste estudo, Solem

et al. (70) encontraram resultados superiores da MCT nos sintomas de preocupação e ansiedade, comparada com a TCC, após 9 anos de acompanhamento de pacientes com TAG que também haviam participado de um estudo controlado e randomizado.

Em relação aos efeitos em longo prazo de intervenções baseadas em mindfulness, só foi encontrado um estudo que avaliou essa intervenção no tratamento de TAG por mais tempo. Wong et al. (54) realizaram um ensaio clínico randomizado comparando MBCT, psicoeducação baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental e cuidados habituais em pacientes com TAG. O grupo MBCT e o grupo de psicoeducação foram acompanhados por 8 e 11 meses após a avaliação basal, enquanto o grupo de cuidados usuais foi acompanhado apenas por 5 meses após a avaliação inicial. Os resultados mostraram que ambas as intervenções foram superiores aos cuidados usuais na redução de ansiedade em pessoas com TAG. Além disso, o efeito de tempo foi significativo, ou seja, os sintomas de ansiedade e preocupação continuaram a diminuir significativamente nos grupos MBCT e psicoeducação nas avaliações de 8 e 11 meses, mas não houve diferença significativa entre os grupos de intervenção nesses dois momentos. Embora exista uma escassez substancial de estudos de seguimento de intervenções baseadas em mindfulness para transtornos psiquiátricos comuns (71), outros estudos que avaliaram os efeitos em longo prazo dessas intervenções em pacientes com transtornos de ansiedade, depressão e estresse encontraram resultados similares, sugerindo uma manutenção dos ganhos terapêuticos ao longo do tempo (72–74).

2.6 PANDEMIA DE COVID-19 E IMPACTO NA SAÚDE MENTAL

Em dezembro de 2019 foram relatados os primeiros casos de um novo coronavírus (COVID-19) em Wuhan, na China, e no início de março de 2020 foi declarada uma pandemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (75). Devido ao número crescente de casos de COVID-19, os governos implementaram uma série de medidas de saúde pública para tentar controlar a propagação do vírus. Tais medidas incluíram redução do contato pessoal, bloqueios nacionais/regionais, fechamento de serviços não essenciais, quarentena e restrições de viagens (76). Algumas consequências dessas medidas foram o isolamento social, perda financeira, solidão, acesso limitado a serviços de saúde e cuidados psiquiátricos, e redução do apoio familiar e social (77,78). Somado a essas mudanças, a pandemia trouxe medo, estresse e incerteza para a maioria das pessoas, podendo impactar a saúde mental de toda a população.

Um estudo que avaliou os níveis de ansiedade, depressão e estresse durante o estágio inicial da pandemia na China, indicou que mais da metade dos entrevistados classificou seu

impacto psicológico como moderado a grave (79). Antes da pandemia de COVID-19, os transtornos depressivos e de ansiedade já eram considerados as principais causas de sobrecarga no mundo todo. Uma revisão sistemática que examinou o impacto da pandemia na prevalência desses transtornos em 2020 observou um aumento de 27,6% nos transtornos depressivos e de 25,6% nos transtornos de ansiedade. Além disso, o estudo sugeriu que mulheres e populações mais jovens foram mais afetadas (11). Outros estudos também sugeriram que o sexo feminino está associado a maior impacto psicológico durante a pandemia de COVID-19 (79–82). Algumas explicações para isso podem ser o aumento das responsabilidades domésticas devido ao fechamento de escolas, salários mais baixos, comparado aos homens (80,81), e maior risco de violência doméstica (83).

Pacientes com doenças crônicas não infecciosas, pessoas em quarentena, pacientes com suspeita de infecção e médicos e enfermeiros também são grupos com maior risco de desenvolver problemas de saúde mental neste período. De acordo com uma meta-análise, esses grupos apresentaram maior prevalência de depressão, ansiedade, angústia e insônia durante a pandemia (84). Muitos estudos também mostram que o impacto na saúde mental devido à pandemia tende a ser maior em pessoas com condições psiquiátricas pré-existentes. O estresse relacionado ao COVID-19 pode agravar os sintomas e aumentar o risco de recaídas (14–18). Os resultados de uma meta-análise mostraram que sintomas de ansiedade e depressão foram significativamente mais altos durante pandemias em pessoas com transtorno mental pré-existente, em comparação a grupos controles saudáveis (85). Já outros estudos apresentaram resultados divergentes, ou seja, de que a pandemia de COVID-19 não parece ter aumentado a gravidade dos sintomas psiquiátricos em comparação com os níveis pré-pandemia (16,86). Esses estudos, no entanto, foram realizados no início do surto de COVID-19. Portanto, é possível que não tenham conseguido avaliar o impacto total, visto que pode levar um tempo para os efeitos negativos surgirem (76). Outra hipótese é de que pessoas com problemas psiquiátricos pré-existentes possuem mais resiliência e estratégias de enfrentamento para lidar com situações desafiadoras, pois já vivenciaram experiências negativas previamente (86,87). Com base nos diferentes resultados dos estudos citados, destaca-se a necessidade de estudos longitudinais para avaliar com precisão o impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com condições de saúde mental pré-existentes (86).

2.7 PANDEMIA DE COVID-19 E TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

De acordo com um estudo canadense, aproximadamente um em cada sete canadenses (13,6%) estava em risco de apresentar níveis clinicamente significativos de TAG durante a primeira onda do surto de COVID-19 no Canadá, com prevalência em mulheres significativamente maior do que em homens (17,2% vs. 9,9%). Nas mulheres, o TAG foi associado a faltas no trabalho por motivos de COVID-19, idade mais jovem, ser solteira ou viúva, não ter tido contatos fora de casa na última semana e falta de exercícios ao ar livre. Para os homens, o TAG foi associado à exposição frequente de notícias falsas, aumento do tempo assistindo TV e falta de exercícios dentro de casa. Para ambos os sexos, o TAG foi associado ao aumento da ingestão de álcool, cannabis e *junk food*/doces (88). Dados de uma pesquisa realizada na China, que avaliou o impacto da quarentena nos sintomas de TAG entre pais e filhos, mostram que os pais que passaram por quarentena relataram um nível significativamente maior de sintomas de TAG. Além disso, tanto para crianças quanto para os pais, a exposição nas mídias às informações relacionadas à pandemia foi associada aos sintomas de TAG (89). Tais resultados indicam que o contexto da pandemia pode levar a um aumento de ansiedade, e particularmente de sintomas de TAG, na população.

Conforme visto anteriormente, pacientes com transtornos psiquiátricos pré-existentes parecem sofrer um impacto maior na saúde mental devido à pandemia. Em relação ao TAG, um estudo investigou a rede de componentes de três estados psicológicos negativos relacionados à pandemia (medo de infecção, preocupações financeiras e solidão) e sintomas de Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Ansiedade Generalizada em adultos noruegueses. Os componentes que tiveram conexões mais fortes com os sintomas do TAG foram medo de ser infectado, medo de morrer do coronavírus, medo de outras pessoas importantes morrerem da infecção e preocupações financeiras. Entre os sintomas de TAG, a preocupação generalizada, a dificuldade de controlar a preocupação e a dificuldade para relaxar foram aqueles com centralidade maior (90). Outras pesquisas em rede também encontraram resultados similares em relação à centralidade dos sintomas de TAG em adultos chineses (91) e adultos belgas (92) nas primeiras semanas do surto de COVID-19, o que evidencia a importância de intervenções que tenham como foco a melhora desses sintomas. Entretanto, devido ao desenho transversal desses estudos, os resultados mostram apenas correlações parciais, não indicando direções causais.

Um estudo longitudinal observou que na fase inicial da pandemia, indivíduos com TAG apresentaram sintomas significativamente mais altos comparado a indivíduos saudáveis, possivelmente por superestimarem a ameaça potencial e devido às dificuldades para comparecer às consultas e obter apoio do sistema de saúde. Contudo, foi observado que, ao

longo do tempo, os sintomas diminuíram, sugerindo que os pacientes se acostumaram e conseguiram lidar com a situação desafiadora com o passar do tempo. Este estudo possui algumas limitações, como a falta de uma entrevista diagnóstica estruturada para validar os diagnósticos de acordo com os critérios do DSM ou CID, e a ausência de verificação se os participantes realizaram algum tipo de tratamento nos acompanhamentos (93). Portanto, outros estudos de seguimento do Transtorno de Ansiedade Generalizada na pandemia que abordem o papel de intervenções clínicas são necessários.

3 JUSTIFICATIVA

O Transtorno de Ansiedade Generalizada é um transtorno mental de alta prevalência e importante impacto na vida social da população acometida, estando associado a prejuízo funcional, comorbidades clínicas e psiquiátricas. Contudo, até o momento pouco se sabe sobre os fatores preditores de boa resposta ao tratamento. Nas últimas décadas, pesquisas têm demonstrado consistentemente a influência das práticas e comportamentos parentais no desenvolvimento e manutenção de dificuldades psicológicas e emocionais dos indivíduos. Em relação ao TAG, alguns estudos indicam que a Teoria do Apego de Bowlby pode explicar o desenvolvimento do transtorno, visto que esses pacientes costumam relatar menos amor maternal na infância e maior rejeição/negligência maternas. Tais fatores estão relacionados a uma parentalidade disfuncional e um padrão de apego inseguro. Embora o estilo de apego tenha sido bem estudado como fator etiológico no desenvolvimento de transtornos de ansiedade, poucos estudos avaliam a sua influência no resultado de tratamentos diversos para transtornos ansiosos. A partir da avaliação de preditores de resposta ao tratamento, pode-se identificar com qual forma de tratamento o paciente terá mais benefícios.

