

Proposta de protocolo terapêutico para a ansiedade generalizada sob o enfoque Tomista

Proposed therapeutic protocol for generalized anxiety under the Thomistic approach

Lamartine de H. Cavalcanti Neto¹

Resumo

Este estudo apresenta uma proposta de protocolo terapêutico baseada no enfoque psicológico aristotélico-tomista (EPAT) como parte integrante de um futuro ensaio clínico controlado e aleatorizado tendo em vista o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (CID-11: 6B00), sendo este seu objetivo primário. Como objetivo secundário, tem-se em vista avaliar o potencial de generalização da terapêutica baseada no mencionado enfoque, e como objetivo colateral, uma avaliação comparativa de sua eficácia com relação à da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), adotada no grupo controle como parte da estratégia metodológica empregada. O texto apresenta, a seguir, as demais características metodológicas adotadas em sua elaboração e aplicação, sua fundamentação teórica no EPAT, seu alvo terapêutico, seus resultados esperados e apresenta a descrição da proposta de protocolo terapêutico propriamente dita. Conclui-se com um amplo convite à coparticipação no aprimoramento desta primeira redação, que deverá contar ainda com novas revisões e reavaliações antes de vir a ser efetivamente implementada no ensaio clínico projetado.

Palavras-chave

Psicologia Tomista. Protocolos terapêuticos. Transtorno de ansiedade generalizada.

Abstract

This study presents a proposal for a therapeutic protocol based on the Aristotelian-Thomist psychological approach (ATPA) as an integral part of a future controlled and randomized clinical trial with a view to treating generalized anxiety disorder (ICD-11: 6B00), which is its primary objective. As a secondary objective, it is intended to evaluate the potential of generalization of the therapy based on the mentioned approach, and as a collateral objective, a comparative evaluation of its effectiveness in relation to

¹ Médico psiquiatra, diretor científico do Instituto De Anima, coordenador da disciplina de Psicologia do Instituto Filosófico Aristotélico-Tomista, doutor em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo e pós-doutorado em Filosofia pela Universidade Federal de São Paulo. CV na Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2936525889766477>. E-mail: lamartine.cavalcanti@gmail.com. Este artigo foi originalmente apresentado no 1º Congresso Aristotélico-Tomista de Psicologia, promovido pelo Instituto De Anima entre 18 e 31 de maio de 2023, e está sendo publicado nesta revista com expressa autorização do autor.

Cognitive Behavioral Therapy (CBT), adopted in the control group as part of the methodological strategy employed. The text presents, below, the other methodological characteristics adopted in its elaboration and application, its theoretical foundation in ATPA, its therapeutic target, its expected results and presents the description of the proposed therapeutic protocol itself. It concludes with a broad invitation to co-participate in improving this first wording, which will still have to undergo further revisions and reassessments before being effectively implemented in the projected clinical trial.

Keywords

Thomistic Psychology. Therapeutic protocols. Generalized anxiety disorder.

Introdução

O enfoque psicológico aristotélico-tomista vem sendo objeto de um interesse cada vez maior por parte de investigadores e profissionais da área da saúde mental. A evolução histórica recente deste interesse foi marcada por uma primeira fase, iniciada em torno do ano 2000, principalmente composta por estudos de natureza teórica apresentados em congressos internacionais de saúde mental, em cursos, periódicos e livros científicos.²

Em sua segunda fase, iniciada por volta do ano 2020, os estudos passaram a se voltar também para as aplicações à prática clínica desses aportes teóricos, não só mediante as formas de divulgação anteriormente mencionadas, mas também em variados formatos de mídia digital, tais como fóruns, lives, podcasts, etc.³

Essas investigações voltadas para as aplicações translacionais (BEZERRA, 2017; LEAN et al., 2008; SOUSA e MACHADO-VIEIRA, 2021) do enfoque aristotélico-tomista da Psicologia se apresentaram, em sua maioria ou mesmo totalidade, sob a forma de estudos de caso, metodologia universalmente reconhecida não somente como válida, mas até como recomendável para estudos na área da saúde mental, em especial no campo da psicopatologia e da psicoterapia (CAMPOS, 2008; MARCONI e LAKATOS, 2007; SHAUGHNESSY, ZECHMEISTER e ZECHMEISTER, 2012).

Sem embargo, a natural evolução da investigação sobre o referido enfoque psicológico requeria o emprego de metodologias ainda mais rigorosas, tais como as diversas técnicas de experimentação. Dentre estas, os ensaios clínicos controlados e aleatorizados se destacam como “padrão de excelência em estudos científicos que

² A lista de trabalhos que poderia ser apresentada para ilustrar a afirmação seria por demais extensa, razão pela qual nos limitamos a sugerir a consulta das referências bibliográficas presentes em estudos que se serviram de vários dos trabalhos característicos dessa primeira fase (ver, por exemplo, as referências apresentadas em CAVALCANTI NETO 2012, 2015, 2017, 2020).

³ Nesse sentido, ver trabalhos como os de Butera (2021), Borges (2022), Cavalcanti Neto (2021, 2022), Lourenço (2021, 2022), Peixoto (2021, 2022) e Santos (2022). Pode-se ver também os relatos de casos já aprovados para o 24º *Congreso Virtual Internacional de Psiquiatria, Psicología y Salud Mental*, sediado na Espanha, e que deve vir a ocorrer entre os dias 22 de maio e 2 de junho de 2023.

pretendem avaliar o efeito de um tratamento ou qualquer outra intervenção (técnicas ou procedimentos) no curso de uma doença ou situação clínica estabelecida” (BUEHLER et al., 2009).

Por essa razão, os pesquisadores que se dedicam ao estudo do mencionado enfoque se interessaram em delinear uma investigação com uma metodologia tanto quanto possível aproximada à dos ensaios clínicos aleatorizados e controlados, em que pese a diferença da natureza da intervenção terapêutica examinada que, no caso dos ensaios típicos, se volta para avaliação de medicamentos, e no caso das intervenções psicoterapêuticas, para técnicas diversificadas e com muito maior dificuldade de padronização de variáveis.

Nessas condições, o presente trabalho tem em vista concretizar uma primeira tentativa de aplicação da metodologia experimental, sob a forma de um estudo análogo a um ensaio clínico controlado e aleatorizado, para a avaliação da eficácia terapêutica do enfoque psicológico aristotélico-tomista, propondo-se, para este fim, estabelecer um protocolo terapêutico específico para o transtorno de ansiedade generalizada (CID-11: 6B00) baseado no citado enfoque.

Sua redação atual certamente ainda passará por revisões e novas versões antes de vir a ser implementado num ensaio clínico real, de modo a adaptar-se às circunstâncias concretas que sua realização venha a apresentar e às sugestões e colaborações que se espera receber, como convém ao rigor adequado a trabalhos dessa natureza.

Objetivos

Os objetivos do estudo podem ser subdivididos em primário, secundário e colateral. O objetivo primário é o delineamento do referido protocolo terapêutico para o transtorno de ansiedade generalizada mediante o emprego de uma metodologia análoga à de um ensaio clínico controlado e aleatorizado.

O objetivo secundário é a avaliação do potencial terapêutico genérico do enfoque aristotélico-tomista da Psicologia e da sua utilidade para a prática clínica em saúde mental. O objetivo colateral é a avaliação comparativa da eficácia terapêutica do mencionado enfoque em relação à do enfoque terapêutico adotado no grupo controle de pesquisa, como será explicado logo adiante.

O objetivo primário se apresenta, portanto, como um subconjunto lógico do secundário, o qual, por razões metodológicas, não pode ser adequadamente realizado se não estiver focado em um diagnóstico específico, com seus parâmetros de investigação próprios, e em técnicas terapêuticas específicas para a enfermidade em questão. Em outros termos, a consecução do objetivo secundário depende do atendimento do primário como etapa prévia para uma proposta de generalização do resultado.

A presente proposta de protocolo terapêutico se insere, portanto, em uma investigação de maior envergadura, cujo escopo não se limita ao estabelecimento de um tratamento específico para um único transtorno psicológico, mas tem em vista a avaliação da eficácia terapêutica de um enfoque psicológico em si mesma e em comparação com outro enfoque reconhecidamente eficaz, avaliação esta que se serve do objetivo primário como modo de construir o atendimento dos seus objetivos secundário e colateral.

