



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DÉBORA PELLOSO MARQUES

**A ACEITAÇÃO NO MODELO DE FLEXIBILIDADE
PSICOLÓGICA DA ACT:
UMA *OVERVIEW* DE REVISÕES SISTEMÁTICAS**

Londrina
2024

DÉBORA PELLOSO MARQUES

**A ACEITAÇÃO NO MODELO DE FLEXIBILIDADE
PSICOLÓGICA DA ACT:
UMA *OVERVIEW* DE REVISÕES SISTEMÁTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.
Área de concentração: Análise do Comportamento

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Rita Zoéga Soares

Coorientador: Prof. Dr. Robson Zazula

Londrina
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Marques, Débora Pelloso .

A Aceitação no Modelo de Flexibilidade Psicológica da ACT : Uma overview de revisões sistemáticas / Débora Pelloso Marques. - Londrina, 2024.
146 f.

Orientador: Maria Rita Zoéga Soares .

Coorientador: Robson Zazula.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2024.

Inclui bibliografia.

1. Terapia Comportamental - Tese. 2. Terapia de Aceitação e Compromisso - Tese. 3. Aceitação - Tese. 4. Mecanismo de Mudança Clínica - Tese. I. Zoéga Soares , Maria Rita . II. Zazula, Robson. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. IV. Título.

CDU 159.9

Débora Peloso Marques

**A ACEITAÇÃO NO MODELO DE FLEXIBILIDADE
PSICOLÓGICA DA ACT:
UMA *OVERVIEW* DE REVISÕES SISTEMÁTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento. Área de concentração: Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Joana Figueiredo Vartanian
Centro Brasileiro de Ciência Comportamental
Contextual - CECONTE

Londrina, 11 de setembro de 2024.

AGRADECIMENTOS

Se nós 'somos' e 'agimos' em relação ao Outro, não poderia deixar de agradecer a tantos Outros que fizeram e fazem parte de mim, da minha trajetória e deste trabalho.

Primeiro, aos meus pais. À minha mãe por me ensinar desde pequena o poder transformador da educação e por me encorajar a buscar conhecimento em qualquer coisa que eu me propusesse. As idas às bibliotecas, as aulas que ela me dava em casa, as brincadeiras que mal sabia eu o tanto que ela fazia por nós e que hoje refletem tanto no prazer que sinto ao estudar. Ao meu pai, por ter me ensinado a sonhar e ter coragem para enfrentar as dificuldades que a vida por vezes nos traz. Sei que ele estaria orgulhoso de me ver hoje na minha trajetória de vida e com essa conquista no mestrado. A saudade é infinita, mas gosto de pensar que tenho você comigo, em tantas coisas que eu sou e faço hoje.

Aos meus irmãos que se interessam e se preocupam em estar presentes (e se esforçam para entender de Psicologia e Análise do Comportamento!). Mesmo quando estão longe, vibram pelas minhas conquistas, desde o vestibular, até aqui. Muito obrigada a vocês por todo o amor.

Ao meu parceiro de vida, que vive comigo o dia a dia e participa comigo com apoio e suporte. Construímos juntos o respeito, o amor e a admiração um pelo outro. Obrigada por celebrar comigo mais uma etapa, e por quase soltar fogos depois da qualificação. Amo viver a vida com você e estou pronta para viver tantos outros momentos ao seu lado!

À família que pude "escolher": minhas amigas. Obrigada Ana, Bre,

May, Trin e Bru. Obrigada por me encorajarem a persistir nessa jornada. Vocês souberam me ouvir e me acolher no meu cansaço, um colo em meio a sobrecarga. Guardo com carinho as noites falando sobre 'hexaflex' com pizza; num novo espaço para existir uma clínica, cheia de cafézinhos da tarde e tantas conversas no sofá; em passeios passando perrengue, só para permitir o descanso, antes de voltar pra rotina do dia a dia. Sei que posso contar com cada um de vocês para qualquer coisa que eu precisar, vocês me trazem segurança sempre quando preciso.

Aos meus queridos professores, Rita e Robson, que toparam desde o primeiro momento essa jornada comigo e em nenhum momento foram intolerantes, mesmo com as ideias mais mirabolantes! Vocês me acompanharam nesses dois anos, tiveram paciência com todas as minhas dúvidas e com meu processo de aprendizagem. Em todo momento me ajudaram a regular e dosar minhas próprias expectativas com a nossa pesquisa. Saibam que são modelos para mim de professores e de psicólogo/as. Me sinto lisonjeada de ter tido vocês comigo nessa caminhada.

Obrigada às contribuições da banca, ao Professor Alex e à Professora Joana que trouxeram inúmeras contribuições gentis e esclarecedoras. O direcionamento de vocês também trouxe vida a essa pesquisa. Obrigada por estarem presentes novamente na defesa.

Também dedico um agradecimento especial ao Daniel Assaz, que prontamente se disponibilizou para conversar comigo sobre esse tema. Se prontificou em tirar minhas dúvidas e me deu algumas boas aulas via áudio de 'whatsapp' (que baita habilidade fazer isso por áudio!). Muito obrigada por compartilhar comigo suas experiências e que deram outra perspectiva para

essa pesquisa. Nossas trocas também foram fonte de um senso de pertencimento, em saber que há outras tantas pessoas por aí apaixonadas por esse tema.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação da UEL, que me proporcionou momentos de aprendizado sobre Ciência, Análise do Comportamento e nosso compromisso ético enquanto profissionais da área da saúde. Também foi um contexto para conhecer pessoas queridas como a Andressa, que tornou essa caminhada mais leve. Mesmo com os nossos poucos encontros presenciais, guardo com carinho sua presença nessa trajetória, com todas as conversas e trocas que tivemos. Obrigada pelo seu carinho e por se fazer presente!

Por fim, não poderia faltar um agradecimento especial aos meus queridos clientes, que despertam em mim a aceitação de quem sou, daquilo que sinto, e de como me sinto ali em relação. Eles/as me ensinam e também me encorajam a aceitar um tanto de coisas difíceis sobre a nossa própria história e sobre a forma que agimos no mundo a partir disso. Obrigada a vocês pelo privilégio que tenho de acompanhá-los, proporcionando que esses temas daqui também possam chegar até vocês.

A ostra, para fazer uma pérola, precisa ter dentro de si um grão de areia que a faça sofrer. Sofrendo, a ostra diz para si mesma: “Preciso envolver essa areia pontuda que me machuca com uma esfera lisa que lhe tire as pontas...” Ostras felizes não fazem pérolas... Pessoas felizes não sentem a necessidade de criar. O ato criador, seja na ciência ou na arte, surge sempre de uma dor. Não é preciso que seja uma dor dóida... Por vezes a dor aparece como aquela coceira que tem o nome de curiosidade. Esse livro está cheio de areias pontudas que me machucaram. Para me livrar da dor, escrevi.