Levando em conta o curso crônico do TAG, é importante avaliar os resultados dos tratamentos a longo prazo. Por esse motivo, são necessários ensaios clínicos randomizados de alta qualidade com mais de 12 meses de acompanhamento. Além disso, indivíduos que possuem algum diagnóstico de transtorno mental como o TAG são considerados um grupo vulnerável em situações estressoras. A pandemia de COVID-19 gerou um aumento nos níveis de ansiedade e preocupação da população em geral, entretanto, até o momento, poucos estudos avaliaram o impacto da pandemia em pessoas com transtornos mentais pré-existentes e que haviam recebido diferentes intervenções. Diante disso, buscou-se reavaliar durante a pandemia de COVID-19 uma amostra de indivíduos adultos com TAG após 18-36 meses de participação em um ensaio clínico randomizado que comparou três diferentes tratamentos: medicação (fluoxetina, FLX), intervenção baseada em mindfulness (Body in Mind Training, BMT) e grupo de qualidade de vida e psicoeducação (QoL). Além de avaliar o efeito das intervenções nos sintomas de ansiedade a longo prazo, examinou-se o impacto da pandemia e a capacidade de memórias emocionais do vínculo parental na infância para prever a melhora de sintomas e a manutenção da melhora nos três grupos de tratamento.

4 HIPÓTESES

H1: Os participantes apresentarão uma piora dos sintomas ao longo do tempo.

H2: A pandemia de COVID-19 levará a um aumento de sintomas de ansiedade na população em geral e em pacientes com transtorno de ansiedade pré-existente.

H3: Os participantes apresentarão mais sintomas de ansiedade durante a pandemia (avaliação de follow-up), comparado com as avaliações pré e pós-intervenções.

H4: Os participantes do grupo mindfulness (BMT) apresentarão piora inferior ao grupo medicado com fluoxetina (FLX) e ao grupo de qualidade de vida (QoL) na avaliação de follow-up.

H5: Os participantes com níveis mais altos de memórias negativas do vínculo parental na infância terão maior redução dos sintomas de ansiedade na Intervenção Baseada em Mindfulness (BMT), comparado ao grupo FLX e QoL

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Reavaliar pacientes adultos com TAG durante a pandemia de COVID-19, que participaram de um ensaio clínico randomizado (ECR) com três grupos de tratamento: medicação (FLX), mindfulness (BMT) e grupo controle de qualidade de vida (QoL), e investigar se as memórias emocionais da relação parental na infância são capazes de prever a melhora sintomática e a manutenção da melhora nas três modalidades de tratamento.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Comparar a avaliação de follow-up com as avaliações pré e pós-intervenções.
- b) Avaliar qual dos grupos de intervenção (BMT, FLX e QoL) apresentou maior redução de sintomas após 18-36 meses de seguimento.
- c) Avaliar o impacto da pandemia na saúde mental, física e comportamental de pacientes com TAG pré-existente, comparando dados das 2 últimas semanas com dados dos 3 meses anteriores à pandemia.
- d) Avaliar o efeito de interação entre os escores das escalas de memórias emocionais da relação parental na infância (EMWSS e ELES) e as escalas de sintomas de ansiedade (GAD-7, PSWQ e DERS) na melhora sintomática (após 8 semanas) e na manutenção da melhora (após 18-36 meses da última onda de intervenção) nas três intervenções.
- e) Avaliar associações entre as escalas de memórias iniciais (EMWSS e ELES) com as de sintomas de ansiedade (GAD-7, PSWQ e DERS) nos diferentes momentos (linha de base, 8 semanas e follow-up) em cada grupo (BMT, FLX, QoL).

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (número 2016-0301) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de participar. Uma vez que a avaliação de follow-up foi realizada online devido à pandemia de COVID-19, os participantes consentiram verbalmente através de ligação telefônica. Somente após a concordância foi enviado o link do formulário online com os questionários. No início do formulário, foi colocado um texto de convite para os participantes (Anexo A) explicando o objetivo do estudo e da avaliação de follow-up. Além disso, foi descrito o número de perguntas do formulário e quanto tempo em média levava para ser respondido. No final, foi ressaltado que a participação era voluntária e que ao responder o formulário o indivíduo estaria concordando em participar da pesquisa.

A maioria dos instrumentos utilizados neste estudo já eram conhecidos pelos participantes, visto que eles já haviam respondido em outras etapas do estudo. Apenas o questionário sobre a pandemia era um instrumento novo. Com exceção do número grande de questões (o que gerou a necessidade de um tempo maior para responder) e um possível desconforto pelo conteúdo das perguntas, não houve relatos de prejuízos para as pessoas envolvidas na pesquisa. Entretanto, caso o participante necessitasse de ajuda psicológica, foi colocado no final do formulário uma lista de locais que oferecem atendimento a baixo custo, assim como vídeos psicoeducativos sobre ansiedade gravados pelos pesquisadores do grupo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo reavaliou, após 18 a 36 meses, durante a pandemia de COVID-19, pacientes com TAG que participaram de um ensaio clínico randomizado (ECR) com três intervenções: medicação (FLX), intervenção baseada em mindfulness (BMT) e grupo controle de qualidade de vida e psicoeducação (QoL). Buscou, ainda, avaliar o impacto da pandemia na saúde mental, física e comportamental dos participantes da pesquisa, e avaliar as memórias da relação parental na infância como preditoras de melhora sintomática e de manutenção da melhora nas três diferentes intervenções.

Os três grupos de tratamento apresentaram uma piora dos sintomas de TAG ao longo do tempo, sugerindo que a pandemia de COVID-19 pode ter agravado sintomas de ansiedade, preocupação e desregulação emocional em pacientes com TAG pré-existente, independente das intervenções recebidas. A superioridade do medicamento observada no ensaio clínico randomizado (55) não se manteve nas avaliações do follow-up, o que reforça a importância de estudos que avaliem a eficácia dos tratamentos em curto e longo prazo. Em concordância com a literatura, a medicação para transtornos de ansiedade pode ser superior (94) ou semelhante (95) às psicoterapias no período agudo do tratamento. Já em longo prazo, terapias psicológicas parecem manter os ganhos terapêuticos após o término do tratamento (96), diferente da medicação (97,98). Em relação ao impacto da pandemia, verificou-se uma redução significativa na prática de atividade física, tempo ao ar livre, uso de álcool, prazer nas atividades habituais e na capacidade de se concentrar. Também se constatou um aumento significativo no uso de televisão e redes sociais, na preocupação, agitação, tristeza e ansiedade nos indivíduos incluídos no estudo.

Os participantes com mais recordações negativas apresentaram maior redução de sintomas no grupo BMT. Por outro lado, na avaliação de seguimento, a presença de memórias de afeto e segurança na infância nos participantes dos grupos BMT e FLX estava associada a maior redução de sintomas de ansiedade. Os achados sugerem que indivíduos com TAG que possuem memórias de subordinação e ameaça na infância parecem se beneficiar mais de intervenções que se concentram no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional e aumento da autocompaixão, como intervenções baseadas em mindfulness, em curto prazo, ou seja, no tratamento agudo. Já as recordações positivas da infância parecem estar associadas a maior redução de sintomas ansiosos a longo-prazo, especialmente em situações de estresse.

Este estudo possui algumas limitações. Primeiro, diferentes formas de coleta de dados foram utilizadas nas avaliações pré e pós-tratamento (entrevistas presenciais) e no follow-up

(formulário online), por conta da pandemia de COVID-19. No entanto, essa diferença se aplica a todos os entrevistados, portanto, provavelmente não interferiu nos resultados do estudo. Segundo, as perdas na avaliação de follow-up, que é um desafio comum em estudos de acompanhamento a longo prazo. Porém, as características clínicas e demográficas dos indivíduos que participaram do follow-up não diferiam das características da amostra original. Terceiro, o uso de medidas de autorrelato, que estão sujeitas a viés de memória. Quarto, tendo em vista que não foram encontrados outros estudos de predição de resposta no tratamento que utilizaram as medidas de memórias iniciais (ELES e EMWSS), os resultados do presente estudo formam comparados com estudos que aplicaram instrumentos de avaliação do estilo de apego, portanto, as comparações devem ser interpretadas com cautela. Quinto, não foi realizada uma nova avaliação diagnóstica no follow-up para revisar se os pacientes ainda preenchiam os critérios diagnósticos para TAG e outras comorbidades. Por fim, não foi possível controlar tudo o que aconteceu na vida dos participantes durante o período de acompanhamento. É provável que a situação estressora da pandemia tenha interferido nos sintomas de ansiedade, não permitindo uma avaliação precisa dos efeitos a longo prazo das intervenções, entretanto, ela nos possibilitou avaliar como os pacientes com TAG manejaram os sintomas em situações de estresse.

Os pontos fortes incluem o uso de escalas validadas para avaliar os sintomas de TAG; o diagnóstico de TAG realizado em entrevista diagnóstica por profissionais treinados; o acompanhamento em longo prazo dos participantes; a avaliação de predição de melhora considerando vários fatores em intervenções diferentes da psicoterapia, como a farmacoterapia e intervenção baseada em mindfulness; a análise de uma variável acessível, econômica, de fácil mensuração e que pode ser avaliada em diversos contextos de saúde mental; e a avaliação do impacto da pandemia em pacientes com transtorno pré-existente e que haviam recebido diferentes intervenções.