Metodologia de elaboração e aplicação desta proposta de protocolo

Esta proposta de protocolo foi elaborada com base em levantamento de literatura especializada, procurando seguir, na medida do possível, as normas e critérios nela preconizadas. Para este fim foram utilizados e/ou consultados, entre outros, trabalhos como os seguintes:

- APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA TASK FORCE ON PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND EVALUATION GUIDELINES, 2020).
- Behavioral Research Protocol Template (UNIVERSITY OF CALIFORNIA - SAN FRANCISCO, 2021).
- Clinical Intervention Study Protocol Template (NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH, 2012).
- Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: a case-controlled clinical trial (TEMPLE; HO, 2005).
- Como avaliar criticamente um ensaio clínico de alocação aleatória em terapia intensiva (BUEHLER et al., 2009).
- Criteria for evaluating treatment guidelines (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2002).
- Diretrizes metodológicas do Sistema GRADE/Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).
- Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).
- Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines (QASEEM et al., 2012).
- Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2021).
- Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).
- Protocol template (UNIVERSITY OF CALIFORNIA - SAN FRANCISCO, 2015).
- SPIRIT 2013 - Explanation and Elaboration: Guidance for protocols of clinical trials (CHAN et al., 2013).
- Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - TASK FORCE ON PSYCHOLOGICAL INTERVENTION GUIDELINES, 1995)
- WHO Handbook for Guideline development (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O trabalho de adaptação e harmonização de tantas normativas e critérios técnicos não foi de pequena monta, tanto mais que se fazia mister um enfoque sintético de todos esses requisitos metodológicos, sob pena de inviabilizar tanto a formulação de um protocolo exequível, quanto sua aplicação concreta.

Coerentemente com a escolha da metodologia de ensaio clínico aleatorizado e controlado, optou-se pela adoção de um grupo experimental no qual se deve aplicar a

presente proposta de protocolo terapêutico, e de um grupo controle, no qual se deve aplicar um protocolo ou técnica psicoterapêutica de eficácia comprovada.

A escolha da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para aplicação ao grupo de controle tem três razões. Em primeiro lugar, porque parte do princípio ético de não deixar o grupo controle sem algum tipo de estratégia terapêutica cientificamente reconhecida. Em segundo lugar porque a eficácia terapêutica da TCC já foi reiteradamente comprovada.⁴ E em terceiro, porque a TCC apresenta semelhanças e dissimilaridades com o enfoque psicológico aristotélico-tomista (EPAT).⁵

Tais semelhanças se revelam, em sua maioria, apenas nas resultantes das estratégias terapêuticas preconizadas por ambas. Seus fundamentos teóricos, contudo, são estruturalmente dissimilantes. Donde decorre uma estratégia para a consecução do objetivo colateral do estudo que é a avaliação comparativa da eficácia terapêutica de um enfoque com relação ao outro.

Tendo em vista que a aplicação de qualquer psicoterapia pode ser muito influenciada pela subjetividade e pelas características pessoais do psicoterapeuta, pareceu necessário padronizar um protocolo terapêutico baseado no EPAT como modo de minimizar este tipo de viés subjetivo de pesquisa e garantir um melhor controle de variáveis do ponto de vista do agente terapêutico participante da investigação. A formulação deste protocolo constitui, por outro lado, o atendimento ao objetivo primário da pesquisa.

Quanto à TCC, considerando tratar-se de uma técnica terapêutica já bastante consolidada, baseada em vasta literatura publicada, tanto primária, quanto secundária e, por outro lado, dotada de algumas correntes internas com algumas diferenças de enfoques, pareceu mais conveniente indicar o livro “Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática”, de Judith Beck (2013), como modo de se adotar algum tipo de padronização terapêutica para o grupo controle.

Esta autora, enquanto filha e continuadora da obra de Aaron Beck representa o veio mais coerente com as orientações do fundador da escola. Apesar de não apresentar protocolos terapêuticos específicos, seu livro apresenta uma espécie de protocolo terapêutico geral em TCC, o qual, sendo seguido, caracterizará suficientemente o emprego deste tipo de terapia.

Para que se possa aferir a validade interna da investigação, isto é, se ela realmente avalia o que pretende avaliar, que é a eficácia terapêutica do EPAT, fez-se necessário adotar um instrumento de avaliação psicométrica específico para o transtorno de ansiedade generalizada que possa ser aplicado aos sujeitos de pesquisa no momento inicial, médio e terminal da investigação.

Em coerência com a adoção da TCC como parâmetro terapêutico comparativo, escolheu-se para instrumento de avaliação psicométrica o *Beck Anxiety Inventory*

⁴ Ver, por exemplo, trabalhos como os de Barreto e Elkis (2007), Bhattacharya et al. (2023), Cirici Amell (2003), Cirici Amell e Sumarroca (2007), Gutiérrez López et al. (2012), Martínez e Tomás (2012), Ojeda del Pozo et al. (2012), Pérez-Álvarez (2012), Rector e Beck (2002), Robichaud, Koerner e Dugas (2019) ou Temple e Ho (2005).

⁵ O leitor interessado poderá encontrar um maior desenvolvimento dessas analogias em trabalhos como os de Butera (2010, 2021), Cavalcanti Neto (2012, 2017), DeRobertis (2010) e Megone (2010), por exemplo.

(BECK; EPSTEIN; BROWN; STEER, 1988), em sua versão de 1993 (BECK; STEER, 1993) validada para o Brasil em 2001 (CUNHA, 2001), por tratar-se de instrumento amplamente utilizado tanto na prática clínica, quanto na investigação científica, e dotado de qualidade científica também internacionalmente reconhecida.

Quanto ao período de investigação, estabeleceu-se o prazo de seis meses de aplicação da proposta de protocolo terapêutico baseado no EPAT ao grupo experimental, e da TCC ao grupo controle. O instrumento de avaliação psicométrica deverá ser aplicado, portanto, no momento zero da intervenção, aos três meses e aos seis meses, quando da sua conclusão.

Ainda como estratégia de controle das variáveis do terapeuta, procurar-se-á compor uma equipe de profissionais devidamente habilitados em ambos os enfoques terapêuticos, porém sem especial *expertise* em nenhum deles, pela simples razão de que uma grande experiência na aplicação de uma determinada técnica terapêutica e uma concomitante falta de experiência na outra produziria evidentes desequilíbrios nos resultados de investigação.

Por essa razão, devem ser recrutados terapeutas dotados de formação e de experiência clínica medianas, embora comprovadas e satisfatórias, em ambos os enfoques terapêuticos empregados, e tanto quanto possível equilibradas, isto é, dotados de conhecimentos e práticas clínicas equivalentes, tanto para um, quanto para o outro enfoque.

Ainda como estratégia de controle deste tipo de variável, devem ser recrutados terapeutas estabelecidos em centro clínicos de cidades e estados diferentes do Brasil, de modo a minimizar os efeitos culturais e regionais tanto sobre os terapeutas, quanto sobre os sujeitos de pesquisa. Esta é a primeira vantagem metodológica da estratégia multicêntrica adotada para esta pesquisa. A segunda será descrita logo adiante.

Naturalmente, quanto à estratégia de cegamento, ou seja, para que não se saiba se o sujeito de pesquisa está no grupo experimental ou de controle, o estudo será necessariamente simples ou mono cego, pois o terapeuta terá de saber qual a técnica que estará empregando em cada paciente. Estes últimos, entretanto, não deverão ter a menor indicação de qual técnica lhe estará sendo aplicada na pesquisa.

Quanto aos sujeitos de pesquisa, se adotará a técnica de aleatorização ou randomização central, considerada como a mais efetiva para garantir a alocação sigilosa dos sujeitos de pesquisa (BUEHLER et al., 2009). Em outros termos, os terapeutas enviarão as listas dos pacientes para o coordenador da investigação, o qual os distribuirá aleatoriamente para cada terapeuta ao qual estão vinculados (por fazerem parte da lista enviada por eles).

Desse modo, os pacientes não poderão ser selecionados para uma ou para outra técnica terapêutica por parte do terapeuta, nem tampouco pelo coordenador da pesquisa, porque serão desconhecidos deste último, uma vez que residem em regiões e cidades distintas do local de trabalho do coordenador. Esta é a segunda vantagem da estratégia multicêntrica desta investigação.

Critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos de pesquisa

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa, o primeiro deles é o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada formulado clinicamente e referendado pela aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck.