Rubem Alves
Ostra feliz não faz pérola (2008)

MARQUES, D. P. **A Aceitação no Modelo de Flexibilidade Psicológica da ACT**: uma *overview* de revisões sistemáticas. 2024. Dissertação (Pós-Graduação em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

RESUMO

A terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) faz parte da terceira onda de psicoterapias cognitivas e comportamentais. A ACT utiliza conceitos intermediários na explicação da psicopatologia, saúde e intervenção por meio do Modelo de Flexibilidade Psicológica. O conceito de *aceitação* é um processo pertencente a este modelo e parece apresentar lacunas com relação às variáveis independentes mutáveis, que podem afetá-la enquanto um processo de mudança do comportamento. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo avaliar a relação entre o uso da aceitação como componente central de mudança clínica da ACT, e os resultados obtidos em intervenções terapêuticas. Para tanto, realizou-se uma *overview* de revisões sistemáticas de literatura sobre a temática, por meio da realização de uma busca nas seguintes bases de dados: PsychInfo® (APA), Scopus (Elsevier), MEDLINE (EBSCO) e PubMed®, com a seguinte estratégia de busca: (*behavior therapy OR clinical psychology OR clinical psychologist*) AND (*intervention OR training OR clinical methods training*) AND (*acceptance OR acceptance and commitment therapy OR ACT*) AND (*systematic review OR overview*). Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, nove artigos que abordaram especificamente o processo de aceitação foram selecionados para análise. Os dados de cada estudo foram sistematizados em diferentes tabelas, com a finalidade de descrever as intervenções (tratamento), as variáveis intervenientes (mediadores e moderadores, incluindo procedimentos utilizados) e seus efeitos nos resultados. Os resultados dos nove estudos foram divididos e agrupados em duas categorias que demonstraram relações entre o processo de aceitação com: (a) variáveis de processo e (b) variáveis (medidas) de resultado. As variáveis de processo demonstraram uma relação entre a aceitação e componentes do Modelo de (In)flexibilidade Psicológica, com a relação terapêutica e durabilidade (o tempo) da psicoterapia. Em seguida, as variáveis (medidas) de resultado descrevem a aceitação enquanto variável preditora de saúde mental, com efeitos na qualidade de vida e funcionalidade do paciente. Com base na categorização dos resultados, a discussão explicita a relação entre aceitação e as duas categorias de variáveis, exhibe lacunas teórico-conceituais que permeiam a utilização de conceitos intermediários na pesquisa clínica e apresenta perspectivas para futuras pesquisas. Nas considerações finais, se discute as contribuições dessa *overview* e dificuldades no processo da pesquisa no intuito de fomentar novas pesquisas em direção a esse tema.

Palavras-chave: Terapia Comportamental. Terapia de Aceitação e Compromisso. Aceitação. Mecanismo de Mudança Clínica. Flexibilidade Psicológica.

MARQUES, D. P. **Acceptance in the Psychological Flexibility Model from ACT: an overview of systematic reviews**. 2024. Dissertação (Pós-Graduação em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

ABSTRACT

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is part of third-wave behavioral and cognitive therapies. ACT utilizes middle-level terms, through the Psychological Flexibility Model, to explain psychopathology, health and intervention. The concept of *acceptance* is a process that belongs to this model and appears to present gaps in relation to the changeable independent variables, which can affect it as a process of behavioral change. In this sense, the present study aims to evaluate the relationship between the use of acceptance as a central component of clinical change in ACT, and the results obtained in therapeutic interventions. To this end, an *overview* of systematic literature reviews on the topic was carried out, through a search in the following databases: PsychInfo® (APA), Scopus (Elsevier), MEDLINE (EBSCO) e PubMed®, with the following search strategy: (*behavior therapy* OR *clinical psychology* OR *clinical psychologist*) AND (*intervention* OR *training* OR *clinical methods training*) AND (*acceptance* OR *acceptance and commitment therapy* OR *ACT*) AND (*systematic review* OR *overview*). After applying the eligibility criteria, nine studies that specifically addressed the process of acceptance were selected for analysis. The data from each study were systematized in different tables, with the purpose of describing the interventions (treatment), the intervening variables (mediators and moderators, including procedures used) and their effects on the results. The results from the nine studies were divided and grouped into two categories that demonstrated relationships between the process of acceptance and: (a) process variables and (b) outcome variables (measures). The process variables demonstrated a relationship between acceptance and components of the Psychological (In)flexibility Model, with the therapeutic relationship and durability (time) of psychotherapy. Next, the outcome variables (measures) describe acceptance as a predictor variable of mental health, with effects on the patient's quality of life and functionality. Based on the categorization of the results, the discussion explains the relationship between acceptance and the two categories of variables, exhibits theoretical-conceptual gaps that permeate the use of middle-level terms in clinical research and presents perspectives for future research. In the final considerations, the contributions of this *overview* and difficulties in the research process are discussed, in order to encourage new research towards this topic.

Key-words: Behavior Therapy. Acceptance and Commitment Therapy. Acceptance. Mechanisms of Clinical Change. Psychological Flexibility.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Flexibilidade Psicológica.....	22
Figura 2 – Modelo de Inflexibilidade Psicológica.....	24
Figura 3 – Modelo de Mediador Único.....	27
Figura 4 – Modelo de Moderador Único.....	28
Figura 5 – Fluxograma de informações sobre as diferentes etapas da revisão.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Termos e conceitos principais na compreensão de mecanismos de mudança em pesquisa clínica.....	29
Tabela 2 – Estratégia de construção PICOD.....	36
Tabela 3 – Tabela de identificação dos artigos selecionados para análise e discussão.....	43
Tabela 4 – Critérios de elegibilidade dos nove estudos finais.....	99
Tabela 5 – Descrição do delineamento, intervenções, variáveis relevantes e principais resultados dos nove estudos finais.....	111
Tabela 6 – Aceitação enquanto variável de processo no mecanismo de mudança clínica.....	45
Tabela 7 – Aceitação enquanto variável (medida) de resultado no processo de mudança clínica.....	46
Tabela A – Número de artigos para cada base de dados.....	90
Tabela B – Quantidade de estudos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.....	91
Tabela C – Identificação e referência dos artigos selecionados.....	92
Tabela D – Critérios de elegibilidade utilizados em cada revisão sistemática - instruções.....	96
Tabela E – Descrição do delineamento, intervenções, variáveis relevantes e principais resultados - instruções.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
BPI	Brief Pain Inventory
CBS	Contextual Behavioral Science
MABT	Mindfulness and Acceptance-Based Treatments
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBI	Mindfulness-Based Interventions
Modelo de FP	Modelo de Flexibilidade Psicológica
PICOD	População, Intervenção, Controle, <i>Outcome</i> , Delineamento
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TBP	Terapia Baseada em Processos
VD	Variável Dependente
VI	Variável Independente

SUMÁRIO

1 Introdução.....	18
1.1 O desenvolvimento das psicoterapias de terceira onda e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).....	18
1.2 Análise das terceiras variáveis na compreensão de processos e seus mecanismos de mudança.....	26
1.3 Lacunas e limitações na literatura.....	30
2 Objetivos.....	33
2.1 Objetivo Geral.....	33
2.2 Objetivos Específicos.....	33
3 Método.....	34
3.1 Estratégia de busca e base de dados.....	34
3.2 Critérios de elegibilidade.....	36
3.3 Seleção dos estudos.....	37
3.4 Avaliação da qualidade metodológica.....	38
4 Resultados.....	41
4.1 Caracterização dos estudos.....	41
4.2 Extração e análise de dados.....	42
4.3 Resultados da avaliação da qualidade metodológica	47
5 Discussão.....	49
5.1 Aceitação e sua relação com variáveis de processo.....	49
5.1.1 Aceitação e os processos de esquiva experiencial e desfusão cognitiva do Modelo de Flexibilidade Psicológica.....	50
5.1.2 A relação terapêutica e durabilidade da terapia.....	53
5.2 Aceitação e sua relação com variáveis de resultados.....	57
5.2.1 Aceitação enquanto variável preditora de saúde mental:.....	58
5.2.2 Desafios em medidas de processo e de resultado em aceitação.....	60
5.2.3 Conceitos intermediários: uma confusão conceitual?.....	62
5.2.4 Limitações dessa <i>overview</i> e novas perspectivas.....	64

6	Considerações Finais	68
	Referências.....	70
	ANEXOS.....	77
	ANEXO A – Checklist AMSTAR-2.....	78
	ANEXO B – Avaliação de domínios críticos do AMSTAR-2.....	81
	ANEXO C – Categorização do grau de confiabilidade das revisões pelo AMSTAR-2.....	82
	APÊNDICES.....	83
	APÊNDICE A – Protocolo de Identificação dos Artigos Científicos em Bases de Dados Bibliográficas.....	84
	APÊNDICE B – Tabela B - Tabela de quantidade de estudos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.....	91
	APÊNDICE C – Tabela C - Tabela de identificação com referência dos artigos selecionados.....	92
	APÊNDICE D – Protocolo para Realização da Extração de Dados de Cada Estudo.....	95
	APÊNDICE E – Avaliação dos nove estudos finais para essa overview.....	99

Como pesquisadora e psicoterapeuta, houve um interesse da autora para a realização dessa pesquisa para o aprimoramento de habilidades psicoterapêuticas. A aceitação foi escolhida por ser um processo que é bastante utilizado como estratégia para mudanças comportamentais em intervenções analítico-comportamentais, sobretudo nas psicoterapias de terceira onda.