Em conclusão, o nosso estudo demonstra que características individuais dos pacientes, como a qualidade do vínculo parental na infância, podem contribuir na escolha de tratamentos mais personalizados, atendendo às necessidades individuais de cada paciente e, assim, podendo levar a resultados melhores em curto e longo prazo. Estudos longitudinais são necessários para avaliar os efeitos de diferentes intervenções nos sintomas de TAG ao longo do tempo e para avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental de pacientes com transtornos pré-existentes. Estudos são necessários para desenvolver tratamentos mais eficazes para TAG, em que os ganhos terapêuticos sejam mantidos a longo prazo, mesmo em situações estressoras.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5º ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 992 p.
2. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Ameringen MV. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(S1):83.
3. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized Anxiety Disorder. *Ann Intern Med* [Internet]. 2 de abril de 2019;170(7):50–64. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/AITC201904020>
4. Asmaee Majid S, Seghatoleslam T, Homan H, Akhvast A, Habil H. Effect of Mindfulness Based Stress Management on Reduction of Generalized Anxiety Disorder. *Iran J Public Health*. 2012;41(10):24–8.
5. Hoge EA, Bui E, Marques L, Metcalf CA, Morris LK, Robinaugh DJ, et al. Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 15 de agosto de 2013 [citado 23 de fevereiro de 2022];74(08):786–92. Disponível em: <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10008197>
6. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. maio de 2008 [citado 23 de fevereiro de 2022];22(4):716–21. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618507001569>
7. Schneider RL, Arch JJ, Wolitzky-Taylor KB. The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clin Psychol Rev* [Internet]. junho de 2015 [citado 23 de fevereiro de 2022];38:39–54. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735815000239>
8. Levy KN, Kivity Y, Johnson BN, Gooch CV. Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *J Clin Psychol* [Internet]. novembro de 2018 [citado 26 de setembro de 2021];74(11):1996–2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22685>
9. Hoyer J, Wiltink J, Hiller W, Miller R, Salzer S, Sarnowsky S, et al. Baseline Patient Characteristics Predicting Outcome and Attrition in Cognitive Therapy for Social Phobia: Results from a Large Multicentre Trial: Predictors of Outcome in Social Phobia. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. janeiro de 2016 [citado 8 de dezembro de 2021];23(1):35–46. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1936>
10. Nielsen SKK, Hageman I, Petersen A, Daniel SIF, Lau M, Winding C, et al. Do emotion regulation, attentional control, and attachment style predict response to cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? – an investigation in clinical settings. *Psychother Res* [Internet]. 22 de janeiro de 2018 [citado 26 de setembro de 2021];29(8):999–1009. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10503307.2018.1425933>

11. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet* [Internet]. novembro de 2021 [citado 22 de março de 2022];398(10312):1700–12. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621021437>
12. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Glob Health*. 6 de julho de 2020;16(1):57.
13. Santabárbara J, Lasheras I, Lipnicki DM, Bueno-Notivol J, Pérez-Moreno M, López-Antón R, et al. Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 13 de julho de 2021 [citado 26 de março de 2022];109:110207. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584620305236>
14. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun* [Internet]. julho de 2020 [citado 14 de julho de 2021];87:100–6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889159120306267>
15. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. abril de 2020 [citado 14 de julho de 2021];7(4):e21. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620300900>
16. Pan KY, Kok AAL, Eikelenboom M, Horsfall M, Jörg F, Luteijn RA, et al. The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *Lancet Psychiatry* [Internet]. fevereiro de 2021 [citado 14 de julho de 2021];8(2):121–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620304910>
17. Druss BG. Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations With Serious Mental Illness. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 1º de setembro de 2020 [citado 14 de julho de 2021];77(9):891. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2764227>
18. Chatterjee SS, Barikar C M, Mukherjee A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian J Psychiatry* [Internet]. junho de 2020 [citado 14 de julho de 2021];51:102071. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201820301829>
19. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of *DSM-5* Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 1º de maio de 2017;74(5):465.

- Disponível em:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>
20. Wittchen HU. DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1º de maio de 1994 [citado 26 de setembro de 2021];51(5):355–64. Disponível em:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1994.03950050015002>
 21. Vesga-López O, Schneier FR, Wang S, Heimberg RG, Liu SM, Hasin DS, et al. Gender differences in generalized anxiety disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. outubro de 2008;69(10):1606–16.
 22. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 28 de março de 2013 [citado 26 de setembro de 2021];9(1):275–97. Disponível em:
<http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>
 23. Yonkers KA, Dyck IR, Warshaw M, Keller MB. Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* [Internet]. junho de 2000 [citado 6 de dezembro de 2021];176(6):544–9. Disponível em:
https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000154625/type/journal_article
 24. Bandelow B, Boerner RJ, Kasper S, Linden M, Wittchen HU, Möller HJ. The Diagnosis and Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Dtsch Ärztebl Int*. 2013;110(17):300–10.
 25. Keller MB. The Long-Term Clinical Course of Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(Suppl 8):11–6.
 26. Katzman MA. Current Considerations in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *CNS Drugs* [Internet]. 2009 [citado 6 de dezembro de 2021];23(2):103–20. Disponível em: <http://link.springer.com/10.2165/00023210-200923020-00002>
 27. Beesdo K, Hoyer J, Jacobi F, Low NCP, Höfler M, Wittchen HU. Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: Evidence for diagnostic specificity. *J Anxiety Disord* [Internet]. junho de 2009 [citado 26 de setembro de 2021];23(5):684–93. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088761850900036X>
 28. Bandelow B. Generalized Anxiety Disorder and Pain. Em: *Pain in Psychiatric Disorders Mod Trends Pharmacopsychiatry* [Internet]. S. Karger AG; 2015 [citado 26 de setembro de 2021]. p. 153–65. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/435939>
 29. Comer JS, Blanco C, Hasin DS, Liu SM, Grant BF, Turner JB, et al. Health-Related Quality of Life Across the Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* [Internet]. 15 de janeiro de 2011 [citado 26 de setembro de 2021];72(01):43–50. Disponível em:

- <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10007046>
30. Martens EJ, de Jonge P, Na B, Cohen BE, Lett H, Whooley MA. Scared to Death? Generalized Anxiety Disorder and Cardiovascular Events in Patients With Stable Coronary Heart Disease: The Heart and Soul Study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1º de julho de 2010 [citado 26 de setembro de 2021];67(7):750. Disponível em: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archgenpsychiatry.2010.74>
 31. Barger SD, Sydeman SJ. Does generalized anxiety disorder predict coronary heart disease risk factors independently of major depressive disorder? *J Affect Disord* [Internet]. setembro de 2005 [citado 26 de setembro de 2021];88(1):87–91. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032705001485>
 32. Revicki DA, Travers K, Wyrwich KW, Svedsäter H, Locklear J, Mattera MS, et al. Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *J Affect Disord* [Internet]. outubro de 2012 [citado 26 de setembro de 2021];140(2):103–12. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032711007282>
 33. Meier SM, Deckert J. Genetics of Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. março de 2019 [citado 12 de março de 2022];21(3):16. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-019-1002-7>
 34. Gottschalk M, Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. junho de 2017 [citado 12 de março de 2022];19(2):159–68. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28867940/>
 35. Roemer L, Molina S, Litz BT, Borkovec TD. Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatizing events in generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* [Internet]. 1996 [citado 19 de fevereiro de 2022];4(3):134–8. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1996\)4:3<134::AID-DA6>3.0.CO;2-G](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:3<134::AID-DA6>3.0.CO;2-G)
 36. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ, Melchior M, Goldberg D, et al. Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychol Med* [Internet]. março de 2007 [citado 26 de setembro de 2021];37(03):441. Disponível em: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291706009640
 37. Cogle JR, Timpano KR, Sachs-Ericsson N, Keough ME, Riccardi CJ. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Res* [Internet]. maio de 2010 [citado 19 de fevereiro de 2022];177(1–2):150–5. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178109001085>
 38. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life Event Dimensions of Loss, Humiliation, Entrapment, and Danger in the Prediction of Onsets of Major Depression and Generalized Anxiety. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1º de agosto de 2003 [citado 19 de fevereiro de 2022];60(8):789. Disponível em: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.60.8.789>

39. Newman MG, Shin KE, Zuellig AR. Developmental risk factors in generalized anxiety disorder and panic disorder. *J Affect Disord* [Internet]. dezembro de 2016 [citado 26 de setembro de 2021];206:94–102. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716304712>
40. Picardi A, Caroppo E, Fabi E, Proietti S, Gennaro GD, Meldolesi GN, et al. Attachment and Parenting in Adult Patients with Anxiety Disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* [Internet]. 4 de outubro de 2013 [citado 26 de setembro de 2021];9(1):157–63. Disponível em: <https://clinical-practice-and-epidemiology-in-mental-health.com/VOLUME/9/PAGE/157/>
41. Eng W, Heimberg RG. Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. *J Anxiety Disord* [Internet]. janeiro de 2006 [citado 26 de setembro de 2021];20(3):380–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618505000435>
42. Cassidy J, Lichtenstein-Phelps J, Sibrava NJ, Thomas CL, Borkovec TD. Generalized Anxiety Disorder: Connections With Self-Reported Attachment. *Behav Ther* [Internet]. março de 2009 [citado 26 de setembro de 2021];40(1):23–38. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005789408000452>
43. Marganska A, Gallagher M, Miranda R. Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. janeiro de 2013 [citado 26 de setembro de 2021];83(1):131–41. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1111/ajop.12001>
44. Bowlby J. Attachment and loss. 2nd ed. Vol. 1 Attachment. New York: Basic Books; 1999.
45. Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord* [Internet]. dezembro de 2009 [citado 26 de setembro de 2021];23(8):1011–23. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618509001339>
46. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive–compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. junho de 2012 [citado 27 de setembro de 2021];16(2):77–84. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13651501.2012.667114>
47. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet* [Internet]. fevereiro de 2019 [citado 3 de março de 2022];393(10173):768–77. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618317938>
48. Borza L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):203–7.

49. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. março de 2014 [citado 22 de fevereiro de 2022];34(2):130–40. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735814000038>
50. Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl11):37–42.
51. Black DW. Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders. *CNS Spectr*. outubro de 2006;11(10 Suppl 12):29–33.
52. Crits-Christoph P, Newman MG, Rickels K, Gallop R, Gibbons MBC, Hamilton JL, et al. Combined Medication and Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. dezembro de 2011 [citado 23 de fevereiro de 2022];25(8):1087–94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196054/>
53. Xie ZJ, Han N, Law S, Li ZW, Chen SY, Xiao JP, et al. The efficacy of group cognitive-behavioural therapy plus duloxetine for generalised anxiety disorder versus duloxetine alone. *Acta Neuropsychiatr* [Internet]. dezembro de 2019 [citado 22 de fevereiro de 2022];31(6):316–24. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0924270819000322/type/journal_article
54. Wong SYS, Yip BHK, Mak WWS, Mercer S, Cheung EYL, Ling CYM, et al. Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. julho de 2016 [citado 23 de fevereiro de 2022];209(1):68–75. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000244395/type/journal_article
55. Costa M de A, Gonçalves FG, Tatton-Ramos T, Fonseca NK de O da, Schwinn JK, Alves SG, et al. A Three-Arm Randomized Clinical Trial Comparing the Efficacy of a Mindfulness-Based Intervention with an Active Comparison Group and Fluoxetine Treatment for Adults with Generalized Anxiety Disorder. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2020 [citado 27 de setembro de 2021];90(4):269–79. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/511880>
56. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Wfsbp Task Force On Treatment Guide, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders – First Revision. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. janeiro de 2008 [citado 23 de fevereiro de 2022];9(4):248–312. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15622970802465807>
57. Gersh E, Hallford DJ, Rice SM, Kazantzis N, Gersh H, Gersh B, et al. Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. dezembro de 2017 [citado 27 de setembro de

- 2021];52:25–33. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618517301780>
58. Mavranetzouli I, Meader N, Cape J, Kendall T. The Cost Effectiveness of Pharmacological Treatments for Generalized Anxiety Disorder. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 1º de abril de 2013 [citado 27 de setembro de 2021];31(4):317–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40273-013-0031-z>
 59. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, Dozois DJA. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord*. 2008;22(1):108–16.
 60. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 de janeiro de 2007;(1):CD001848.
 61. Siev J, Chambless DL. Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult Clin Psychol*. agosto de 2007;75(4):513–22.
 62. Hundt NE, Amspoker AB, Kraus-Schuman C, Cully JA, Rhoades H, Kunik ME, et al. Predictors of CBT outcome in older adults with GAD. *J Anxiety Disord* [Internet]. dezembro de 2014 [citado 24 de fevereiro de 2022];28(8):845–50. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618514001364>
 63. Mohlman J. Neurocognitive predictors of long-term outcome in CBT for late life generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. agosto de 2020 [citado 24 de fevereiro de 2022];74:102246. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618520300608>
 64. Ferreira-Garcia R, Mochcovitch M, Costa do Cabo M, Nardi AE, Christophe Freire R. Predictors of Pharmacotherapy Response in Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. março de 2017 [citado 24 de fevereiro de 2022];25(2):65–79. Disponível em: <https://journals.lww.com/00023727-201703000-00003>
 65. Pierò A, Locati E. An open, non-randomised comparison of escitalopram and duloxetine for the treatment of subjects with Generalized Anxiety Disorder. *Hum Psychopharmacol*. janeiro de 2011;26(1):63–71.
 66. Newman MG, Castonguay LG, Jacobson NC, Moore GA. Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. outubro de 2015 [citado 26 de setembro de 2021];83(5):915–25. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0039359>
 67. van Dis EAM, van Veen SC, Hagenaaers MA, Batelaan NM, Bockting CLH, van den Heuvel RM, et al. Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 1º de março de 2020 [citado 19 de março de 2022];77(3):265–73. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2756136>

68. Durham RC, Chambers JA, Macdonald RR, Power KG, Major K. Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8–14 year follow-up of two clinical trials. *Psychol Med* [Internet]. abril de 2003 [citado 20 de março de 2022];33(3):499–509. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291702007079/type/journal_article
69. Van der Heiden C, Melchior K. A 30-month follow-up of generalized anxiety disorder: Status after metacognitive therapy and intolerance of uncertainty-therapy. *Eur J Pers Centered Healthc* [Internet]. 13 de outubro de 2014 [citado 19 de março de 2022];2(4):434–8. Disponível em: <http://bjll.org/index.php/ejpch/article/view/812>
70. Solem S, Wells A, Kennair LEO, Hagen R, Nordahl H, Hjemdal O. Metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder: A 9-year follow-up study. *Brain Behav* [Internet]. outubro de 2021 [citado 20 de março de 2022];11(10):1–7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.2358>
71. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. Laks J, organizador. *PLoS ONE* [Internet]. 24 de abril de 2014 [citado 23 de fevereiro de 2022];9(4):e96110. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0096110>
72. Sundquist J, Palmér K, Memon AA, Wang X, Johansson LM, Sundquist K. Long-term improvements after mindfulness-based group therapy of depression, anxiety and stress and adjustment disorders: A randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. agosto de 2019 [citado 26 de março de 2022];13(4):943–52. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12715>
73. Rigas C, Park H, Nassim M, Su CL, Greenway K, Lipman M, et al. Long-term Effects of a Brief Mindfulness Intervention Versus a Health Enhancement Program for Treating Depression and Anxiety in Patients Undergoing Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial. *Can J Kidney Health Dis* [Internet]. janeiro de 2022 [citado 26 de março de 2022];9:1–11. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/20543581221074562>
74. Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 1º de maio de 1995 [citado 11 de abril de 2022];17(3):192–200. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016383439500025M>
75. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [citado 21 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
76. Murphy L, Markey K, O’ Donnell C, Moloney M, Doody O. The impact of the COVID-

- 19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions: A scoping review. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. agosto de 2021 [citado 21 de março de 2022];35(4):375–94. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941721000686>
77. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. setembro de 2020 [citado 21 de março de 2022];7(9):813–24. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620303072>
78. Bojdani E, Rajagopalan A, Chen A, Gearin P, Olcott W, Shankar V, et al. COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Psychiatry Res* [Internet]. julho de 2020 [citado 14 de julho de 2021];289:113069. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178120312269>
79. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 6 de março de 2020 [citado 22 de março de 2022];17(5):1–25. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729>
80. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S, et al. Women are most affected by pandemics - lessons from past outbreaks. *Nature*. julho de 2020;583(7815):194–8.
81. Burki T. The indirect impact of COVID-19 on women. *Lancet Infect Dis*. agosto de 2020;20(8):904–5.
82. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry* [Internet]. outubro de 2020 [citado 14 de julho de 2021];7(10):883–92. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620303084>
83. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, et al. Pandemics and Violence Against Women and Children [Internet]. Center For Global Development. [citado 22 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children>
84. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. fevereiro de 2021 [citado 14 de julho de 2021];281:91–8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032720330512>
85. Neelam K, Duddu V, Anyim N, Neelam J, Lewis S. Pandemics and pre-existing mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun - Health* [Internet]. janeiro de 2021 [citado 16 de fevereiro de 2022];10(100177):1–10. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666354620301423>
86. Pinkham AE, Ackerman RA, Depp CA, Harvey PD, Moore RC. A Longitudinal