Os terapeutas participantes na pesquisa serão orientados a procurar pacientes adultos tanto quanto possível homogêneos, isto é, além de serem portadores deste mesmo diagnóstico em níveis de intensidade e complexidade equivalentes, terem o mesmo nível social, educacional, financeiro, residencial, nutricional, etário e de saúde física (pacientes hígidos). Pacientes com qualquer tipo de enfermidade física significativa serão excluídos da pesquisa, para evitar a interferência deste fator no quadro clínico e sua evolução.

Contudo, isso não significa que todos os pacientes terão necessariamente os mesmos níveis listados acima. O terapeuta poderá selecionar pacientes de baixa renda e de residências precárias, ou mais idosos ou mais jovens, desde que todos os seus pacientes tenha homogeneidade destas variáveis e estejam distribuídos de modo equilibrado nos grupos de pesquisa e de controle.

Quanto ao nível educacional, a preferência será para pessoas com o ensino médio completo ou cursando o superior, para facilitar o *rappor*t com o terapeuta. Mas se o terapeuta resolver selecionar todos os seus pacientes com apenas ensino fundamental, de modo a homogeneizá-los, a estratégia de seleção será adotada, com a vantagem de testar o protocolo EPAT em pacientes de diversos níveis sócio-educacional-nutricional-etário, etc., mas sempre com o mesmo diagnóstico.

Fundamentação teórica do EPAT

O embasamento de um protocolo terapêutico em um determinado referencial teórico requer uma especial atenção ao arcabouço teórico que compõe este mesmo referencial. Contudo, em se tratado de um enfoque como o aristotélico-tomista, seria necessário escrever um livro à parte para expor adequadamente este arcabouço. Tarefa, aliás, desnecessária, além de impossível para as finalidades deste trabalho, uma vez que ele já está devidamente exposto não apenas em um livro, mas num considerável conjunto de referências bibliográficas já devidamente consolidadas.

O leitor interessado poderá encontrar esta fundamentação em fontes primárias, como, por exemplo, nos princípios metafísicos estabelecidos por Aristóteles (2005), especialmente no que diz respeito aos conceitos de ato e potência, matéria e forma, os quais constituem a base da chamada concepção hilemórfica dos entes do universo visível,⁶ bem como nas aplicações que o filósofo grego fez de tais princípios à mente humana, naquele que é considerado o primeiro estudo sistemático sobre o assunto na História, ou seja, em seus três livros *De anima* (ARISTOTELES, 2006).

⁶ O termo “hilemórfico” deriva do grego e procede da junção das palavras *hylé* (matéria) e *morphe* (forma). Um aprofundamento sobre o tema pode ser obtido diretamente em Aristóteles (2005) examinando alguns trechos mais significativos, como os que estão nos seguintes livros (em números romanos) e passagens (registradas conforme a notação de Bekker): sobre matéria e forma, ver Aristóteles (2005), VII, 3, 1028b33 e segs.; VII, 10, 1034b20 e segs., bem como ao longo de todo o livro VIII. Sobre forma e matéria pode-se ver também Aristóteles (2009), II, 1, 192b21 e segs. Sobre ato e potência, ver Aristóteles (2005): V, 1019a15-1020a6; IX, 1, 1045b27-1046a35; IX, 2, 1046a36-1046b28; IX, 3, 1046b29-1047b2; IX, 5, 1047b31-1048a24; IX, 6, 1048a25-1048b36 y IX, 8, 1049b4-1051a4.

Ainda como fonte primária, será possível recorrer aos desdobramentos de tais princípios feitos por São Tomás de Aquino em algumas de suas Obras (1953, 2001, 2001-2006, 2023). Nestes dois autores está a fundamentação teórica do que se convencionou chamar de Psicologia Tomista.

Caso deseje aprofundar o conhecimento dessa abordagem a partir de fontes secundárias, o leitor poderá recorrer a autores como Alibert (1903), Barbado (1943), Brennan (1960, 1969), Butera (2010, 2021), Cantin (1948), Collin (1949), Krapf (1943), Megone (2010), Mercier (1942), Miner (2009) e Thompson (2005), por exemplo, ou ainda a estudos mais sintéticos e adaptados ao leitor atual, como em Cavalcanti Neto (2012, 2014, 2015, 2017, 2018, 2021, 2022).

Em alguns destes últimos (CAVALCANTI NETO, 2015, 2021, 2022), houve oportunidade de focar a atenção tanto na fundamentação teórica que permite delinear princípios diagnósticos e terapêuticos para doenças mentais, quanto em suas aplicações a casos clínicos específicos. Em relação ao raciocínio clínico, um desses estudos examina, mais especificamente, as aplicações da Lógica Aristotélica à prática clínica (CAVALCANTI NETO, 2018), aplicações que também foram utilizadas para a elaboração da presente proposta de protocolo terapêutico.

Sendo impossível sintetizar todo esse conjunto de pressupostos teóricos dentro dos estreitos limites do presente texto, nos limitaremos a destacar apenas aqueles essenciais para tornar suas aplicações compreensíveis ao protocolo que está sendo proposto.

Assim, em primeiro lugar, vale lembrar a noção aristotélico-tomista de saúde mental, termo que, aliás, não foi utilizado por São Tomás nem por Aristóteles, no sentido em que se utiliza hoje em dia, uma vez que o enfoque de suas obras era filosófico, e não clínico.

Segundo essa abordagem, como se pode deduzir com base em Brennan (1960, 1969) ou examinar nos textos de Cavalcanti Neto acima citados, o equilíbrio psíquico pode ser caracterizado como o adequado governo da potência intelectual sobre a potência volitiva, e destas duas sobre as potências apetitivo-sensitivas, os sentidos externos e os internos, resultando em um comportamento pessoal e social bem adaptado aos estímulos, conflituosos ou não, tanto internos como do ambiente.

Por outro lado, os três atos próprios da faculdade intelectual, que são a simples apreensão (da "quididade", aquilo que a coisa é), o juízo e a inferência (ou raciocínio) funcionarão em plena coerência com a realidade objetiva e com as regras inatas da lógica. Vale destacar o papel central dos juízos no equilíbrio mental, pois são os atos intelectivos que permitem as operações de inclusão ou exclusão do sujeito conhecido no predicado que se lhes atribui e, assim, fazem a ponte entre o simples apreensão da quididade dos seres com o raciocínio que se faz com base nesses mesmos juízos (BRENNAN, 1960, 1969; CAVALCANTI NETO, 2015, 2017).

Dito em termos contemporâneos, isso significa que o equilíbrio mental é aquele estado que permite a uma pessoa entender, interpretar e responder, com base na razão e com pleno exercício de seu livre arbítrio, aos estímulos internos e externos, bem como adaptar suas emoções (que são os atos das potências apetitivas sensitivas), lembranças, imaginações e instintos (que são os atos das potências sensitivas internas) à cognição objetiva da realidade para decidir e agir de acordo com ela, de maneira adequada à mesma realidade. A propósito, o leitor familiarizado com o enfoque cognitivo-

comportamental notará, com facilidade, suas analogias com esta concepção de saúde mental Tomista.⁷

Em sentido inverso, a perda do equilíbrio mental será caracterizada pelo detrimento do governo da inteligência e da vontade sobre as demais potências. A sintomatologia será diferenciada dependendo de qual potência ou faculdade mental esteja predominando em tal detrimento, bem como dependendo da maior ou menor coerência dos juízos com a realidade objetiva e, conseqüentemente, das repercussões de tais juízos no conteúdo e no curso do pensamento.

Se tivermos, por exemplo, uma forte influência da memória e da imaginação no prejuízo do referido governo intelectual-volitivo, a ponto de o indivíduo passar a acreditar de forma desequilibrada que os objetos que imagina e/ou recorda são reais, podemos ter o aparecimento sintomático dos variados tipos de alucinações, que serão visuais, auditivas ou táteis dependendo de quanto e como os sentidos externos estejam concernidos no desequilíbrio do funcionamento dos sentidos internos (sentido comum, memória, imaginação e cogitativa).

Quando o paciente se acostuma a fazer juízos incoerentes com a realidade, passando a acreditar neles sem fundamento na realidade, o que muitas vezes ocorre devido à interferência do apetite sensitivo e suas emoções, bem como da imaginação, memória e cogitativa e seus respectivos atos (lembrando que os desta última são os instintos), podemos ter as várias formas de ideias delirantes.