No primeiro momento, constatou-se que inúmeras revisões sobre a temática estavam disponíveis na literatura, o que indicou a possibilidade de realização de uma *overview* de revisões sistemáticas, para organizar e esclarecer os dados sobre este tema de pesquisa. Tal método possibilita mapear informações relevantes acerca de determinado assunto, fornecendo uma compreensão abrangente e sistematizada sobre um tema, guiados por um mesmo problema de pesquisa.

Para tanto, o presente trabalho foi organizado em: *Introdução, Método, Resultados, Discussão e Considerações Finais*. Na *Introdução*, foi realizada uma contextualização do desenvolvimento da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e suas características, discutindo aspectos relacionados aos 'Modelos de Flexibilidade e Inflexibilidade Psicológica', que sustentam processos nucleares centrais (i.e., *aceitação, defusão cognitiva, atenção flexível ao momento presente, senso de self-come-texto, valores, ação comprometida*, e seus opostos respectivamente, *esquiva experiencial, fusão cognitiva, atenção inflexível, apego a um self conceitualizado, perturbação de valores escolhidos e inação ou impulsividade*). Além disso, possíveis lacunas da literatura explicitam a necessidade de analisar terceiras variáveis na compreensão de mecanismos de mudança clínica envolvendo os '(In)flexibilidade Psicológica'.

Os *Objetivos Gerais* e *Específicos* foram organizados previamente com o intuito de responder ao problema de pesquisa, sendo este: *Quais variáveis podem influenciar o impacto da aceitação, componente do Modelo de Flexibilidade Psicológica da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), em mudanças clínicas?*

Para tanto, na seção do *Método*, foram expostas as características de uma *overview* e as etapas de seleção dos estudos. Dessa forma, foram apresentadas a construção da estratégia de busca e o mecanismo utilizado; as quatro bases de dados; os critérios de elegibilidade; o processo de seleção dos estudos; e, por último, a apresentação da ferramenta AMSTAR-2 na avaliação da qualidade metodológica.

Em seguida, na seção dos *Resultados*, as informações sobre as diferentes etapas da revisão são apresentadas, resultando nos nove artigos selecionados para análise nessa *overview*. São apresentadas também as três tabelas (Tabelas 3, 4 e 5) utilizadas para extrair os principais dados dos estudos, e outras duas tabelas (Tabelas 6 e 7) que descrevem uma síntese dos resultados encontrados a partir dos nove estudos. As Tabelas 6 e 7 são organizadas em duas categorias de variáveis que são criadas para relacionar o processo de aceitação com variáveis de processo e de medidas de resultado. Em seguida, foram expostos os resultados na avaliação da qualidade metodológica, segundo o AMSTAR-2.

Na seção da *Discussão*, as duas categorias de variáveis criadas para sistematizar variáveis relacionadas à aceitação são explanadas. Na primeira categoria (i.e., aceitação e sua relação com variáveis de processo), são discutidos os processos de flexibilidade psicológica, e a relação terapêutica sob a perspectiva da durabilidade da terapia. Na segunda categoria (i.e., aceitação e sua relação com variáveis de resultado), a aceitação é descrita como uma variável preditora de saúde mental, abordando as dificuldades na mensuração do processo de aceitação em pesquisas de processo-resultado. Ainda na discussão, são apresentados os desafios na utilização de *conceitos intermediários* e suas implicações teórico-conceituais, bem como é exposto algumas limitações dessa *overview*, trazendo perspectivas para outros estudos.

Ao final, as *Considerações Finais* têm o intuito de fomentar discussões sobre este tema de pesquisa. Ou seja, discorreu-se sobre pontos relevantes dessa pesquisa,

contribuindo com evidências sobre os impactos clínicos da aceitação e da apresentação de terminologias que podem contribuir com pesquisadores e terapeutas que atuam sob a perspectiva da Análise do Comportamento. Em contrapartida, foram relatados os desafios encontrados ao pesquisar sobre este tema, como a dificuldade nas terminologias utilizadas e operacionalização do componente aceitação do modelo de FP. Dessa forma, discorreu-se sobre possíveis direcionamentos para pesquisas teórico-conceituais, sobretudo ressaltando possíveis contribuições da Teoria das Molduras Relacionais (RFT).

Espera-se também que este trabalho contribua para melhorar a precisão conceitual e o valor pragmático do conceito de aceitação, além de trazer consequências úteis e efetivas na prática clínica analítico-comportamental.

1 Introdução

O desenvolvimento histórico das psicoterapias de terceira onda e suas principais características que abrangem as diferentes modalidades de psicoterapia serão abordados inicialmente, de forma a contextualizar o tema exposto no estudo. Assim, serão identificadas características relacionadas ao uso de linguagem, especificamente aos *conceitos intermediários*, e a utilização do Modelo de Flexibilidade Psicológica, enquanto explicação da 'patologia', saúde e intervenção. Estas características fundamentam a relevância de se analisar terceiras variáveis na compreensão de processos e mecanismos de mudanças clínicas. Nesse sentido, serão apresentados os principais conceitos na compreensão de mecanismos de mudança clínica (i.e., mediadores, moderadores e processo) e de que forma as pesquisas em ACT, uma das modalidades de psicoterapia de terceira onda, vem realizando tais análises.

1.1 O desenvolvimento das psicoterapias de terceira onda e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

A terapia analítico-comportamental norte-americana foi dividida em três ondas (Hayes, 2004). De acordo com Guilhardi (2012, p. 11), as ondas têm a “[...] *função de operação motivacional para novos avanços na compreensão do Behaviorismo Radical e desenvolvimento da Ciência do Comportamento*”. Assim, a primeira onda se caracterizou por um período no qual analistas do comportamento criticavam teorias psicológicas pouco fundamentadas na pesquisa básica e empírica. O objetivo principal era focar diretamente em comportamentos-problemas, fundamentados pelo condicionamento e princípios neo-behavioristas, rejeitando conceitos analíticos (e.g., advindos da Psicanálise) e humanistas que, tradicionalmente, pertenciam à prática clínica (Guilhardi, 2012; Vandenberghe, 2011).

A segunda onda ocorreu por volta dos anos 1960, período em que se inicia a substituição dos princípios da aprendizagem embasados no associacionismo e no condicionamento (i.e., watsoniano e skinneriano), por princípios mediacionais e liberais que se utilizavam de explicações internalistas e mecanicistas (Hayes, 2004). Foi se desenvolvendo um 'novo' movimento que, posteriormente, seria denominado de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A segunda onda volta a considerar conceitos analíticos e humanistas como fundamentais para o contexto clínico, porém apresenta críticas à compreensão skinneriana para linguagem e cognição humana, ou seja, a compreensão skinneriana de comportamento verbal.