- Investigation of the Effects of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Individuals with Pre-existing Severe Mental Illnesses. *Psychiatry Res* [Internet]. dezembro de 2020 [citado 14 de julho de 2021]; Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178120331541>
87. Daly M, Robinson E. Psychological distress and adaptation to the COVID-19 crisis in the United States. *J Psychiatr Res* [Internet]. abril de 2021 [citado 23 de março de 2022];136:603–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7588823/>
 88. Lin S (Lamson). Generalized anxiety disorder during COVID-19 in Canada: Gender-specific association of COVID-19 misinformation exposure, precarious employment, and health behavior change. *J Affect Disord* [Internet]. abril de 2022 [citado 6 de abril de 2022];302:280–92. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032722001124>
 89. Wu S, Yao M, Deng C, Marsiglia FF, Duan W. Social Isolation and Anxiety Disorder During the COVID-19 Pandemic and Lockdown in China. *J Affect Disord* [Internet]. novembro de 2021 [citado 2 de agosto de 2021];294:10–6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032721006534>
 90. Hoffart A, Johnson SU, Ebrahimi OV. The network of stress-related states and depression and anxiety symptoms during the COVID-19 lockdown. *J Affect Disord* [Internet]. novembro de 2021 [citado 2 de agosto de 2021];294:671–8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032721006984>
 91. Wang Y, Hu Z, Feng Y, Wilson A, Chen R. Changes in network centrality of psychopathology symptoms between the COVID-19 outbreak and after peak. *Mol Psychiatry* [Internet]. dezembro de 2020 [citado 6 de abril de 2022];25(12):3140–9. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41380-020-00881-6>
 92. Heeren A, Hanseeuw B, Cougnon LA, Lits G. Excessive Worrying as a Central Feature of Anxiety during the First COVID-19 Lockdown-Phase in Belgium: Insights from a Network Approach. *Psychol Belg* [Internet]. 30 de dezembro de 2021 [citado 6 de abril de 2022];61(1):401–18. Disponível em: <https://www.psychologicabelgica.com/article/10.5334/pb.1069/>
 93. Bendau A, Kunas SL, Wyka S, Petzold MB, Plag J, Asselmann E, et al. Longitudinal changes of anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Germany: The role of pre-existing anxiety, depressive, and other mental disorders. *J Anxiety Disord* [Internet]. abril de 2021 [citado 2 de abril de 2022];79(102377):1–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618521000244>
 94. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet]. julho de 2015 [citado 5 de abril de 2022];30(4):183–92. Disponível em: <http://journals.lww.com/00004850-201507000-00002>
 95. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety

- disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* [Internet]. junho de 2013 [citado 5 de abril de 2022];12(2):137–48. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20038>
96. Sæther SMM, Knapstad M, Grey N, Smith ORF. Twelve Months Post-treatment Results From the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies. *Front Psychol* [Internet]. 2019 [citado 5 de abril de 2022];10(2303):1–11. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.02303>
97. Nordahl HM, Vogel PA, Morken G, Stiles TC, Sandvik P, Wells A. Paroxetine, Cognitive Therapy or Their Combination in the Treatment of Social Anxiety Disorder with and without Avoidant Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2016 [citado 5 de abril de 2022];85(6):346–56. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/447013>
98. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, Scholten WD, Huijbregts KM, Balkom AJLM van. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ* [Internet]. 13 de setembro de 2017 [citado 5 de abril de 2022];358(j3927). Disponível em: <https://www.bmj.com/content/358/bmj.j3927>

ANEXO A – ROTEIRO LIGAÇÃO TELEFÔNICA

ROTEIRO DA LIGAÇÃO TELEFÔNICA

Olá, meu nome é _____, sou pesquisador(a) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e estou entrando em contato, pois você participou no ano passado da pesquisa sobre tratamentos para o Transtorno de Ansiedade Generalizada, que foi realizada pelo Grupo de Pesquisa sobre Transtornos de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A pesquisa tinha por objetivo comparar três diferentes tratamentos para o Transtorno de Ansiedade Generalizada, sendo eles o Tratamento Medicamentoso com Fluoxetina; Prática de Mindfulness e; Participação em Grupo de Qualidade de Vida. Conforme estava previsto no estudo, estamos entrando em contato com os participantes para reavaliar os sintomas de ansiedade e a efetividade das intervenções realizadas. Adicionalmente, haverá também um questionário sobre questões envolvendo a pandemia, visto que ela pode ter provocado uma piora dos sintomas.

Se você aceitar participar dessa reavaliação, você terá que responder uma série de perguntas em um formulário online que será enviado por e-mail ou WhatsApp, sobre o isolamento devido a COVID-19, regulação emocional, sintomas de ansiedade e preocupações. O preenchimento do formulário levará em torno de 30 minutos, e no final você poderá assistir à vídeos psicoeducativos sobre ansiedade gravados pelos pesquisadores do grupo.

Você aceita participar?

SIM

NÃO

Se não quiser participar, agradecer o tempo e disponibilidade.

Se aceitar, solicitar endereço de e-mail ou celular para enviar o link do formulário.

E-mail:

Telefone (WhatsApp):

Obrigada pela sua disponibilidade. Fico à disposição caso você tenha dúvidas.

Nome do participante: _____

Data da ligação: ___/___/___

Horário da ligação: :

ANEXO B – CONVITE PARA OS PARTICIPANTES

CONVITE PARA OS PARTICIPANTES

Este é um convite para preencher o questionário “Reavaliação de Sintomas de Ansiedade e avaliação do impacto do novo Coronavírus (COVID-19) em pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada”. O questionário faz parte da pesquisa que você participou intitulada “ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO COMPARANDO UMA INTERVENÇÃO BASEADA EM MINDFULNESS VERSUS TRATAMENTO FARMACOLÓGICO VERSUS GRUPO DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA”, cujo pesquisador responsável é a Profª Drª Gisele Gus Manfro [(51) 33598294, gmanfro@hcpa.edu.br], conforme já foi conversado com você ao telefone. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (cep@hcpa.edu.br). O objetivo deste projeto foi comparar três diferentes tratamentos para o Transtorno de Ansiedade Generalizada, sendo eles o Tratamento Medicamentoso com Fluoxetina; Prática de Mindfulness e; a Participação em Grupo de Qualidade de Vida. Conforme previsto no estudo que você participou, esta é uma reavaliação dos seus sintomas de ansiedade e da efetividade das intervenções realizadas. Adicionalmente, haverá um questionário sobre questões referentes à pandemia, visto que ela pode ter influenciado seu estado atual. O questionário consiste de 155 perguntas, sendo somente 4 de resposta livre e as demais de escolha simples (objetivas), e pode ser respondido em torno de 30 minutos. A sua participação na pesquisa é voluntária, mas muito importante e se dá através da ferramenta Formulário Google®, sendo que ao responder e enviar o questionário ao final você está concordando em participar desta pesquisa.

ANEXO C – CRISIS

Questionário de Impacto do Coronavírus na Saúde (CRISIS) V0.3

Formulário Auto-Reportado da Linha de Base do Adulto

INFORMAÇÕES BÁSICAS

Primeiramente, antes de começarmos com as perguntas principais, nós gostaríamos de obter algumas informações gerais sobre você.

1. **Atualmente, você está trabalhando ou estudando?**
 - a. Trabalhando com salário
 - b. De licença
 - c. Desempregado ou procurando por emprego
 - d. Aposentado
 - e. Do Lar/Dona de Casa
 - f. Aposentado por invalidez
 - g. Matriculado na escola/faculdade/universidade

2. **Qual é o seu emprego?** _____

3. **Qual dessas opções melhor descreve o lugar que você mora?**
 - a. Cidade grande
 - b. Periferia de cidade grande
 - c. Cidade pequena
 - d. Pequeno município/Vilarejo
 - e. Área Rural

4. **Qual o maior grau de ensino que você completou?**
 - a. Ensino Fundamental
 - b. Ensino Médio Incompleto
 - c. Ensino Médio Completo / EJA
 - d. Ensino Superior Incompleto
 - e. Ensino Superior Completo
 - f. Pós-Graduação

5. **Quantas pessoas vivem na sua casa (além de você)?** _____

6. **Por favor, especifique o seu relacionamento com as pessoas que moram**

na sua casa (marque todas que se aplicam):

- a. Parceiro/Esposo(a)
- b. Pais
- c. Avós
- d. Irmãos/Irmãs
- e. Outros parentes
- f. Pessoas que não são parentes

7. Algum adulto que vive na sua casa é TRABALHADOR DE ATIVIDADE ESSENCIAL (ex: profissional de saúde, entregador, forças de segurança). Sim/Não

a. Se sim,

• Se sim, eles voltam para casa todos os dias?

- Sim
- Não, vivem separados devido ao COVID-19
- Não, vivem separados por outros motivos

• Eles são paramédicos/socorristas, profissionais de saúde ou trabalhadores de instituições que tratam pacientes com COVID-19? Sim/Não

8. Quantos quartos tem sua casa no total? _____

9. Você tem seguro/plano de saúde?

- a. Sim, militar
- b. Sim, empresarial
- c. Sim, individual
- d. Sim, governamental/serviço público
- e. Sim, outro
- f. Não

10. Como você classificaria sua saúde física no geral?

- a. Excelente
- b. Muito boa
- c. Boa
- d. Razoável
- e. Ruim

11. Algum profissional de saúde ou de educação já disse que você tinha alguma das condições de saúde abaixo (marque todas que já lhe disseram)?