O desequilíbrio destas quatro últimas potências, quando de menor intensidade, pode estar relacionado também com os diversos sintomas dos chamados transtornos “neuróticos”,⁸ com quadros clínicos variando em função da predominância da potência comprometida: do apetite sensitivo e suas paixões de medo, no caso dos depressivos e ansiosos, da imaginação e da memória, nos chamados obsessivo-compulsivos, e assim por diante.

No caso específico do chamado transtorno de ansiedade generalizada, nos termos em que ele é entendido atualmente (e que serão apresentados logo a seguir, no item “Alvo terapêutico e resultados esperados”), pode-se tentar compreendê-lo, do ponto de vista aristotélico-tomista, como resultante do predomínio da imaginação e da memória, mediante um uso intensivo da atenção, sobre a adequada atividade judicativa e racional do intelecto, bem como do livre exercício da vontade baseada nesta atividade.

A este predomínio imaginativo-memorativo associa-se a atividade da potência cogitativa, que identificará as situações lembradas e/ou imaginadas como potencialmente nocivas para o sujeito conhecedor, desencadeando as paixões do apetite sensitivo, especialmente a do temor, associada ou não, em maior ou menor grau, à tristeza, aversão (ou ódio), desespero e evitação (ou fuga). Há, portanto, também um predomínio do instinto de conservação (ato da potência cogitativa) e das emoções (atos dos apetites sensitivos) sobre o livre exercício da inteligência e da vontade.

⁷ Pode-se encontrar maiores informações sobre estas analogias em trabalhos como os de Butera (2010, 2021), Cavalcanti Neto (2012, 2017), DeRobertis (2011) e Megone (2010), por exemplo.

⁸ Entre aspas devido à notória impropriedade do termo, proposto pelo médico escocês William Cullen no longínquo ano de 1787, uma vez que “neurose” significa, etimologicamente, “doença de nervos”, os quais não só podem, como costumam estar perfeitamente saudáveis nos distúrbios puramente psíquicos.

Este desequilíbrio no funcionamento das potências tende a estabelecer um círculo vicioso, pois o próprio mal-estar orgânico provocado pela ansiedade funciona como um estímulo para a potência cogitativa, que assim se sente continuamente ameaçada, desencadeando o medo e as demais paixões, e fazendo com que a atenção se fixe no problema, ou no conjunto de problemas que as desencadeiam, o que dá origem à preocupação constante característica deste tipo de transtorno.

Se, em linhas muito gerais, esta é a visão do processo psicopatológico propiciada pelo enfoque aristotélico-tomista, baseada, portanto, na predominância indevida de alguma potência sobre a inteligência e a vontade na condução do comportamento, a sua concepção do processo diagnóstico consistirá, substancialmente, em identificar qual ou quais potências secundárias estarão funcionando de modo inadequado, predominando de que modo e em que circunstâncias sobre as potências principais.

A concepção diagnóstica aristotélico-tomista é, portanto, muito mais propensa a uma compreensão sindrômica e espectral da enfermidade mental, ao contrário da descritivo-setorializada (também chamada fenomenológica) presente nos principais códigos de classificação diagnóstica contemporâneos, aliás frequentemente criticados pela visão segmentar que os caracterizava.

Crítica esta tão apropriada, aliás, que já se começa a notar, nas versões mais atualizadas do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), da *American Psychiatric Association* (2013), assim como na 11ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), da Organização Mundial da Saúde (2022), alterações conceituais tendentes a considerar a variada gama de sinais e sintomas que se pode reunir em torno de determinados diagnósticos, empregando mesmo, por vezes, a noção de realidade “espectral” para caracterizá-los.

Como consequência, o processo terapêutico, segundo o enfoque Tomista, será orientado para a correção, tanto quanto possível etiológica, do desequilíbrio das potências acima assinalado, lançando mão, em coerência com a visão hilemórfica da realidade, de recursos voltados tanto para o componente material, comportamental e social do paciente, quanto, sobretudo, para a readequação da atividade intelectual e volitiva, isto é, para o modo como o paciente interpreta e reage, em função do desequilíbrio de suas demais potências, aos estímulos do seu interior, do seu ambiente e das suas interações sociais.

O desenvolvimento de técnicas terapêuticas específicas é ainda um minucioso trabalho por fazer, tanto mais difícil quanto mais é complexa a enfermidade mental que elas visam tratar. A presente proposta de protocolo é um primeiro ensaio neste sentido, embora inteiramente consciente de que protocolos e atividade mental são realidades muito pouco compatíveis entre si.

Em outros termos, a profundidade e a riqueza da mente humana, mormente quando enferma, requer flexibilidades e adaptações poucas vezes compatíveis com os estreitos limites que um protocolo, por sua própria natureza, pode comportar. Sem embargo, dada a necessidade metodológica do estabelecimento de padrões e variáveis bem definidas para atender às exigências de um ensaio clínico controlado e aleatorizado, não há alternativa senão tentar estabelecer um protocolo ao mesmo tempo claro, bem definido e flexível, de modo a adaptar-se à realidade das coisas e às exigências metodológicas da iniciativa.

Por fim, cumpre observar que a necessidade de se fazer aqui uma síntese muito breve da concepção psicopatológica, diagnóstica e terapêutica do enfoque aristotélico-tomista pode ter como consequência dar a impressão de que ele é um tanto simplista. Mas se o leitor interessado recorrer aos trabalhos citados acima sobre este tema, com vistas a aprofundar tal concepção, em particular ao estudo “Princípios terapêuticos decorrentes do enfoque psicológico Tomista” (CAVALCANTI NETO, 2015), no qual o assunto foi mais detidamente desenvolvido, poderá constatar por si mesmo a coerência que tal enfoque apresenta com o que pode ser observado na prática clínica diária, além de encontrar as respostas adequadas às objeções que uma rápida exposição superficial do assunto poderia suscitar.

Alvo terapêutico e resultados esperados

A presente proposta de protocolo terapêutico está voltada exclusivamente para o diagnóstico caracterizado como “transtorno de ansiedade generalizada” (CID-11 6B00), pelas razões metodológicas acima expostas. Este é, portanto, o seu “alvo terapêutico”.

Em que pesem as críticas existentes aos sistemas de classificações diagnósticas atuais, para efeito de padronização terminológica será adotado o conceito de “transtorno de ansiedade generalizada” tal como é proposto pela atual versão (11ª) da Classificação Internacional de Doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Como ainda não existe uma tradução oficial para o Português desta classificação, adotaremos aqui uma tradução nossa do texto oficial em inglês da *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-11* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022) para o “transtorno de ansiedade generalizada”:

O transtorno de ansiedade generalizada é caracterizado por sintomas acentuados de ansiedade que persistem por pelo menos vários meses, manifestados por apreensão geral (ou seja, "ansiedade flutuante") ou preocupação excessiva focada em vários eventos cotidianos, na maioria das vezes relacionados a família, saúde, finanças e escola ou trabalho, juntamente com sintomas adicionais, como tensão muscular ou inquietação motora, hiperatividade simpática autonômica, experiência subjetiva de nervosismo, dificuldade em manter a concentração, irritabilidade ou distúrbios do sono. Os sintomas resultam em sofrimento significativo ou prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. Tradução nossa).

Deve-se ter presente também que:

Os sintomas não são uma manifestação de outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo) e não são devidos aos efeitos de uma substância ou medicamento no sistema nervoso central (por exemplo, cafeína, cocaína), incluindo efeitos de abstinência (por exemplo, álcool, benzodiazepínicos). [...] Ansiedade e preocupação são estados emocionais/cognitivos normais que comumente ocorrem quando as pessoas estão sob estresse. Em níveis ótimos, a ansiedade e a preocupação podem ajudar a direcionar os esforços de resolução de problemas, focar a atenção de forma adaptativa e aumentar o estado de

alerta. Ansiedade e preocupação normais geralmente são auto-reguladas o suficiente para não interferir no funcionamento ou causar sofrimento acentuado. No Transtorno de Ansiedade Generalizada, a ansiedade ou preocupação é excessiva, persistente e intensa e pode ter um impacto negativo significativo no funcionamento. Indivíduos sob circunstâncias extremamente estressantes (por exemplo, vivendo em uma zona de guerra) podem sentir ansiedade e preocupação intensas e prejudiciais que são apropriadas para suas circunstâncias ambientais. Essas experiências não devem ser consideradas sintomáticas do Transtorno de Ansiedade Generalizada se ocorrerem apenas nessas circunstâncias. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. Tradução nossa).

