

# 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: dados preliminares.

Felipe Borges de Oliveira, Gisele Gus Manfro

## Introdução

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um dos transtornos mentais mais comuns no cuidado primário de saúde, com prevalência de 3,1%, em 12 meses<sup>1</sup>, e de aproximadamente 6% ao longo da vida<sup>2</sup>. Este transtorno está associado a prejuízo funcional, comorbidades clínicas e psiquiátricas. A literatura demonstra que tanto fármacos como a Terapia Cognitiva Comportamental são efetivos e considerados tratamentos de primeira linha no TAG<sup>3, 4</sup>. No entanto, a taxa de recaída ao longo do tempo é alta<sup>5</sup>. O mindfulness é uma prática desenvolvida para melhorar a auto-regulação emocional, através de “prestar atenção de uma forma particular: com propósito, no momento presente e sem julgamento” (Kabat-Zinn) e seu papel em promover a saúde tem sido alvo de estudo. O presente projeto visa estudar a eficácia de uma intervenção baseada em mindfulness em pacientes com TAG, comparando ao tratamento farmacológico e a um grupo de qualidade de vida.

## Metodologia

Os pacientes foram randomizados para um dos três tratamentos: mindfulness, grupo de qualidade de vida e medicação (fluoxetina). As escalas Hamilton de Ansiedade (HAM-A) e *Generalized Anxiety Disorder 7-item scale* (GAD-7) foram utilizadas para avaliar os sintomas antes e após as intervenções. Para avaliar a melhora sintomática em cada grupo utilizou-se o teste *T de Student*. Utilizou-se o teste de ANOVA para avaliar se houve diferença entre os grupos. Todas as análises foram feitas através de *Intention to Treat* (ITT) e os dados faltantes foram substituídos pela última observação (*last observation carried forward* - LOCF). Os dados foram analisados com o *programa* SPSS, considerando-se um poder de 80% e um nível de significância de 5%.

## Resultados

Tabela 1: características clínicas da amostra no baseline

	Mind	Med	Q.V.	Total
Idade (m ± d.p)	30,16 (± 9,9)	31,53 (± 9,9)	32,4 (± 13,5)	31,37 (± 11,1)
Sexo fem. (%)	68,4	94,1	75	78,6
HAM-A (m ± d.p)	25 (± 6,36)	28,7 (± 8)	27 (± 7,9)	26,84 (± 7,4)
GAD-7 (m ± d.p)	14,9 (± 2,9)	16,47 (± 2,3)	15,3 (± 3,4)	15,52 (± 2,9)
<b>Comorbidades</b>				
Depressão (%)	21,1	16,1	50	30,4
TP (%)	21,1	23,5	5	16,1
Agorafobia (%)	21,1	17,6	35	25
TOC (%)	5,3	0	15	7,1
TAS (%)	26,3	0	40	23,2

Mind = Mindfulness; Med = Medicação; Q.V. = Qualidade de vida; TP = Transtorno de pânico; TOC = Transtorno obsessivo compulsivo; TAS = Transtorno de ansiedade social

Tabela 2: diferença das médias nas escalas de sintomas após a intervenção

Grupo		MD (± d.p)	IC 95%		p
			Inferior	Superior	
Mind	GAD-7	2,158 (± 5,047)	-,275	4,591	,079
	HAM-A	5,00 (± 9,54)	,092	9,908	,046
Med	GAD-7	5,588 (± 6,124)	2,439	8,737	,002
	HAM-A	9,467 (± 8,959)	4,505	14,428	,001
Q.V.	GAD-7	2,350 (± 4,368)	,306	4,394	,026
	HAM-A	4,923 (± 8,958)	-,490	10,336	,071

Mind = Mindfulness; Med = Medicação; Q.V. = Qualidade de vida;

## Discussão

A análise parcial dos resultados sugeriu melhora dos sintomas de ansiedade nos 3 grupos, sem diferença estatística significativa entre eles. No entanto, estes resultados têm de ser interpretados de forma cuidadosa, uma vez que se trata de uma amostra ainda parcial, podendo ocorrer erro do tipo II.

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):617-27. Erratum in: Arch Gen Psychiatry. 2005 Jul;62(7):709. Merikangas, Kathleen R [added].
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):593-602. Erratum in: Arch Gen Psychiatry. 2005 Jul;62(7):768. Merikangas, Kathleen R [added].
3. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M; Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGillUniversity. BMC Psychiatry. 2014;14 Suppl 1:S1.
4. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, Möller HJ; WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care. WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract. 2012 Jun;16(2):77-84.
5. Yonkers KA, Dyck IR, Warshaw M, Keller MB. Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. Br J Psychiatry. 2000 Jun;176:544-9.