- a. Alergias de estação/sazonais
- b. Asma ou outros problemas pulmonares
- c. Problemas de coração
- d. Problemas nos rins
- e. Doenças imunológicas
- f. Diabetes ou açúcar alto no sangue

- g. Câncer
- h. Artrite
- i. Dores de cabeça frequentes ou muito fortes
- j. Epilepsia ou convulsões
- k. Problemas graves de estômago ou intestino
- l. Acne grave ou outros problemas graves de pele
- m. Problemas emocionais ou de saúde mental como depressão ou ansiedade
- n. Problemas com álcool ou drogas
- o. Deficiência intelectual
- p. Transtorno de espectro autista
- q. Problemas de aprendizado

12. Como você classificaria sua saúde mental/emocional antes da crise de Coronavírus/COVID-19 na sua região?

- a. Excelente
- b. Muito boa
- c. Boa
- d. Razoável
- e. Ruim

STATUS DE SAÚDE E EXPOSIÇÃO AO CORONAVÍRUS/COVID-19

Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:

13. ... você foi exposto a alguém que provavelmente teria infecção pelo Coronavírus/COVID-19? (marque todas as que se aplicam)

- a. Sim, alguém com teste positivo
- b. Sim, alguém com diagnóstico médico, mas sem teste
- c. Sim, alguém com sintomas compatíveis com Coronavírus, mas sem diagnóstico médico
- d. Não

14. Houve suspeita de que você teria infecção por Coronavírus/COVID-19?

- a. Sim, com teste positivo
- b. Sim, com diagnóstico médico, mas sem teste
- c. Sim, com sintomas compatíveis com Coronavírus, mas sem diagnóstico médico
- d. Não, sem sinais e/ou sintomas

15. Você teve algum dos seguintes sintomas? (marque todos que se aplicam)

- a. Febre
- b. Tosse
- c. Falta de ar
- d. Dor de garganta
- e. Cansaço
- f. Perda de olfato ou paladar
- g. Infecção no olho

h. Outros _____

**16. Alguém da sua família foi diagnosticado com Coronavírus/COVID-19?
(marque todos que se aplicam)**

- a. Sim, um membro da minha família que mora na minha casa
- b. Sim, um membro da minha família que não mora na minha casa
- c. Não

17. Alguma das seguintes opções aconteceu com membros da sua família por causa do Coronavírus/COVID-19? (marque todos que se aplicam)

- a. Ficou doente fisicamente
- b. Foi hospitalizado
- c. Foi colocado em quarentena sozinho com sintomas
- d. Foi colocado em quarentena sozinho sem sintomas (por possível exposição, por exemplo)
- e. Perdeu o emprego
- f. Teve sua capacidade de ganhar dinheiro prejudicada
- g. Faleceu
- h. Nenhuma das acima

Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, o quão preocupado você esteve com:

18. ... ser infectado

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

19. ... amigos ou familiares serem infectados?

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

20. ... sua *Saúde Física* ser afetada pelo Coronavírus/COVID-19?

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

21. ... sua *Saúde Mental/Emocional* ser afetada pelo Coronavírus/COVID-19??

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

22. O quanto você está lendo ou falando sobre o Coronavírus/COVID-19?

- a. Nada
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Na maior parte do tempo

23. A crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região causou alguma mudança positiva na sua vida?

- a. Nenhuma
- b. Poucas
- c. Algumas

- Se respondeu b ou c na questão 30, por favor especifique:

MUDANÇAS NA VIDA PROVOCADAS PELA CRISE DO CORONÁVÍRUS/COVID-19 NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:

24. ... se você está estudando, o prédio da sua escola/faculdade/universidade foi fechado? Sim/Não

a. Se não,

- As aulas estão acontecendo? Sim/Não
- Você está indo nas aulas presencialmente? Sim/Não

b. Se sim,

- Você está tendo aulas online? Sim/Não
- Você tem acesso fácil à internet e computador? Sim/Não
- Você tem tarefas escolares para fazer? Sim/Não

25. ... se você tinha um emprego antes do Coronavírus/COVID-19, você segue trabalhando? Sim/Não/Não se aplica

a. Se sim,

- Você segue indo presencialmente em seu local de trabalho? Sim/Não
- Você tem trabalhado de casa / à distância? Sim/Não

b. Se não,

- Você foi afastado do seu emprego? Sim/Não
- Você perdeu o seu emprego? Sim/Não

26. ... com quantas pessoas, fora as pessoas que moram com você, você teve conversas pessoalmente? _____

27. ... quanto tempo você passou fora de casa (indo ao mercado, lojas, parques, etc.)?

- a. Nada

- b. 1-2 dias por semana
- c. Alguns dias por semana
- d. Vários dias por semana
- e. Todos os dias

28. ... o quão estressantes têm sido para você as restrições de sair de casa?

- a. Nenhum pouco
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

29. ... o seu contato com pessoas, fora as que moram com você, mudou em comparação a *antes da crise do Coronavírus/COVID19* na sua região?

- a. Tenho muito menos contato
- b. Tenho um pouco menos de contato
- c. Tenho aproximadamente o mesmo contato
- d. Tenho um pouco mais contato
- e. Tenho muito mais contato

30. ... o quão difícil tem sido para você seguir as recomendações de evitar contato próximo com outras pessoas?

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

31. ... a qualidade do seu relacionamento com os membros da sua família que moram com você mudou?

- a. Piorou muito
- b. Piorou um pouco
- c. Segue aproximadamente a mesma
- d. Melhorou um pouco
- e. Melhorou muito

32. ... o quão estressantes têm sido para você essas mudanças no contato com a sua família?

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

33. ... a qualidade do seu relacionamento com seus amigos mudou?

- a. Piorou muito
- b. Piorou um pouco
- c. Segue aproximadamente a mesma

- d. Melhorou um pouco
- e. Melhorou muito

34. ... o quão estressantes têm sido para você essas mudanças no contato com seus amigos?

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

35. ... o quanto o cancelamento de eventos importantes na sua vida (como formaturas, bailes, férias, etc.) têm sido difíceis para você?

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

36. ... o quanto as mudanças relacionadas ao Coronavírus/COVID-19 na sua região criaram problemas financeiros para você ou sua família?

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

37. ... o quanto você está preocupado com a estabilidade da sua situação de moradia?

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

38. Você se preocupou com ficar sem comida em função da falta de dinheiro?

- a. Sim
- b. Não

39. O quão esperançoso você está de que a crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região vai acabar logo?

- a. Nada
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

COMPORTAMENTOS DO DIA-A-DIA (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)

Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 em sua região:

40. ... em média, que horas você foi dormir nos DIAS DE SEMANA?
- Antes das 21h
 - Entre 21-23h
 - Entre 23-01h
 - Depois da 01h
41. ... em média, que horas você foi dormir nos FINAIS DE SEMANA?
- Antes das 21h
 - Entre 21-23h
 - Entre 23-01h
 - Depois da 01h
42. ... em média, quantas horas você dormiu por noite nos DIAS DE SEMANA?
- Menos de 6h
 - Entre 6-8h
 - Entre 8-10h
 - Mais de 10h
43. ... em média, quantas horas você dormiu por noite nos FINAIS DE SEMANA?
- Menos de 6h
 - Entre 6-8h
 - Entre 8-10h
 - Mais de 10h
44. ... quantos dias, por semana, você se exercitou (ficou com o coração e a respiração acelerados, por exemplo) por pelo menos 30 minutos?
- Nenhum
 - 1-2 dias
 - 3-4 dias
 - 5-6 dias
 - Todos os dias
45. ... quantos dias, por semana, você passou ao ar livre?
- Nenhum
 - 1-2 dias
 - 3-4 dias
 - 5-6 dias
 - Todos os dias

EMOÇÕES E PRECOPAÇÕES (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)

Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 em sua região:

46. ... o quão preocupado, no geral, você estava?

- a. Nenhum pouco preocupado
- b. Um pouco preocupado
- c. Moderadamente preocupado
- d. Bastante preocupado
- e. Extremamente preocupado

47. ... o quão feliz versus triste você estava?

- a. Muito triste/deprimido/infeliz
- b. Moderadamente triste/deprimido/infeliz
- c. Neutro
- d. Moderadamente feliz/animado
- e. Muito feliz/animado

48. ... o quanto você tinha prazer em fazer suas atividades habituais?

- a. Nenhum pouco
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

49. ... o quão tranquilo versus ansioso você estava?

- a. Muito tranquilo/calmo
- b. Moderadamente tranquilo/calmo
- c. Neutro
- d. Moderadamente nervoso/ansioso
- e. Muito nervoso/ansioso

50. ... o quão inquieto ou agitado você estava?

- a. Nenhum pouco inquieto/agitado
- b. Um pouco inquieto/agitado
- c. Moderadamente inquieto/agitado
- d. Muito inquieto/agitado
- e. Extremamente inquieto/agitado

51. ... o quão cansado ou esgotado você estava?

- a. Nenhum pouco casado/esgotado
- b. Um pouco casado/esgotado
- c. Moderadamente casado/esgotado
- d. Muito casado/esgotado
- e. Extremamente casado/esgotado

52. ... o quanto você estava capaz de se focar ou se concentrar?

- a. Muito focado/atento
- b. Moderadamente focado/atento
- c. Neutro
- d. Moderadamente desfocado/distraído
- e. Muito desfocado/distraído

53. ... o quão brabo ou facilmente irritável você estava?

- a. Nenhum pouco brabo/facilmente irritável
- b. Um pouco brabo/facilmente irritável
- c. Moderadamente brabo/facilmente irritável
- d. Muito brabo/facilmente irritável
- e. Extremamente brabo/facilmente irritável

54. ... o quão solitário você estava se sentindo?

- a. Nenhum pouco solitário
- b. Um pouco solitário
- c. Moderadamente solitário
- d. Bastante solitário
- e. Extremamente solitário

55. ... o quanto você teve pensamentos negativos, pensamentos sobre experiências desagradáveis ou sobre coisas que fazem você se sentir mal?

- a. Nunca
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Muitas vezes

USO DE MÍDIA DIGITAL (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)

Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 em sua região quanto tempo por dia você passou:

56. ... assistindo TV ou outras mídias digitais (Netflix, Youtube, navegando na Internet, por exemplo)?