Considerando a falta de precisão do conceito de “transtorno de ansiedade generalizada”, tal como é proposto pelo CID-11, levar-se-ão em conta também os aspectos propostos pela 5ª versão do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), em sua versão em Português, que diz o seguinte:

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 189).

O mesmo Manual propõe os seguintes critérios diagnósticos para caracterizar o “transtorno de ansiedade generalizada”:

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
- B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses).

Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.
2. Fatigabilidade.
3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente.
4. Irritabilidade.
5. Tensão muscular.
6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

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

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

F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 222-223)

Se estas são as características do alvo terapêutico da presente proposta de protocolo, seus resultados esperados devem ser a resolução do quadro sintomatológico acima apresentado, mensurável mediante o exame clínico e o instrumento de avaliação psicológica adotado nesta mesma proposta de protocolo, isto é, o Inventário de Ansiedade de Beck (BECK; STEER, 1993), validado para o Brasil em 2001 (CUNHA, 2001), o qual deverá ser aplicado aos sujeitos de pesquisa no seu momento inicial, aos três e aos seis meses de evolução do tratamento, tanto para a avaliação diagnóstica como critério de inclusão, como para avaliação da eficácia terapêutica.

Protocolo terapêutico para o transtorno de ansiedade generalizada

1. Primeira entrevista (ou consulta): caracterização diagnóstica

Na primeira consulta, primeiramente será apresentado o ensaio clínico, seus objetivos e métodos ao (à) paciente, será explicado para ele (ela) o termo de consentimento livre e esclarecido, será solicitada sua adesão ao termo, mediante assinatura, data e local (ver modelo em anexo a este trabalho). Será explicado também que o (a) paciente não saberá se faz parte do grupo controle ou do experimental.

Em seguida, o terapeuta fará uma anamnese completa do paciente, incluído o exame mental e físico, a história da doença atual, os antecedentes pessoais, farmacológicos, sociais, familiares e demais informações pertinentes, aplicará o Inventário de Ansiedade de Beck em sua versão validada para o Brasil (CUNHA, 2001), definirá (ou não) o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada e classificará o paciente conforme a pontuação dos resultados do inventário nas seguintes categorias: 0-10 pontos = grau mínimo de ansiedade; 11-19 pontos = ansiedade leve; 20-30 pontos = ansiedade moderada; 31-63 pontos = ansiedade severa.

Caso o paciente não se enquadre no diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, será excluído do ensaio clínico, sem prejuízo da continuidade do tratamento de que eventualmente necessite.

Na medida do possível, os pacientes do grupo controle e do grupo experimental, que deverão ter o mesmo número de participantes, deverão ter também o mesmo nível de ansiedade, para melhor avaliação dos efeitos terapêuticos de cada protocolo aplicado. Caso não haja equilíbrio no número de pacientes e na gravidade do transtorno, para cada grupo da pesquisa, o número de participantes por terapeuta e para cada grupo poderá ser ampliado, de modo a se buscar este equilíbrio.

Procurar-se-á estabelecer, desde o início, um bom nível de relacionamento terapêutico, de modo que o (a) paciente se sinta inteiramente à vontade para aderir e colaborar com o tratamento.

2. Periodicidade das entrevistas (ou consultas)

Sugere-se uma periodicidade semanal, nos primeiros três meses de tratamento, e quinzenal, nos três meses subsequentes. Porém tal periodicidade é flexível e adaptável às necessidades clínicas de cada paciente.

Deve-se procurar manter o equilíbrio do número e periodicidade das consultas para os pacientes de ambos os grupos de pesquisa, de modo que um dos grupos não receba mais ou menos atendimentos que o outro.

3. Segunda entrevista (ou consulta)

Em coerência com a fundamentação teórica de cada grupo de participantes, no grupo controle, tratado com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), se procurará identificar os pensamentos automáticos, as emoções vinculadas e demais parâmetros clínico-etiológicos que caracterizam este enfoque.

No grupo experimental, tratado com o enfoque psicológico aristotélico-tomista (EPAT), se procurará identificar qual a potência, ou conjunto de potências do ser humano que está ou estão predominando de modo prejudicial sobre o adequado uso da inteligência e da vontade no comportamento do paciente.

Assim, se tentará identificar se é a imaginação, a memória ou ambas, bem como se a cogitativa, e seus respectivos atos geralmente concernidos nessa enfermidade, isto é, o instinto de conservação e o de sociabilidade, bem como se deve procurar identificar as paixões (ou emoções) do apetite sensitivo que estarão sendo predominantemente desencadeadas e em que grau estarão perturbando o livre exercício da atividade racional e volitiva.

4. Terceira consulta e subsequentes

Esse processo de identificação clínico-etiológica poderá se estender pelas consultas subsequentes até que fique satisfatoriamente estabelecido e devidamente registrado nos respectivos prontuários, de modo que a evolução do (a) paciente possa ser devidamente monitorada, retornando e comparando com os registros iniciais ao longo da evolução terapêutica.

Nas consultas subsequentes, o terapeuta lançará mão dos recursos terapêuticos habituais da TCC, nos pacientes do grupo controle.

Nos do grupo experimental, o terapeuta empregará recursos terapêuticos baseados no EPAT, a saber:

- Exposição clara dos fundamentos teóricos do EPAT ao (à) paciente.
- Explicação do processo psicopatológico pelo qual está apresentando o predomínio de uma ou mais potências sobre o livre funcionamento da inteligência e da vontade.
- Explicação das alternativas comportamentais para readquirir o adequado controle da inteligência e da vontade sobre a imaginação, a memória, a cogitativa e o apetite sensitivo, bem como sobre seus respectivos atos.
- Explicação do papel do governo da atenção nesse processo de readequação do controle intelectual-volitivo.
- Apresentação de propostas concretas de exercícios de governo da atenção, mediante técnicas de terapia ocupacional adequadas a cada caso, de modo a fortalecer a força de vontade do (a) paciente e transformar em hábitos tanto o governo da atenção, quanto o controle intelectual-volitivo sobre as demais potências.
- Como exemplo de estratégias de readequação do governo da atenção, pode-se empregar: a) readaptação ocupacional tanto quanto possível profissionalizante, recapitando o paciente para suas atividades produtivas habituais ou introduzindo novas. b) Readaptação ocupacional em atividades do chamado terceiro setor, em que o (a) paciente ocupe sua atenção em ajudar outras pessoas, em suas mais diversas necessidades (visitas a hospitais, a pessoas carentes, a encarcerados, além de obtenção de emprego ou recapitação produtiva para desempregados, etc.). c) Atividades físicas adequadas a cada idade e quadro clínico individual.
- Monitoramento da implementação e da progressão dessas atividades de readequação do governo da atenção.
- Explicação progressiva da fundamentação teórica das melhoras sintomatológicas que o paciente for apresentando, mediante o emprego das práticas ocupacionais acima propostas, de modo a tornar o (a) paciente cada vez mais consciente do processo pelo qual adoece e do processo pelo qual se recupera.
- Capacitação progressiva do (a) paciente para se automonitorar no governo da atenção e no adequado governo da inteligência e da vontade sobre as demais potências, de modo a conduzi-lo a um grau cada vez maior de independência e funcionalidade.

5. Consulta ou entrevista do meio do tratamento

Aos três meses de tratamento, cada grupo de pacientes terá um registro especial do seu estado clínico no momento, bem como dos resultados obtidos no Inventário de Ansiedade de Beck. Em função desses registros e resultados, o tratamento será reorientado (se necessário) tendo em vista a identificação e correção de deficiências, com consequente otimização da técnica empregada para cada grupo.

Esse estado intermediário do tratamento será de especial importância para a avaliação final dos resultados, tendo em vista que, para os casos leves e moderados de

ansiedade, três meses de qualquer uma das técnicas empregadas devem ser suficientes para eliminar a sintomatologia e estabelecer a cura ou melhora clínica significativa.

Desta constatação decorre a importância de admitir também pacientes com graus classificados como de ansiedade severa, tanto no grupo controle, quanto no experimental, para uma melhor verificação da eficácia terapêutica.

6. Consultas da segunda metade do tratamento e conclusão

O objetivo da segunda metade do tratamento baseado no EPAT é estabilizar a melhora clínica do (a) paciente e ajudá-lo (a) a adquirir a capacidade de automonitorar essa estabilidade.