Por fim, a terceira onda apresentou como principal característica a exposição de críticas ao cognitivismo, que promovia explicações dualistas e mecanicistas afastadas de explicações do comportamento a partir dos princípios behavioristas radicais. Vandenberghe (2011, p. 40) argumenta que o “[...] *termo terceira onda se refere a uma forma de psicoterapia que se desenvolveu após a terapia cognitivo-comportamental e se propõe como uma versão filosoficamente diferente e metodologicamente melhorada da mesma*”. Diferentes modalidades de psicoterapia fazem parte da terceira onda e buscam uma recuperação de uma interpretação funcional-contextual do comportamento, incorporando uma análise funcional do comportamento verbal e de controle por regras, com ênfase no desenvolvimento de repertórios comportamentais (Perestelo-Perez et al., 2017; Vandenberghe, 2011).

Nesse contexto do desenvolvimento de diferentes modalidades de psicoterapia de terceira onda, cabe destacar que nem sempre as diferentes psicoterapias compartilham um arcabouço teórico único, utilizando diferentes perspectivas na formulação de caso e na explicação de mecanismos de mudança clínica. Nesse sentido, o rótulo mais adequado que abrange as terapias de terceira onda em sua totalidade, seria de ‘*Terapias Contextuais*’ (Ferreira, 2021).

As Terapias Contextuais são modelos de intervenções de diferentes modalidades segundo à lógica proposta pela '*Terapia Baseada em Processos*' (TBP), cujo principal objetivo é de organizar o desenvolvimento de modelos de psicoterapias, identificando "[...] *processos de mudança clínica funcionalmente definidos* (Ferreira, 2021, p. 3)". Dito de outra forma, a TBP é descrita como um "*modelo dos modelos*" (p. 3) e, apesar de não focar em uma modalidade específica de psicoterapia ou intervenção, foca em um conjunto de processos que rompem com a lógica protocolo-síndrome e permite uma comunicação abrangente entre diferentes modalidades de terapia, sendo estas, as Terapias Contextuais. Alguns exemplos de Terapias Contextuais são: Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), Terapia Comportamental Dialética (DBT), Terapia Comportamental Integrativa de Casal (IBCT), Ativação Comportamental (BA) e, conforme será discutido nesse trabalho, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

De modo específico, portanto, a respeito das Terapias Contextuais, algumas das diferentes modalidades de psicoterapia de terceira onda compartilham algumas características em comum, motivadas pela Ciência Comportamental Contextual (ou do inglês *Contextual Behavioral Science* - CBS), tais como: (a) o uso de uma linguagem afastada da linguagem técnica advinda de laboratórios de processos básicos ou, como colocado por Vandenberghe (2011, p. 39), afastados de uma "*linguagem corretamente skinneriana*"; e (b) a utilização do Modelo de Flexibilidade Psicológica enquanto um modelo de explicação da 'patologia', saúde e intervenção. Essas duas características serão brevemente explanadas a seguir.

O primeiro ponto, relacionado ao uso de uma linguagem afastada da linguagem técnica, possui relação com a preocupação de analistas do comportamento em discutir eventos privados (i.e., pensamentos, sentimentos, emoções, memórias e sensações corporais). Assim, eles passaram a adotar diferentes conceitos que, historicamente, não pertenciam à comunidade verbal analítico-comportamental (Barnes-Holmes et al.

2016; Dixon et al., 2020). Estes conceitos foram denominados de *conceitos intermediários* (ou de *nível médio*), sendo definidos por Barnes-Holmes et al. (2016) como aqueles especificamente teóricos, porém não técnicos e que não foram fundamentados ou 'gerados' pela pesquisa básica científica. Utilizar de conceitos intermediários é uma forma de descrever algo num *continuum* entre as unidades básicas de análise de uma ciência ampla (como a Psicologia) e de termos tradicionais dessa ciência.

Visto de outra forma, Assaz (2019) argumenta que os conceitos intermediários foram abstraídos de uma sistemática observação da interação entre organismo e ambiente e dos processos básicos adjacentes, o que leva a um conjunto de relações funcionais. Em outras palavras, quanto mais próximo das observações sistemáticas do comportamento e dos processos básicos, mais precisa a linguagem; quanto mais distantes, maior utilização dos conceitos intermediários. O uso desses conceitos, portanto, é um dos pontos que unificam as psicoterapias de terceira onda.

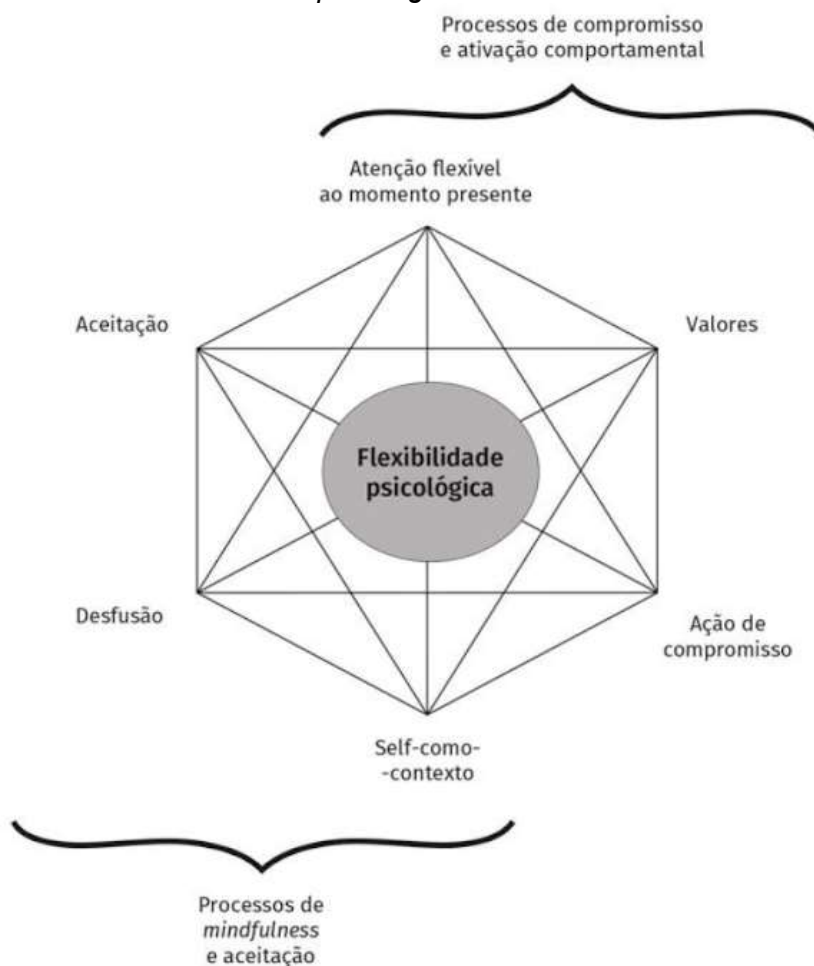
Um segundo ponto que unifica as psicoterapias de terceira onda tem como premissa a utilização de conceitos intermediários que contribuem para o desenvolvimento de um novo modelo proposto para explicar a 'patologia', saúde e intervenção, sendo descrito como 'Modelo de Flexibilidade Psicológica' (do inglês *Psychological Flexibility Model*) e que será denominado a partir daqui como *modelo de FP* (Hayes & Wilson, 1994; Hayes et al., 2013; Hayes et al., 2021; Perestelo-Perez et al., 2017). O objetivo do modelo de FP é de focar em um conjunto limitado de processos nucleares² (Figuras 1 e 2), que se relacionam de modo coerente para explicar a adaptabilidade humana (i.e., flexibilidade psicológica) e o seu oposto, o sofrimento humano (i.e., inflexibilidade psicológica).