- a. Não vi TV ou usei mídias digitais
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

57. ... usando redes sociais (Facetime, Facebook, Instragram, Snapchat, Twitter, TikTok, por exemplo)?

- a. Não usei redes sociais
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

58. ... jogando videogames?

- a. Não joguei videogames
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h

- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

USO DE SUBSTÂNCIAS (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)

Durante as **TRÊS MESES ANTERIORES** ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 em sua região, com que frequência você usou:

59. ... álcool?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

60. ... cigarros eletrônicos/vaping?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

61. ... cigarros ou outros tipos de tabaco?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

62. ... maconha/cannabis (baseado, pipe, bong, por exemplo)?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

63. ... opioides, heroína ou narcóticos?

- a. Não usei
- b. Raramente

- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

64. ... outras drogas incluindo cocaína, crack, anfetamina, metanfetamina, alucinógenos ou ecstasy?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

65. ... remédios para dormir ou sedativos/hipnóticos?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

COMPORTAMENTOS DO DIA-A-DIA (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)

Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

66. ... em média, que horas você foi dormir nos DIAS DE SEMANA?

- a. Antes das 21h
- b. Entre 21-23h
- c. Entre 23-01h
- d. Depois da 01h

67. ... em média, que horas você foi dormir nos FINAIS DE SEMANA?

- a. Antes das 21h
- b. Entre 21-23h
- c. Entre 23-01h
- d. Depois da 01h

68. ... em média, quantas horas você dormiu por noite nos DIAS DE SEMANA?

- a. Menos de 6h
- b. Entre 6-8h
- c. Entre 8-10h
- d. Mais de 10h

69. ... em média, quantas horas você dormiu por noite nos FINAIS DE SEMANA?

- a. Menos de 6h
- b. Entre 6-8h
- c. Entre 8-10h
- d. Mais de 10h

70. ... quantos dias, por semana, você se exercitou (ficou com o coração e a respiração acelerados, por exemplo) por pelo menos 30 minutos?

- a. Nenhum
- b. 1-2 dias
- c. 3-4 dias
- d. 5-6 dias
- e. Todos os dias

71. ... quantos dias, por semana, você passou ao ar livre?

- a. Nenhum
- b. 1-2 dias
- c. 3-4 dias
- d. 5-6 dias
- e. Todos os dias

EMOÇÕES E PRECOPAÇÕES (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)

Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

72. ... o quão preocupado, no geral, você estava?

- a. Nenhum pouco preocupado
- b. Um pouco preocupado
- c. Moderadamente preocupado
- d. Bastante preocupado
- e. Extremamente preocupado

73. ... o quão feliz versus triste você estava?

- a. Muito triste/deprimido/infeliz
- b. Moderadamente triste/deprimido/infeliz
- c. Neutro
- d. Moderadamente feliz/animado
- e. Muito feliz/animado

74. ... o quanto você tinha prazer em fazer suas atividades habituais?

- a. Nenhum pouco
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

75. ... o quão tranquilo versus ansioso você estava?

- a. Muito tranquilo/calmo
- b. Moderadamente tranquilo/calmo
- c. Neutro
- d. Moderadamente nervoso/ansioso

e. Muito nervoso/ansioso

76. ... o quão inquieto ou agitado você estava?

- a. Nenhum pouco inquieto/agitado
- b. Um pouco inquieto/agitado
- c. Moderadamente inquieto/agitado
- d. Muito inquieto/agitado
- e. Extremamente inquieto/agitado

77. ... o quão cansado ou esgotado você estava?

- a. Nenhum pouco casado/esgotado
- b. Um pouco casado/esgotado
- c. Moderadamente casado/esgotado
- d. Muito casado/esgotado
- e. Extremamente casado/esgotado

78. ... o quanto você estava capaz de se focar ou se concentrar?

- a. Muito focado/atento
- b. Moderadamente focado/atento
- c. Neutro
- d. Moderadamente desfocado/distraído
- e. Muito desfocado/distraído

79. ... o quão brabo ou facilmente irritável você estava?

- a. Nenhum pouco brabo/facilmente irritável
- b. Um pouco brabo/facilmente irritável
- c. Moderadamente brabo/facilmente irritável
- d. Muito brabo/facilmente irritável
- e. Extremamente brabo/facilmente irritável

80. ... o quão solitário você estava se sentindo?

- a. Nenhum pouco solitário
- b. Um pouco solitário
- c. Moderadamente solitário
- d. Bastante solitário
- e. Extremamente solitário

81. ... o quanto você teve pensamentos negativos, pensamentos sobre experiências desagradáveis ou sobre coisas que fazem você se sentir mal?

- a. Nunca
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Muitas vezes

Durante as **ÚLTIMAS 2 SEMANAS** quanto tempo por dia você passou:

82. ... assistindo TV ou outras mídias digitais (Netflix, Youtube, navegando na Internet, por exemplo)?

- a. Não vi TV ou usei mídias digitais
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

83. ... usando redes sociais (Facetime, Facebook, Instragram, Snapchat, Twitter, TikTok, por exemplo)?

- a. Não usei redes sociais
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

84. ... jogando videogames?

- a. Não joguei videogames
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

USO DE SUBSTÂNCIAS (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)

Durante as **ÚLTIMAS 2 SEMANAS** com que frequência você usou:

85. ... álcool?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

86. ... cigarros eletrônicos/vaping?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

87. ... cigarros ou outros tipos de tabaco?

- a. Não usei

- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

88. ... maconha/cannabis (baseado, pipe, bong, por exemplo)?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

89. ... opioides, heroína ou narcóticos?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

90. ... outras drogas incluindo cocaína, crack, anfetamina, metanfetamina, alucinógenos ou ecstasy?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

91. ... remédios para dormir ou sedativos/hipnóticos?

- a. Não usei
- b. Raramente
- c. Uma vez por mês
- d. Várias vezes por mês
- e. Uma vez por semana
- f. Várias vezes por semana
- g. Uma vez por dia
- h. Mais de uma vez por dia

SERVIÇOS

92. À quais dos seguintes programas de suporte você tinha acesso antes da crise do Coronavírus/COVID-19 e que foram interrompidos ao longo das DUAS ÚLTIMAS SEMANAS (marque todas que se aplicam).

- a. **Aulas especializadas para alunos com dificuldades**
- b. Tutorias
- c. Programa de mentoria
- d. Programa de atividades extracurriculares
- e. Programa de voluntariado
- f. Psicoterapia
- g. Atendimento psiquiátrico
- h. Terapia ocupacional
- i. Fisioterapia
- j. Fonoaudiologia
- k. Atividades esportivas
- l. Cuidados médicos para doenças crônicas
- m. Outros: Especifique _____

PREOCUPAÇÕES E COMENTÁRIOS ADICIONAIS

Por favor, descreva quaisquer outras coisas que preocupam você em relação ao impacto do Coronavírus/COVID-19 em você, seus amigos ou sua família? (Opcional)

[CAIXA DE TEXTO]

ANEXO D – GAD-7

GAD-7

Nas últimas 2 semanas, o quão frequentemente você tem se incomodado com os seguintes problemas?

	Raramente	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1) Sentiu-se nervoso, ansioso, inquieto	() 0	() 1	() 2	() 3
2) Não consegui parar de se preocupar ou controlar suas preocupações	() 0	() 1	() 2	() 3
3) Se preocupou de mais com diferentes coisas	() 0	() 1	() 2	() 3
4) Dificuldade em relaxar	() 0	() 1	() 2	() 3
5) Ficou tão agitado(a) que foi difícil ficar parado(a)	() 0	() 1	() 2	() 3
6) Ficou facilmente aborrecido(a) irritado(a)	() 0	() 1	() 2	() 3
7) Sentiu-se com medo, como se algo ruim pudesse acontecer	() 0	() 1	() 2	() 3

Nota: tradução livre ainda não validada para o português brasileiro.

ANEXO E – PSWQ

Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia

Por favor, escreva no quadrado o número que melhor representa o quanto cada afirmativa se adequa à sua forma de ser.

Não me adequo	Adequo-me pouco	Adequado	Muito adequado	Extremamente adequado
1	2	3	4	5

1. A falta de tempo para fazer todas as minhas coisas não me preocupa.
2. Minhas preocupações me angustiam.
3. Não costumo me preocupar com as coisas.
4. Muitas situações me causam preocupação.
5. Eu sei que não deveria me preocupar com as coisas, mas não consigo me controlar.
6. Quando me encontro sob pressão fico muito preocupado(a).
7. Estou sempre preocupado (a) com algo.
8. Desligo-me facilmente das minhas preocupações.
9. Ao terminar uma tarefa, começo a me preocupar com as outras coisas que tenho para fazer.
10. Nunca me preocupo com nada.
11. Não me preocupo com algo, quando já não há mais nada a fazer.
12. Tenho tido preocupações durante toda a minha vida.
13. Noto que ando preocupado com as coisas.
14. Uma vez que começo a me preocupar, não consigo parar.
15. Fico preocupado o tempo todo.