Serão de especial interesse os pacientes que apresentarem recaídas da sintomatologia original, ou variantes dela. Os terapeutas procurarão identificar as causas, os respectivos processos psicopatológicos e os modos mais adequados de fazer os pacientes entenderem tais causas e processos, de modo a colaborarem melhor com as propostas terapêuticas adotadas, tanto grupo com TCC, quanto no grupo com o EPAT.

Os terapeutas dos pacientes do grupo experimental serão estimulados a debaterem os respectivos casos clínicos entre si e com o coordenador da pesquisa, tanto para adequação das técnicas terapêuticas que empreguem, como, especialmente, para a avaliação e condução dos casos clínicos mais difíceis e/ou considerados resistentes.

Aos seis meses de tratamento, será feita uma consulta ou entrevista final de avaliação, baseada no exame mental e evolutivo, bem como na aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck, em sua versão validada no Brasil (CUNHA, 2001), além do estabelecimento de um prognóstico clínico definido, todos devidamente registrados para posterior avaliação dos resultados da pesquisa.

Uma cópia do prontuário de cada paciente deverá ser enviada para o coordenador do ensaio clínico, acompanhada de uma planilha com os resultados dos respectivos Inventários de Ansiedade de Beck, bem como dos resultados terapêuticos de cada paciente, que deverão ser classificados em cinco categorias: 1) Piorado. 2) Inalterado. 3) Melhorado. 4) Muito melhorado. 5) Curado. Os resultados deverão ser processados pelo coordenador geral, que deverá elaborar um relatório final de pesquisa.

Conclusão

Como já observado na introdução deste estudo, não podemos considerar a primeira redação desta proposta de protocolo terapêutico como sua versão definitiva. Antes pelo contrário, ela muito provavelmente ainda passará por várias revisões e novas formulações antes de vir a ser efetivamente implementada, como convém ao rigor da metodologia adotada.

A adequada evolução de sua redação final dependerá especialmente da interação dos demais pesquisadores interessados no desenvolvimento dos estudos do enfoque psicológico aristotélico-tomista e de suas aplicações à prática clínica, enviando suas críticas, sugestões, colaborações ou outras formas de participação válidas. Concluímos, portanto, com um amplo convite a esta coparticipação.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*. 5. ed. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica Aristides Volpato Cordioli et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2021. Disponível em: <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2023.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, v. 57, n. 12, p. 1052–1059, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1052>. Acesso em 24 abr. 2023.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA TASK FORCE ON PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND EVALUATION GUIDELINES. *APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation*. Washington, DC: American Psychological Association, 2020. Disponível em: <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>. Acesso em: 23. Ab4. 2023.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - TASK FORCE ON PSYCHOLOGICAL INTERVENTION GUIDELINES. *Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Albany, NY: American Psychological Association, 1995.

ARISTÓTELES. *Física I-II*. Prefácio, introdução, tradução e comentários: Lucas Angioni. Campinas: UNICAMP, 2009.

ARISTÓTELES. *De anima*. Apresentação, tradução e notas de Maria Cecília Gomes dos Reis. São Paulo: Editora 34, 2006.

ARISTÓTELES. *Metafísica*: ensaio introdutório, texto grego com tradução e comentário de Giovanni Reale. Tradução para o Português de Marcelo Perine. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

BARBADO, Manuel. *Introducción a la psicología experimental*. 2. ed. Madrid: Instituto Luís Vives de Filosofía, 1943.

BARRETO, Eliza Martha de Paiva; ELKIS, Hélio. Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, supl.

2, p. 204-207, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/f8zvs9t8F7c3bXTb6LFhQNJ/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BHATTACHARYA, Shalini. et al. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Current Psychiatry Reports*, n. 25, p. 19–30, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01402-8>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-022-01402-8>. Acesso em: 26 abr. 2023.

BECK, Aaron T.; STEER, Robert A. *Beck Anxiety Inventory - manual*. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

BECK, Aaron T.; EPSTEIN, Norman; BROWN, Gary; STEER, Robert A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 56, n. 6, p. 893–897, 1988. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>.

BECK, Judith S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Tradução Sandra Mallmann da Rosa, revisão técnica Paulo Knapp e Elisabeth Meyer. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BUEHLER, Anna Maria; CAVALCANTI, Alexandre Biasi; SUZUMURA, Erica Aranha; CARBALLO, Mariana Teixeira; BERWANGER, Otávio. Como avaliar criticamente um ensaio clínico de alocação aleatória em terapia intensiva. *Revista brasileira de terapia intensiva*, v. 21, p. 2, Jun. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/S9BGq8GG74qJwYLSNxQxZtK/?lang=pt#>. Acesso em: 14 abr. 2023.

BEZERRA, Italla M. P. Translational medicine and its contribution to public health. *Journal of Human Growth and Development*, v. 27, n. 1, p. 6-9, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127642>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822017000100001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 24 mar. 2023.

BORGES, Daniela dos Santos. Reporte de caso de abuso de tecnologías de la información en preadolescente: un enfoque aristotélico-tomista. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 23, maio 2022. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/reportes-de-caso-de-abuso-de-tecnologias-de-la-informacion-en-preadolescente-un-enfoque-aristotelico-tomista/>. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v3.pdf. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo* [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRENNAN, Robert Edward. *Psicología general*. Tradução Antonio Linares Maza. 2. ed. Madrid: Morata, 1969.

BRENNAN, Robert Edward. *Psicología Tomista*. Tradução Efrén Villacorta Saiz. Revisão José Fernandez Cajigal. Ed. atualizada pelo autor. Barcelona: Científico Médica, 1960.

BUTERA, Giuseppe. La anticipación de Tomás de Aquino a la terapia cognitiva. In: CONGRESSO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRIA E NEUROCIÊNCIAS – INTERPSIQUIS, 22, maio 2021. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aula.php?artid=10966>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BUTERA, Giuseppe. Thomas Aquinas and cognitive therapy: an exploration of the promise of the Thomistic Psychology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, v. 17, n. 4, p. 347-366, 2010.

CAMPOS, Luiz Fernando de Lara. *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. 4. ed. Campinas: Alínea, 2008.

CANTIN, Stanislas. *Précis de Psychologie Thomiste*. Québec: Université Laval, 1948.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Aplicación de la Psicología Tomista en el tratamiento del trastorno de pánico: reporte de un caso. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 23, maio 2022. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aplicacion-de-la-psicologia-tomista-en-el-tratamiento-del-trastorno-de-panico-reporte-de-un-caso/>. Acesso em: 15 maio 2023.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Contribuciones de la Psicología Tomista al diagnóstico y tratamiento en salud mental: un reporte de caso. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 22, maio 2021. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/contribuciones-de-la-psicologia-tomista-al-diagnostico-y-tratamiento-en-salud-mental-un-informe-de-caso>. Acesso em: 15 maio 2023.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. *Quem ou o que pensa?* Um busca de aportes para questões filosóficas suscitadas pela revolução informática atual. 384f. 2020. Tese (Pós-doutorado em Filosofia) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/DEHQOO>. Acesso em: 15 abr. 2023.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Lógica aristotélica y raciocinio clínico en salud mental. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS – INTERPSIQUIS, 19, abril 2018. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/logica-aristotelica-y-raciocinio-clinico-en-salud-mental/>. Acesso em: 11 mar. 2021.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. *Temas de Psicologia Tomista*. São Paulo: Instituto Lumen Sapientiae, 2017. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/NETTDP>. Acesso em: 11 mar. 2021.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Princípios terapêuticos decorrentes do enfoque psicológico Tomista. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS – INTERPSIQUIS, 16, fevereiro 2015. Disponível em: <https://psiquiatria.com/trabajos/19CONF1CVP2015.pdf>. Acesso em: 7 maio 2023.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. *Contribuições da Psicologia Tomista ao estudo da plasticidade do ethos*. 2012. 571f. Tese (Doutorado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://philpapers.org/rec/CAVCDP-2>. Acesso em: 11 mar. 2021.

CHAN, An-Wen et al. SPIRIT 2013 Explanation and Elaboration: Guidance for protocols of clinical trials. *BMJ Clinical Research*, v. 346(jan08 15):e7586, Jan. 2013. DOI: 10.1136/bmj.e7586. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/234099538_SPIRIT_2013_Explanation_and_Elaboration_Guidance_for_protocols_of_clinical_trials. Acesso em 22 abr. 2023.