² Ao longo deste trabalho os processos do Modelo de Flexibilidade Psicológica também poderão ser descritos como 'componentes' do Modelo de Flexibilidade Psicológica (McLoughlin & Roche, 2023). O termo 'componente' será utilizado em alguns momentos para que não seja confundido 'processos nucleares do modelo de FP', com o termo 'processo', ou 'variável de processo', que explica mecanismos de mudança clínica, conforme proposto por Kazdin (2007).

Os processos nucleares empregados no modelo de FP são formados por seis conceitos intermediários, sendo eles: *aceitação*, *desfusão cognitiva*, *atenção flexível ao momento presente*, *senso de self-como-contexto*, *valores* e *ação comprometida*. Estes processos nucleares do modelo de FP devem obedecer a uma classificação funcional e dimensional limitada, para manter sua utilidade e coerência com a prática clínica e são apresentados na Figura 1 (Hayes & Wilson, 1994; Hayes et al., 2021).

Figura 1

Modelo de Flexibilidade psicológica



Nota. Figura apresenta os seis processos centrais que interrelacionados contribuem para a Flexibilidade Psicológica.

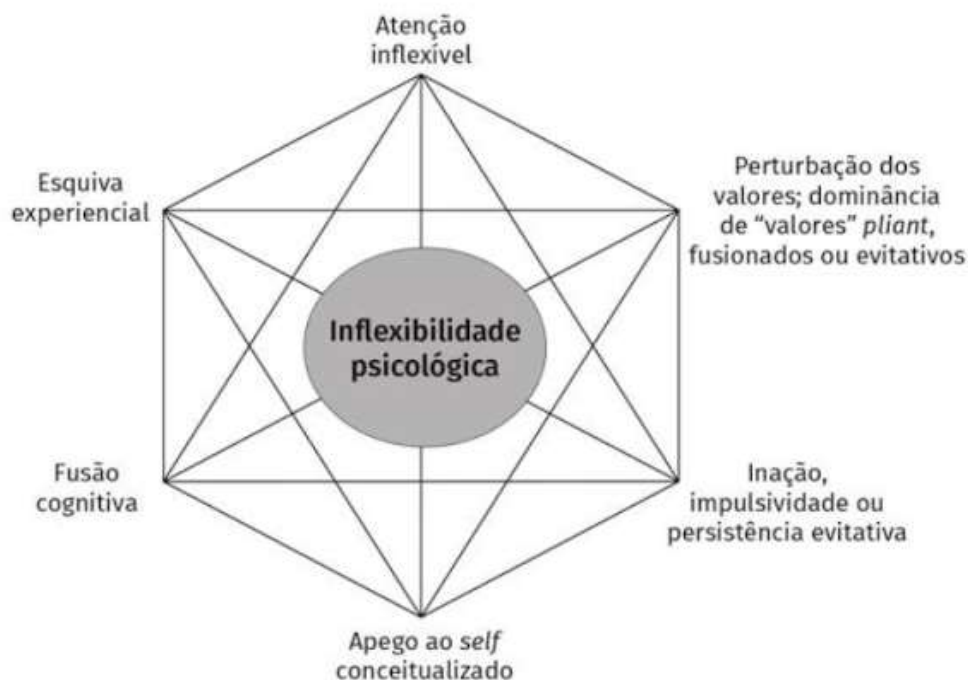
Fonte. Hayes et al. (2021, p. 51)

A Figura 1 representa os seis processos que integram o modelo, cujos quatro processos à esquerda são considerados processos de *mindfulness* e aceitação e os quatro processos à direita são processos de compromisso e mudanças de comportamento ou processos de ativação comportamental. Todos os seis processos trabalhando em conjunto constituem a flexibilidade psicológica e é comumente conhecido como “*hexaflex*” (Hayes, 2004).

Em especial, cabe destaque ao conceito de *aceitação*, que é um dos processos pertencentes ao modelo de FP e foi definida por Hayes et al. (2021, p. 219) como:

"[...] a adoção voluntária de uma postura intencionalmente aberta, receptiva, flexível e não crítica com respeito à experiência momento a momento. A aceitação é apoiada por uma 'disponibilidade' para fazer contato com experiências ou situações, eventos ou interações privadas estressantes, que provavelmente irão desencadeá-los".

Em contrapartida, a ausência de um ou mais processos do modelo de FP pode acarretar em “*rigidez psicológica*” (Hayes et al., 2021, p. 50) e ser causa do sofrimento humano e de comportamentos desadaptativos, sendo descrito como Modelo de Inflexibilidade Psicológica (Figura 2).

Figura 2*Modelo de Inflexibilidade Psicológica*

Nota. Figura apresenta os seis processos centrais que contribuem para a Inflexibilidade Psicológica.

Fonte. Hayes et al. (2021, p. 50)

O Modelo de Inflexibilidade Psicológica (Figura 2) é um modelo de explicação da 'patologia' humana e é composto por seis processos, a saber: *atenção inflexível*, *perturbação de valores escolhidos*, *inação ou impulsividade*, *apego a um self conceitualizado*, *fusão cognitiva* e *esquiva experiencial*. A Figura 2 representa todos os seis processos, trabalhando em conjunto, que constituem a inflexibilidade psicológica.

É, portanto, nesse contexto de construção das diferentes modalidades de psicoterapias de terceira onda, unificadas pela utilização de *conceitos intermediários* e pela utilização do modelo de FP, que a ACT se desenvolveu, sendo esta uma modalidade de psicoterapia pertencente às terapias cognitivas e comportamentais de terceira onda (Hayes, 2004). Dessa forma, para sintetizar o que é a ACT, Hayes et al. (2013, p. 187) destacam:

“[...] uma definição fácil da ACT é de uma intervenção comportamental e cognitiva que se utiliza de processos de aceitação e mindfulness, e processos

de compromisso e de mudança de comportamento, que produzem flexibilidade psicológica. O tratamento busca construir os processos de aceitação e atenção plena que enfraquecem a literalidade excessiva e criam uma abordagem mais consciente, presente e flexível das experiências psicológicas; procura também fortalecer os processos de comprometimento e mudança de comportamento que potencializam ações baseadas em valores”.

Diante do modelo de FP e do seu oposto, de Inflexibilidade Psicológica, cabe destacar que ao contrário das terapias de segunda onda e das TCCs, que são orientadas para eliminar ou modificar pensamentos e ações desadaptativos, as terapias de terceira onda destacam a aceitação desses pensamentos, enquanto um dos componentes centrais de mudança clínica. Assim, essas modalidades de psicoterapia utilizam de aceitação enquanto estratégia de superação, integrando ao menos quatro dos seis processos centrais descritos acima que pertencem ao modelo de FP, sendo eles: a) o interesse na aceitação, b) o processo de desfusão, c) a relevância do 'aqui e agora' e o d) 'self como contexto' (Perestelo-Perez et al., 2017).

Dessa forma, as terapias cognitivo-comportamentais de terceira onda se utilizam de diferentes nomenclaturas, sob influência de processos centrais comuns. Essas diferentes modalidades de psicoterapia passaram a adotar de modo genérico e abrangente o rótulo de '*Intervenções Baseadas em Mindfulness e Aceitação*' (Perestelo-Perez et al., 2017, p. 283). Devido a isto, é também possível encontrar outros nomes para essas modalidades de psicoterapia de terceira onda, como: *Mindfulness and Acceptance-Based Treatments* (MABTs), *Mindfulness-based stress reduction* (MBSR), *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT), *Mindfulness and Acceptance-based group therapy* (MAGT), entre outros. A seguir, será exposto brevemente alguns objetivos da ACT, partindo do modelo de FP, e possíveis lacunas na literatura.