16. Preocupo-me com as coisas até que elas estejam concluídas.

ANEXO F – DERS

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Percebo com clareza os meus sentimentos.					
2. Presto atenção a como me sinto.					
3. Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controle.					
4. Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.					
5. Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.					
6. Estou atento aos meus sentimentos.					
7. Sei exatamente como estou me sentindo.					
8. Interesse-me com aquilo que estou sentindo.					
9. Estou confuso sobre como me sinto.					
10. Quando não estou bem, percebo minhas emoções.					
11. Quando não estou bem, fico zangado comigo mesmo por me sentir assim.					
12. Quando não estou bem, fico envergonhado por me sentir assim.					
13. Quando não estou bem, tenho dificuldade em realizar tarefas.					
14. Quando não estou bem, fico fora de controle.					
15. Quando não estou bem, penso que vou-me sentir assim por muito tempo.					
16. Quando não estou bem, penso que vou acabar me sentindo muito deprimido.					
17. Quando não estou bem, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.					
18. Quando não estou bem, tenho dificuldade em concentrar-me em outras coisas.					
19. Quando não estou bem, sinto-me fora de controle.					
20. Quando não estou bem, continuo a conseguir fazer as coisas.					
	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
21. Quando não estou bem, sinto-me envergonhado de mim mesmo por me sentir assim.					
22. Quando não estou bem, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.					

23. Quando não estou bem, sinto que sou fraco.					
24. Quando não estou bem, sinto que consigo manter o controle dos meus comportamentos.					
25. Quando não estou bem, sinto-me culpado por me sentir assim.					
26. Quando não estou bem, tenho dificuldade em concentrar-me.					
27. Quando não estou bem, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.					
28. Quando não estou bem, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.					
29. Quando não estou bem, fico irritado comigo mesmo por me sentir assim.					
30. Quando não estou bem, começo a sentir-me muito mal comigo mesmo.					
31. Quando não estou bem, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.					
32. Quando não estou bem, eu perco o controle dos meus comportamentos.					
33. Quando não estou bem, tenho dificuldade em pensar outra coisa qualquer.					
34. Quando não estou bem, dedico algum tempo a entender aquilo que realmente estou sentindo.					
35. Quando não estou bem, demoro muito tempo até me sentir melhor.					
36. Quando não estou bem, as minhas emoções parecem avassaladoras.					

**ANEXO G – ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS PARA LIDAR COM O STRESS
E A ANSIEDADE**

	1. Após o término das intervenções da pesquisa (Mindfulness; Grupo Qualidade de Vida; Medicação), o que você fez/tem feito para lidar com o stress ou ansiedade? (Marque todas que se aplicam.)	Sim	Não
	Ver filmes ou assistir vídeos no Youtube	() 1	() 0
	Praticar meditação ou <i>mindfulness</i>	() 1	() 0
	Rezar (para pessoas religiosas)	() 1	() 0
	Escrever	() 1	() 0
	Se divertir com amigos e familiares	() 1	() 0
	Praticar exercícios físicos	() 1	() 0
	Tocar um instrumento	() 1	() 0
	Escutar música	() 1	() 0
	Passar tempo com meu(s) animal(is) de estimação	() 1	() 0
	Jogar videogames	() 1	() 0
	Ler livros	() 1	() 0
	Fazer atividades artísticas	() 1	() 0
	Jogar jogos de tabuleiro	() 1	() 0
	Comer de forma saudável (frutas e verduras)	() 1	() 0
	Comer muitos carboidratos ou gorduras (bala, chocolate)	() 1	() 0
	Beber refrigerantes	() 1	() 0
	Beber álcool	() 1	() 0
	Fumar	() 1	() 0
	Usar maconha	() 1	() 0
	Usar outras drogas	() 1	() 0
	Usar medicações sem prescrição (auto-medicação)	() 1	() 0
	Usar medicação para ansiedade com prescrição médica	() 1	() 0
	Psicoterapia (com psicólogo ou psiquiatra)	() 1	() 0

Terapias alternativas (Ex: Florais, Constelação Sistêmica Familiar, Barra de Access, Reiki, etc.)	() 1	() 0
Yoga	() 1	() 0
Coaching	() 1	() 0
Livros de autoajuda	() 1	() 0
Brigar ou "se estressar" nas redes sociais no contato com amigos ou familiares	() 1	() 0
Ver ou ler notícias pela internet todo o tempo	() 1	() 0
Dormir mal (quantidade e/ou qualidade do sono)	() 1	() 0
Exercícios de respiração diafragmática	() 1	() 0
Relaxamento muscular progressivo (contrair e relaxar os músculos do corpo)	() 1	() 0
Outro:	() 1	() 0
Não fiquei estressado ou ansioso após as intervenções da pesquisa	() 1	() 0

2. Se você utilizou medicamento para controlar sua ansiedade, por favor, especifique qual:

- Fluoxetina
- Outro antidepressivo como por exemplo Escitalopram, Sertralina, Citalopram, Paroxetina, Fluvoxamina
- Outro antidepressivo como por exemplo venlafaxina
- Benzodiazepínicos como por exemplo clonazepam ou diazepam
- Outro: _____
- Não usei medicamento para ansiedade

ANEXO H – ELES

ELES

(Gilbert, P., Cheung, M. S. P., Granfield, T., Campey, F. & Irons, C., 2003)
(Tradução e Adaptação Brasileira: Lucena-Santos, Oliveira & Pinto Gouveia, 2014)

Esta escala foi criada para avaliar suas memórias de infância. Pesquisas sugerem que as memórias precoces da vida desempenham um papel significativo nas dificuldades psicológicas da vida adulta. Abaixo está um conjunto de questões que avaliam vários aspectos das primeiras experiências de vida. Por favor, leia cuidadosamente cada questão e classifique o quanto ela é verdadeira para você. Para fazer isso, assinale com um X o número que melhor representa sua resposta, de acordo com a escala a seguir:

	Nada verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Mais ou menos Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
1. Na minha casa, eu frequentemente tinha que ceder às vontades dos outros.					
2. Sentia-me muito ansioso por não saber se meus pais ficariam irritados comigo. zangados comigo.					
3. Raramente sentia que minhas opiniões tinham importância.					
4. Quando meus pais ficavam irritados, havia pouca coisa que eu podia fazer para acalmá-los.					
5. Se eu não fizesse aquilo que os outros queriam, eu sentia que poderia ser excluído.					
6. Eu me sentia capaz de me posicionar perante a minha família.					
7. Sentia-me muito confortável e relaxado perto dos meus pais					
8. Meus pais podiam me machucar, caso eu não me comportasse da maneira que eles queriam.					
9. Eu me sentia igual a todos os outros membros da minha família.					
10. Dentro da minha família, eu frequentemente sentia que era tratado como se eu fosse inferior aos demais.					
11. Meus pais exerciam o controle por meio de ameaças e punições.					
12. Frequentemente eu tinha que fazer coisas que não queria para satisfazer a vontade dos outros.					
13. Eu costumava evitar meus pais, para que eles não me machucassem.					
14. O clima em minha casa podia se tornar ameaçador, de uma hora para a outra, sem nenhum motivo claro.					
15. Eu sentia que meus pais eram poderosos e autoritários.					
16. Senti-me assediado ou abusado sexualmente por membros ou amigos/conhecidos da minha família.					

ANEXO I – EMWSS

EMWS

(Richter, Gilbert & McEwan, 2009)
(Tradução e Adaptação Brasileira: Lucena-Santos, Oliveira & Pinto Gouveia, 2014)

Esta escala explora algumas memórias emocionais de sua infância. Abaixo está um conjunto de questões sobre vários sentimentos que você pode ter experimentado quando era criança. Por favor, leia cada afirmação e circule o número que melhor descreve a frequência em que esta se aplicava a você durante sua infância.

0= Nunca 1= Quase Nunca 2= Às vezes 3= Muitas vezes 4= Quase sempre

1. Eu me sentia seguro e protegido.	0	1	2	3	4
2. Eu me sentia valorizado da maneira que eu era.	0	1	2	3	4
3. Eu me sentia compreendido.	0	1	2	3	4
4. Quando estava com pessoas próximas a mim, eu sentia um clima caloroso.	0	1	2	3	4
5. Eu me sentia confortável, compartilhando meus sentimentos e pensamentos com as pessoas ao meu redor.	0	1	2	3	4
6. Eu sentia que as pessoas gostavam da minha companhia.	0	1	2	3	4
7. Eu sabia que, quando estava triste, eu podia contar com a empatia e compreensão das pessoas próximas.	0	1	2	3	4
8. Eu me sentia calmo e em paz.	0	1	2	3	4
9. Eu sentia que era um membro querido da minha família.	0	1	2	3	4
10. Quando eu estava triste, era fácil obter consolo das pessoas próximas a mim.	0	1	2	3	4
11. Eu me sentia amado.	0	1	2	3	4
12. Eu me sentia confortável em pedir ajuda ou conselhos de pessoas importantes para mim.	0	1	2	3	4
13. Eu sentia que fazia parte da vida daqueles ao meu redor.	0	1	2	3	4
14. Eu me sentia amado, mesmo quando as pessoas estavam chateadas com algo que eu tinha feito.	0	1	2	3	4
15. Eu me sentia feliz.	0	1	2	3	4
16. Eu me sentia conectado aos outros.	0	1	2	3	4
17. Eu sabia que podia contar com pessoas próximas a mim para me confortar quando eu estava chateado.	0	1	2	3	4
18. Eu sentia que os outros se importavam comigo.	0	1	2	3	4
19. Eu sentia que pertencia ao grupo de pessoas ao meu redor.	0	1	2	3	4
20. Eu sabia que podia contar com a ajuda de pessoas próximas quando eu estava triste.	0	1	2	3	4
21. Eu me sentia à vontade.	0	1	2	3	4