CIRICI AMELL, Roser. Psicosis y terapia cognitiva. *Anales de Psiquiatria*, v. 19, n. 4, p. 162-171, 2003.

CIRICI AMELL, Roser; SUMARROCA, Xavier. Avances en el tratamiento psicológico de la psicosis: la terapia cognitivo-conductual como tratamiento de elección. *Anales de Psiquiatria*, v. 23, n. 7, p. 362-373, 2007.

COLLIN, Henri. *Manuel de philosophie thomiste*. Psychologie. Reedição de Robert Terribilini. Paris: Téqui, v. 2, 1949.

CULLY, Jeffrey A. et al. *A Provider's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Houston, TX: Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, 2020. Disponível em: https://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/therapists_guide_to_brief_cbmanual.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

CUNHA, Jurema Alcides. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEROBERTIS, Eugene M. Thomistic thought as a metaphysical meeting ground. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, v. 17, n. 4, p. 367-372, 2010.

GUTIÉRREZ LÓPEZ, María Isabel et al. Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. 32, n. 114, p. 225-245, 2012. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200002. Acesso em: 24 abr. 2023.

KRAPF, Enrique Eduardo. *Tomás de Aquino y la psicopatología*. Contribución al conocimiento de la psiquiatría medieval. Buenos Aires: Index, 1943.

LEAN, Michael E. J. et al. Translational research. *The BMJ*, 337:a863, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.a863>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a863>. Acesso em: 24 mar. 2023.

LOURENÇO, Alex Sandro. La Psicología Tomista en la práctica clínica: reporte de un caso de trastorno depresivo recurrente. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS – INTERPSIQUIS, 22, maio 2021. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aula.php?artid=10857>. Acesso em: 15 maio 2023.

LOURENÇO, Alex Sandro. La Psicología Tomista en la práctica clínica: reporte de un caso de trastorno depresivo recurrente. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 22, maio 2021. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aula.php?artid=10857>. Acesso em: 15 maio 2023.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia do trabalho científico*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTÍNEZ, Javier Travé; TOMÀS, Esther Pousa. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, v. 33, n. 1, p. 48-59, 2012. Disponível em: <https://www2.papelesdelpsicologo.es/pdf/2035.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2023.

MEGONE, Christopher. Thomas Aquinas and cognitive therapy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, v. 17, n. 4, p. 373- 376, 2010.

MERCIER, Desiré Joseph. *Curso de filosofia*. Psicologia. Buenos Aires: Anaconda, 1942.

MINER, Robert. *Thomas Aquinas on the passions: a Study of Summa Theologiae 1a2ae 22–48*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH. *Clinical Intervention Study Protocol Template*. Bethesda, Ma: National Center for Complementary and Integrative Health, 2012. Disponível em: https://files.nccih.nih.gov/s3fs-public/CR-Toolbox/ProtocolTemplate_NCCIH_07-17-2015.docx. Acesso em: 24 abr. 2023.

OJEDA DEL POZO, Natalia et al. REHACOP: programa de rehabilitación cognitiva en psicosis. *Revista de Neurología*, v. 54, n. 6, p. 337-342, 2012. Disponível em: <https://neurologia.com/articulo/2011514.pdf>. Acesso em: 17 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças (CID-11)*. 11. ed. Brasília: Nações Unidas Brasil, 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Manual para la elaboración de directrices*. 2. ed., [s.l: s.n.], 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>. Acesso em: 19 abr. 2023.

PEIXOTO, Rogério Neiva. El empleo de la Psicología Tomista en una evaluación médico-forense. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 23, maio 2022. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/el-empleo-de-la-psicologia-tomista-en-una-evaluacion-medico-forense/>. Acesso em: 15 maio 2023.

PEIXOTO, Rogério Neiva. Aportes de la Psicología Tomista en la práctica pericial médica: un reporte de caso. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS – INTERPSIQUIS, 22, maio 2021. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aula.php?artid=10872>. Acesso em: 15 maio 2023.

PÉREZ-ÁLVAREZ, Marino. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, v. 24, n. 1, p. 1-9, 2012. Disponível em: <https://www.psicothema.com/pi?pii=3970>. Acesso em: 24 abr. 2023.

QASEEM, Amir et al. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine*, v. 156, n. 7, p. 525-531, 3 abr. 2012. DOI: 10.7326/0003-4819-156-7-201204030-00009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22473437/>. Acesso em: 19 abr. 2023.

RECTOR, Neil A.; BECK, Aaron T. Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 47, n. 1, p. 39-48, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11873707>. Acesso em: 26 abr. 2023.

ROBICHAUD, Melisa; KOERNER, Naomi; DUGAS, Michel J. *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Abingdon: Routledge, 2019.

SANTOS, Antônio Henrique da Silva. Contribuciones de la Psicología Tomista al tratamiento clínico de la ansiedad. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 23, maio 2022. Disponível em: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/contribuciones-de-la-psicologia-tomista-al-tratamiento-clinico-de-la-ansiedad/>. Acesso em: 15 maio 2023.

SHAUGHNESSY, John J.; ZECHMEISTER, Eugene B.; ZECHMEISTER, Jeanne S. *Metodologia de pesquisa em psicologia*. 9. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

SOUSA, Rafael Teixeira de; MACHADO-VIEIRA, Rodrigo. Pesquisa translacional em psiquiatria. In: Miguel, Eurípedes Constantino et al. (Eds). *Clínica psiquiátrica: os fundamentos da psiquiatria*. 2.ed., ampl. e atual. Barueri: Manole, 2021. p. 648-653.

TEMPLE, Scott; HO, Beng-Choon. Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: a case-controlled clinical trial. *Schizophrenia Research*, v. 74, n. 2, p. 195-199, 2005. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S092099640400180X?via%3Dihub>. Acesso em: 26 abr. 2023.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *Questões disputadas sobre a verdade*. Tradução Maurílio Camello. Campinas: Ecclesiae/CEDET, 2023.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *O ente e a essência*. Tradução Carlos Arthur do Nascimento. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *Suma Teológica*. Tradução Aldo Vannuchi et al. São Paulo: Loyola, 2001-2006.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *Cuestiones disputadas sobre el alma*. Tradução e notas Ezequiel Téllez Maqueo. 2. ed. Pamplona: EUNSA, 2001.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *A unidade do intelecto contra os averroístas*. Tradução Mário Santiago de Carvalho. Lisboa: Edições 70, 1999.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *Quaestio disputata de anima*. Textum Taurini 1953 editum. Disponível em: <http://www.corpusthomicum.org/qda00.html>. Acesso em: 11 mar. 2021.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *Scriptum super Sententiis*. Textum Parmae 1858 editum. Disponível em: <https://www.corpusthomicum.org/iopera.html>. Acesso em: 26 fev. 2020.

THOMPSON, Christopher J. Preliminary remarks toward a constructive encounter between St. Thomas and clinical psychology. *The Catholic Social Science Review*, n. 10, p. 41-52, 2005.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA - SAN FRANCISCO. *Behavioral Research Protocol Template*. San Francisco: University of California, 2021. Disponível em:

<https://cancer.ucsf.edu/clinical-research/forms#:~:text=Note%20to%20file-,Protocol%20Templates,-Phase%20I%20Protocol>. Acesso em: 22 abr. 2023.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA - SAN FRANCISCO. *Protocol Template*. San Francisco: University of California, 2015. Disponível em: <https://hub.ucsf.edu/protocol-development>. Acesso em: 22 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1712535455>. Acesso em: 8 maio. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Handbook for Guideline development*. 2. ed. [s.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>. Acesso em: 19 abr. 2023.

ZARAGÜETA BENGOETXEA, Juan. *Los rasgos fundamentales de la psicología tomista*. Madrid: La Enseñanza, 1925.

ANEXO 1

Minuta de termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Estudo: “Avaliação da eficácia de um protocolo terapêutico baseado no enfoque psicológico aristotélico-tomista para o transtorno de ansiedade generalizada”.

Pesquisador participante: [Nome completo]

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao Sr. ou À Sra. [nome completo], portador(a) do RG [número completo seguido da sigla do órgão emissor e respectivo Estado], residente à [endereço completo com rua e número, apartamento (se houver), bairro, cidade (sigla da unidade da Federação), CEP, país].