Em última instância, apesar da nomenclatura genérica que abraça diferentes modalidades de psicoterapia de terceira onda abordadas até aqui (i.e., Intervenções Baseadas em *Mindfulness* e Aceitação), cabe destacar que essas modalidades se utilizam do componente de aceitação, do modelo de FP, enquanto um dos mecanismos centrais de mudança clínica. Porém, nem todas as terapias de terceira onda (i.e., Terapias Contextuais) se utilizam do componente de aceitação como componente central na formulação de caso e explicação da mudança clínica.

1.2 Análise das terceiras variáveis na compreensão de processos e seus mecanismos de mudança

A partir do modelo de FP e de seu oposto, a ACT se propõe a relacionar as intervenções com seus resultados, identificando e analisando processos de mediação e moderação nas pesquisas básicas ou aplicadas. Apesar deste ser um dos objetivos da ACT, a relevância de identificar e controlar variáveis não é algo recente para a Ciência do Comportamento. De acordo com Skinner (1953), uma Ciência do Comportamento pode oferecer mais do que apenas informações acerca da vida do sujeito, sendo esse apenas o primeiro passo, e que a Análise do Comportamento pode demonstrar as relações funcionais que explicam o comportamento, controlando as variáveis independentes que levam diretamente para o controle das variáveis dependentes. Em um contexto clínico, por exemplo, é papel do terapeuta ter controle sobre as variáveis relevantes em psicoterapia com o sujeito (Skinner, 1953).

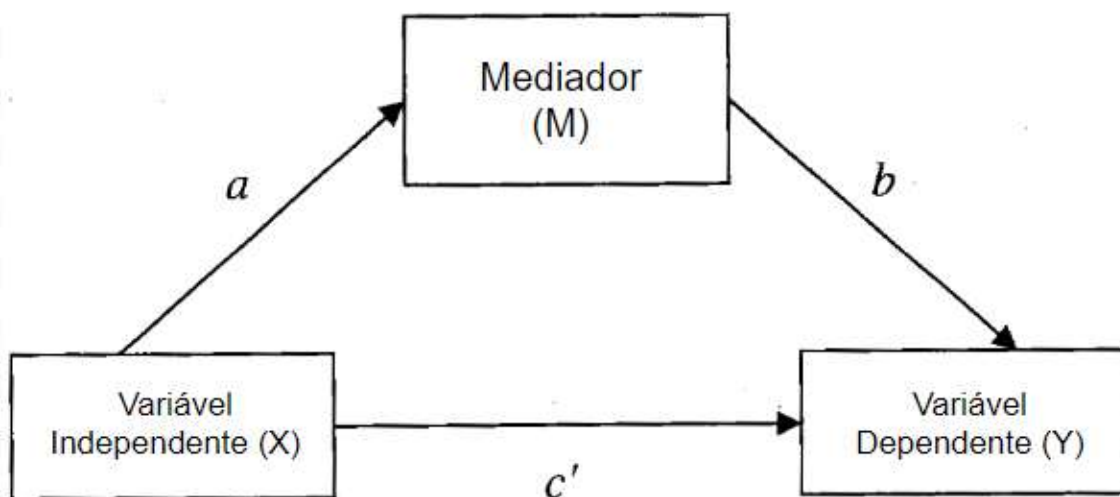
Dessa forma, apesar de identificar e controlar variáveis ser algo comum na história analítico-comportamental, MacKinnon e Luecken (2008) argumentam que no campo da Psicologia da Saúde cada vez mais estudos se debruçam na compreensão das relações entre as variáveis independentes e dependentes e em seus mecanismos causais e processuais que influenciam a saúde. Perguntas como "*porque, quando, para quem, quais, e sob quais condições*" (MacKinnon e Luecken, 2008, p. 99)

requerem atenção na compreensão das terceiras variáveis, sendo as variáveis mediadoras e moderadoras dois exemplos de análise entre as variáveis.

Em primeiro lugar, mediação pode ser definido como "*uma relação tal que uma variável independente causa uma variável mediadora, que então causa uma variável dependente*" (MacKinnon & Luecken, 2008, p. 99). Ou seja, a análise de mediadores permite compreender *como* a intervenção afeta a saúde e os resultados desejados, permitindo examinar os efeitos e a efetividade de determinadas intervenções. A Figura 3 representa o modelo de mediador único:

Figura 3

Modelo de mediador único



Nota. Figura adaptada apresenta um modelo causal da relação entre a Variável Independente, da única Variável Mediadora e a Variável Dependente.

Fonte. MacKinnon (2012)

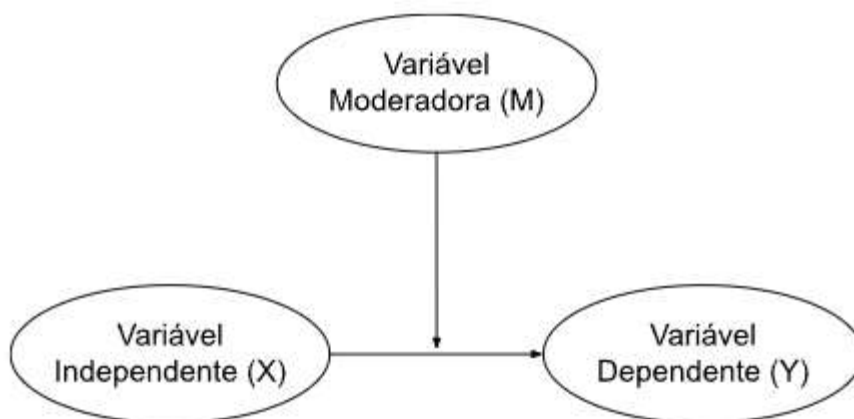
Conforme a Figura 3, algumas condições são necessárias ao analisar mediadores. Primeiro, deve haver uma relação substancial entre a variável independente e a variável mediadora, e deve haver uma relação entre a variável mediadora e a variável dependente – quando considerada a variável independente. Segundo, a mediação requer uma "*precedência causal*" (MacKinnon & Luecken, 2008,

p. 99), de modo que a variável independente precede e é a causa do mediador, enquanto o mediador deve preceder e ser uma causa da variável dependente.

Já a análise de moderadores investiga as condições pelas quais duas variáveis se relacionam. Uma variável moderadora é aquela que altera a relação entre a variável independente e a variável dependente em diferentes níveis³ da terceira variável. A Figura 4 representa o modelo de moderador único:

Figura 4

Modelo de moderador único



Nota. Figura adaptada representa um modelo simples com uma única variável moderadora que influencia o tamanho do efeito da variável independente X sobre a variável dependente Y.

Fonte. Hayes (2018)

Diferente das variáveis mediadoras citadas anteriormente, um moderador (Figura 4) não é intermediário à relação causal entre a variável independente e a variável dependente, não necessitando de uma precedência causal. Segundo Vilardaga et al. (2009), a análise de moderadores permite identificar informações importantes sobre como características individuais e fatores contextuais podem influenciar os efeitos de uma intervenção. A análise de moderadores possibilita que variáveis ideográficas sejam exploradas e auxilia terapeutas a reconhecerem quais

³ Variáveis são conceitos abstratos e possuem potenciais valores que podem ser chamados de níveis ou categorias de uma variável (Cozby, 2003).

variáveis podem produzir maior impacto a depender do processo utilizado nas intervenções e o contexto individual e cultural.