O Sr. ou A Sra. está sendo convidado(a) a participar de um ENSAIO CLÍNICO. Esse tipo de pesquisa é importante porque permite avaliar a eficácia de um ou mais tratamentos para uma determinada enfermidade ou outra condição clínica. Por favor, leia este documento com toda atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o Sr. (a Sra.) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo para esclarecê-las.

A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o presente ensaio clínico e solicitar a sua participação nas diversas etapas do

ensaio, bem como a sua permissão para que o mesmo seja apresentado, comentado e/ou publicado em meios científicos, como livros e revistas impressas ou digitais, mídias eletrônicas, congressos, palestras, aulas e/ou reuniões científicas de estudantes e profissionais da saúde ou ainda apresentá-lo a pacientes com enfermidades parecidas com a sua como parte do tratamento deles e como modo de reforçar-lhes a esperança de recuperação.

O objetivo do presente ensaio clínico é avaliar a eficácia de uma terapia psiquiátrica e psicológica de orientação aristotélico-tomista (ou seja, baseada em obras de São Tomás de Aquino e Aristóteles) para casos clínicos diagnosticáveis como “transtorno de ansiedade generalizada”, o qual recebe o código F41.1 na 10ª Versão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-10/OMS) e 6B00 na 11ª versão da mesma classificação (CID-11/OMS).

O ensaio clínico recebe o nome provisório de “Avaliação da eficácia de um protocolo terapêutico baseado no enfoque psicológico aristotélico-tomista para o transtorno de ansiedade generalizada”. O título do ensaio clínico pode vir a ser mudado, caso haja necessidade ou conveniência. Neste caso, a mudança lhe será previamente comunicada e solicitada a sua concordância.

O ensaio clínico deve ser aplicado por psiquiatras e/ou psicólogos, devidamente registrados em seus respectivos conselhos profissionais e situados em diversas cidades, e deve ter como participantes pessoas residentes também em diversas cidades.

O ensaio consistirá, por um lado, na aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck, para avaliação do nível de ansiedade do participante, no início, no meio (três meses) e no fim do tratamento (seis meses). E, por outro lado, na aplicação de uma técnica para tratamento da mencionada enfermidade.

Os participantes que obtiverem resultado negativo para o transtorno de ansiedade generalizada na primeira aplicação do Inventário de Beck, ou seja, aqueles que não apresentarem os sintomas dessa enfermidade, serão excluídos da pesquisa, mas poderão continuar seu tratamento com o (a) psiquiatra ou o (a) psicólogo (a) caso apresentem outra enfermidade e se assim o desejarem.

Os participantes serão divididos em dois grupos. Um grupo será o experimental, no qual se aplicará o protocolo terapêutico baseado no enfoque aristotélico-tomista da Psicologia. O outro grupo será o grupo controle, no qual se aplicará um protocolo baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental de Aaron e Judith Beck, técnica internacionalmente reconhecida como eficaz para este tipo de enfermidade.

Porém os participantes não saberão qual das técnicas lhe estará sendo aplicada, como metodologia para evitar a influência de expectativas por parte dos participantes. Somente os psicólogos e psiquiatras saberão qual a técnica que está sendo aplicada. Além disso, os participantes serão incluídos em um ou em outro grupo de modo aleatório, em processo realizado na coordenação geral da pesquisa, de modo que o psicólogo ou psiquiatra local não possa dar preferência a uma ou à outra técnica no momento de aplicá-la aos participantes da pesquisa.

Os dados de identificação, os resultados dos inventários e os registros da evolução do tratamento de cada participante serão absolutamente confidenciais e de conhecimento exclusivo dos profissionais que conduzirão a pesquisa, os quais assumem um termo de confidencialidade que se costuma aplicar para pesquisas deste tipo.

Apenas o coordenador geral terá acesso aos dados de todos os participantes, de modo que possa redigir o relatório final de pesquisa. Os demais psicólogos e psiquiatras terão acesso (sempre confidencial) somente aos dados dos pacientes aos quais estejam atendendo.

Se o Sr. (a Sra.) aceitar participar desse ensaio clínico, as informações dele resultantes serão processadas sempre de modo inteiramente confidencial e nenhuma informação que possa revelar a identidade ou as características pessoais de um (a) participante constará no relatório final da pesquisa. Neste relatório constarão apenas os resultados gerais do processamento das informações levantadas na pesquisa.

Isso significa que NENHUM DADO QUE POSSA IDENTIFICAR O SR. (A SRA.) COMO NOME, CODINOME, INICIAIS, REGISTROS INDIVIDUAIS, INFORMAÇÕES POSTAIS, INFORMAÇÕES CONSTANTES NESTE TCLE, NÚMEROS DE DOCUMENTOS, DE TELEFONES, ENDEREÇOS ELETRÔNICOS, FIGURAS, FOTOGRAFIAS, CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS (PARTES DO CORPO), RESULTADOS DE EXAMES, ENTRE OUTROS, SERÃO UTILIZADAS NO RELATÓRIO FINAL DESTE ENSAIO CLÍNICO.

O presente ensaio clínico pode trazer benefícios significativos para o progresso do conhecimento médico-psiquiátrico e psicológico. Os possíveis benefícios resultantes da sua participação na pesquisa são o aumento do conhecimento científico na área da saúde mental, de um modo geral e, em particular, no que diz respeito à enfermidade específica que essa pesquisa visa tratar, bem como quanto às técnicas terapêuticas empregadas para a sua recuperação. A evolução do seu caso clínico também poderá trazer estes e outros benefícios, pelo que o acompanhamento da sua evolução posterior à conclusão da presente pesquisa também será de muita importância, mas será feito somente se o Sr. (a Sra.) estiver inteiramente de acordo, e sempre sob os mesmos compromissos de confidencialidade.

Sua participação neste ensaio clínico é TOTALMENTE LIVRE E VOLUNTÁRIA, ou seja, não é nem poderia ser obrigatória. Caso o Sr. (a Sra.) decida não participar, ou ainda, caso venha a desistir de participar e retirar seu consentimento durante a realização do ensaio clínico, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento médico que o Sr. (a Sra.) recebe ou possa vir a receber.

Como se trata de uma participação inteiramente voluntária, não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste ensaio clínico, assim como não há nem haverá nenhuma coparticipação, de sua parte, em eventuais direitos autorais de publicação dos resultados da pesquisa.

Caso ocorra algum problema ou dano com o Sr. (a Sra.), resultante deste ensaio clínico, o Sr. (a Sra.) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e pelo tempo que for necessário. Garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causais com o presente ensaio clínico, conforme especifica a Carta Circular nº 166/2018 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Caso o Sr. (a Sra.) tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável e coordenador da pesquisa, o Dr. Lamartine de Hollanda Cavalcanti Neto, CREMESP 50496, pelo telefone **-*****, por correspondência para [endereço completo do pesquisador responsável] e/ou pelo e-mail: lamartine.cavalcanti@gmail.com.

Este Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é assinado em três vias, sendo uma para o Sr. (a Sra.), outra para o psicólogo ou psiquiatra que lhe aplicará um dos protocolos terapêuticos deste ensaio clínico e outra para o pesquisador responsável/coordenador da pesquisa.

Declaração de consentimento livre e esclarecido do paciente participante

Após ter recebido os esclarecimentos sobre a natureza do presente ensaio clínico, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possa acarretar, aceito participar do estudo apresentado neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), relacionado com a apresentação do ensaio clínico intitulado: “Avaliação da eficácia de um protocolo terapêutico baseado no enfoque aristotélico-tomista da Psicologia para o transtorno de ansiedade generalizada”. Estou de acordo com todas as condições especificadas neste TCLE e dou todas as autorizações necessárias para a sua realização e para a sua mais ampla divulgação científica, respeitados os termos bioéticos e de confidencialidade acima enunciados.

[Cidade (sigla da unidade da Federação)], [dia] de [mês por extenso] de [ano].

_____ [Assinatura] _____

[Nome completo do paciente participante]

Declaração do pesquisador participante

Eu, [nome completo, número de registro no conselho profissional, número de RG, endereço completo], enquanto pesquisador participante deste ensaio clínico, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS, assumo o compromisso de absoluta confidencialidade sobre todas as informações referentes aos pacientes participantes levantadas nesta pesquisa, bem como todas as demais condições especificadas neste TCLE.

[Cidade (sigla da unidade da Federação)], [dia] de [mês por extenso] de [ano].

_____ [Assinatura] _____

[Nome completo do pesquisador participante]