Para sintetizar, partindo das explicações sobre mediação e moderação, Kazdin (2007) expõe uma tabela com os principais termos e conceitos utilizados em pesquisas clínicas que descrevem quais mudanças ocorrem, porque ocorrem e como ocorrem, buscando informações sobre os mecanismos (i.e., processos) que operam em diferentes tratamentos e a psicoterapia. Dessa forma, a Tabela 1 adaptada do mesmo autor expõe:

Tabela 1

Termos e conceitos principais na compreensão de mecanismos de mudança em pesquisa clínica

Conceito	Explicação
Variável	Conceitos abstratos com potenciais valores (i.e., níveis ou categorias de uma variável).
Causa	Uma variável ou intervenção que resulta e é responsável pelos resultados ou mudança.
Mediador	Uma variável interveniente que pode ser estatisticamente responsável pela relação estabelecida entre a variável independente e variável dependente. Algo que pode mediar a mudança, não explica, necessariamente, o processo pelo qual a mudança ocorreu. Podem também ser medidas <i>proxy</i> de outras variáveis ou um conceito amplo que pode não ter como objetivo final a explicação dos mecanismos de mudança. Assim, um mediador pode ser um guia que direciona na identificação e explicação de possíveis mecanismos de mudança, mas pode não ser, necessariamente, um mecanismo.
Moderador	Uma característica capaz de influenciar a direção ou magnitude da relação entre a variável independente e a variável dependente. Moderadores podem estar relacionados a mediadores e mecanismos, pois sugerem que diferentes processos podem estar envolvidos na mudança clínica.
Mecanismo	São os processos ou eventos que necessariamente são responsáveis pela mudança. São os motivos pelos quais a mudança ocorreu, explicando de que forma, ou seja, <i>como</i> , essa mudança ocorreu. Nessa perspectiva, mecanismo e processo são utilizados como sinônimos.

Nota. Tabela adaptada com os principais conceitos e termos utilizados na explicação de mecanismos de mudança em pesquisa clínica.

Fonte. (Kazdin, 2007)

A partir dos principais conceitos referidos por Kazdin (2007) na Tabela 1, o autor destaca que estudos que analisam mediadores e moderadores tem como um dos objetivos demonstrar mudanças clínicas e seus efeitos nos resultados, a partir de determinadas intervenções. Nesses estudos, as terceiras variáveis, denominadas como variáveis intervenientes, são comumente atribuídas como '*causas*' de mudanças clínicas. Porém, demonstrar a '*causa*' ou a relação causal não é suficiente para explicar como a intervenção ocasionou tal mudança ou como ocorreu a mudança. O mesmo autor aponta que compreender mecanismos de mudança clínica refletem “[...] *os passos ou os processos pelos quais a terapia (ou alguma variável independente) realmente se desdobra e produz a mudança. Mecanismos explicam como a intervenção se traduz em eventos que levam aos resultados*” (p. 3, grifo nosso). O autor ainda ressalta que mecanismos de mudança não devem ser confundidos com o conceito de mediador, pois variáveis que podem mediar a mudança clínica não explicam, necessariamente, como essas mudanças ocorrem, apesar de ser um ponto de partida.

Assim como demonstrar as relações causais podem ser ponto de partida na investigação de mecanismos de mudança clínica, Kazdin (2007) argumenta que a descrição também pode ser um caminho na compreensão e explicação de processos clínicos. Apesar disso, há uma distinção entre descrição (o que ocorre) e explicação (como ocorre), porém, “[...] *dependendo do detalhe, nível de análise e sequência ao transitar de um para o outro, a descrição pode se tornar uma explicação*” (Kazdin, 2007, p. 12).

1.3 Lacunas e limitações na literatura

Em vista da direção proposta por Kazdin (2007) sobre a explicação dos mecanismos de mudança clínica, algumas lacunas são mais frequentes na literatura em pesquisas clínicas que analisam a relação processo-resultado (Elliott, 2010).

Especificamente, na análise de mediadores e moderados, a ACT busca relacionar e classificar seus resultados aos '*processos nucleares*' comuns do modelo de FP. Isto é, os componentes do hexaflex passam a ser investigados enquanto mediadores ou moderadores de mudanças clínicas. Por exemplo, Stockton et al. (2019) apontam que existem processos nucleares no modelo de FP que precisam ser melhor investigados e que faltam medidas de resultado validadas para avaliar alguns desses processos, seja por meio de análises estatísticas ou medidas psicométricas mais robustas. Já Roche et al. (2019) apontam que futuros estudos da ACT, que envolvem ensaios clínicos randomizados, devem conduzir a análise de mediadores e moderadores para a compreensão dos processos funcionais úteis que controlam a mudança de comportamentos. Especificamente em relação ao componente aceitação, Ding e Zheng (2022) afirmam que há lacunas quanto às variáveis independentes mutáveis que podem afetar a aceitação enquanto um processo de mudança do comportamento (e.g., a aceitação afeta a funcionalidade psicológica/corporal, ou a funcionalidade psicológica/corporal afeta a aceitação?).

Por fim, críticas feitas por analistas do comportamento permeiam a adoção de conceitos que não parecem estar bem definidos de acordo com os princípios da Análise do Comportamento, podendo trazer uma conotação mentalista, internalista e até mesmo de reificação aos processos do modelo de FP e para a prática clínica (Vandenberghe, 2011; Vilardaga et al., 2009). A relevância deste trabalho, portanto, vai ao encontro deste debate, pois se os conceitos não são bem descritos, sua utilidade pragmática é ameaçada, distanciando-se do método científico e corroborando uma prática afastada de um referencial teórico-conceitual da Análise do Comportamento (Assaz, 2019; Barnes-Holmes et al., 2016; Guilhardi, 2012). Neste sentido, por meio de uma *overview* de revisões sistemáticas de literatura, o presente estudo tem como objetivo avaliar a relação entre o uso da aceitação como

componente central de mudança clínica da ACT, e os resultados obtidos em intervenções terapêuticas.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a relação entre o uso da aceitação como componente central de mudança clínica da ACT, e os resultados obtidos em intervenções terapêuticas.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar se o processo de aceitação atua como mediador na melhora clínica;
- Identificar se o processo de aceitação atua como moderador na melhora clínica;
- Avaliar criticamente a utilização do conceito de aceitação enquanto um conceito de nível intermediário;
- Avaliar a relação entre aceitação e medidas de resultados e medidas de processo.

3 Método

A presente pesquisa consiste em uma *overview* de revisões sistemáticas da literatura. De acordo com Grant e Booth (2009), uma *overview* é um termo genérico utilizado para sintetizar e descrever as características da literatura de diferentes áreas. O Cochrane Library (2024) destaca que as *overviews* sintetizam informações de inúmeras revisões sistemáticas, guiados por um problema de pesquisa e que podem fornecer uma compreensão abrangente e sistematizada de determinado assunto. Assim, a presente *overview* de revisões sistemáticas buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: *Quais variáveis podem influenciar o impacto da aceitação, componente do Modelo de Flexibilidade Psicológica da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), em mudanças clínicas?*

3.1 Estratégia de busca e base de dados

Para encontrar artigos consistentes com o problema da pesquisa, foi realizada uma busca eletrônica entre agosto e setembro de 2022, em quatro bases de dados diferentes: PsychInfo® (APA), Scopus (Elsevier), MEDLINE (EBSCO) e PubMed®. A escolha por essas bases de dados é justificada por abordarem temas como saúde e saúde mental, além de serem apresentadas como as principais bases de dados utilizadas em outros estudos de revisão de literatura na área. O Apêndice A apresenta o Protocolo de Identificação dos Estudos, confeccionado com o intuito de orientar o leitor nas etapas necessárias para a busca de artigos científicos nas bases de dados utilizadas nesta *overview*. O acesso às bases de dados foi realizado pelo Acesso CAFE, no Portal de periódicos da CAPES. Em cada uma das bases de dados foi inserida a seguinte combinação de palavras-chaves, adequada aos parâmetros de busca, sendo ela:

*(behavior therapy OR clinical psychology OR clinical psychologist) AND
(intervention OR training OR clinical methods training) AND (acceptance OR*

acceptance and commitment therapy OR ACT) AND (systematic review OR overview).

A elaboração dessa estratégia de busca foi realizada a partir da estratégia PICOD, que é um “[...] *modelo padronizado para o desenvolvimento de uma estratégia de busca com foco em evidências*” (Araújo, 2020, p. 111). O PICOD contribui com o levantamento de estudos, pois apresenta um esquema lógico de construção de estratégia de busca a partir do problema e dos objetivos de pesquisa, bem como contribui para o desenvolvimento de revisões de literatura. No PICOD, o P (*Population*) representa o paciente, população ou problema; I (*Intervention*) representa a intervenção a ser abordada e analisada; C (*Comparison/Control*) são as comparações/controles que se pretende apresentar nas revisões; O (*Outcome*) significa os desfechos e resultados esperados a partir das intervenções; e D (*Study Design*) representa o desenho do estudo, questionando “[...] *quais instrumentos de coleta de dados ou métodos de pesquisa foram utilizados*” (p. 117). Para essa pesquisa empregou-se a seguinte divisão:

- *P*: Psicoterapia clínica, clínica psicológica, psicólogo clínico;
- *I*: Intervenções, treinamentos, programas de ensino, cursos, educação;
- *C*: Nenhuma intervenção, grupo controle ou intervenção alternativa específicas;
- *O*: Aceitação, Terapia de Aceitação e Compromisso, ACT;
- *D*: Revisão sistemática, *overview*.

Na Tabela 2, a seguir, estão apresentadas as estratégias de extração, conversão, combinação, construção e, por fim, o uso final da estratégia de busca.

Tabela 2

Estratégia de construção PICOD

Objetivo/ Problema	Realizar uma overview a partir de revisões sistemáticas de literatura, respondendo à pergunta: Quais variáveis podem influenciar o impacto da aceitação, componente do Modelo de Flexibilidade Psicológica da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), em mudanças clínicas?				
	P	I	C	O	D
Extração	Psicoterapia, clínica	Intervenções, treinamentos, programas de ensino, cursos	Nenhuma intervenção, grupo controle ou intervenção alternativa	Aceitação	Revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise)
Conversão	Psychotherapy	Intervention, training, education		Acceptance	Systematic review;
Combinação	Behavior therapy: clinical psychology; clinical psychologists	Intervention, training, clinical methods training,		Acceptance; Acceptance and Commitment Therapy	Systematic review; overview
Construção	(behavior therapy OR clinical psychology OR clinical psychologist)	(intervention OR training OR clinical methods training)		(acceptance OR acceptance and commitment therapy OR ACT)	Systematic review; overview
Uso	(behavior therapy OR clinical psychology OR clinical psychologist) AND (intervention OR training OR clinical methods training) AND (acceptance OR acceptance and commitment therapy OR ACT) AND (systematic review OR overview)				

Cabe destacar que a mesma estratégia de busca, apresentada na linha final da Tabela 2, foi utilizada nas quatro bases de dados na modalidade de “*busca avançada*”. As alterações foram realizadas apenas na utilização dos filtros de buscas de cada base de dados, contudo obedecendo aos critérios de elegibilidade. O Apêndice A destaca as etapas apresentadas na identificação dos estudos.

3.2 Critérios de elegibilidade

Os critérios de *inclusão* de artigos foram estabelecidos da seguinte forma: (a) artigos publicados nos últimos 10 anos; (b) artigos autodeterminados como de revisão sistemática (com ou sem meta-análise); e (c) artigos publicados em inglês ou português.

Enquanto critérios de *exclusão*, delimitou-se: (a) artigos em que não foi possível ter acesso ao texto na íntegra; (b) artigos relacionados a outras intervenções em saúde (e.g., medicina, farmacologia) e outros tipos de terapia/intervenções (e.g., medicamentosas, atividade física, contexto escolar ou mesmo modalidades de psicoterapia que não contemplasse, ao menos uma vez, a Terapia de Aceitação e Compromisso - ACT); e, por fim, (c) foram excluídos artigos em que não foi possível encontrar as palavras-chave '*acceptance*', '*commitment*', '*ACT*' ou equivalentes, por meio do mecanismo de busca no texto.

3.3 Seleção dos estudos

Os critérios de inclusão A, B e C foram realizados por meio da aplicação de filtros nas bases de dados selecionadas. Em seguida, os artigos eram baixados em formato PDF no software de gerenciamento de referências Zotero® e alocados em pastas destinadas para cada uma das bases de dados. Cabe ressaltar que o próprio software de gerenciamento utilizado é capaz de '*mesclar*' itens duplicados, portanto, utilizou-se essa opção para mesclar os itens duplicados e contabilizá-los como um único item. Quando não era possível ter acesso ao texto completo, aplicava-se o critério de exclusão A (artigos em que não foi possível ter acesso ao texto na íntegra).

Com os textos nas respectivas pastas destinadas para cada base de dados, aplicou-se o critério de exclusão B. Isto é, na medida em que era realizada a leitura dos títulos e resumos de cada artigo, foram excluídos aqueles que apresentavam intervenções distintas daquelas descritas pelo critério. Esta etapa gerou a seleção de 76 artigos que foram destinados em novas subpastas com o nome de '*Elegibilidade 1*'.

A última etapa consistiu na aplicação do critério C, que foi responsável por delimitar os estudos que continham, ao menos uma vez, as palavras '*acceptance*', '*commitment*' ou '*ACT*' no texto. Caso não fossem encontradas no texto, os artigos eram excluídos. Esta última etapa determinou os estudos selecionados para análise e foram organizados, por fim, em subpastas com o nome '*Elegibilidadade 2*'. Este último critério se fez necessário, pois uma grande quantidade de artigos utilizava de diferentes classificações ou rótulos de psicoterapias de terceira onda (e.g., *Cognitive Behavioral Therapy*, *Mindfulness Based Therapy*, *Third-wave Behavior Therapy*, *Contextual Cognitive Behavioral Therapies*, *Acceptance and Mindfulness Based Interventions*, *Psychological Flexibility*), e ainda se pautavam no modelo de FP e, conseqüentemente, avaliava o componente aceitação. Dessa forma, fez-se necessário encontrar as palavras-chave no próprio estudo, avaliando se as intervenções e as palavras-chave se relacionavam com o contexto clínico e o modelo de FP da ACT. O Apêndice B representa, em formato de tabela, uma síntese da quantidade final de artigos de cada base de dados após a aplicação dos critérios de exclusão. Esta última etapa resultou num total de 27 artigos.

Conforme eram lidos os títulos e resumos de cada estudo, também foi pesquisada manualmente a lista de referências para possível inclusão de outros estudos que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão. Assim, apenas um artigo (Öst, 2014) foi incluído a partir da leitura das referências, pois ele foi citado com frequência nas outras revisões, finalizando assim, com a seleção de 28 artigos para análise. Contudo, a última etapa selecionou nove estudos finais para análise, na medida em que esses avaliavam especificamente a aceitação enquanto um mecanismo de mudança clínica, relacionando esse componente do modelo de FP aos seus resultados e respondendo assim ao problema de pesquisa.

3.4 Avaliação da qualidade metodológica

Na medida em que há crescente publicações e pesquisas relacionadas à saúde, profissionais da saúde recorrem às revisões sistemáticas como uma das formas de obter alternativas para cuidados em saúde baseadas em evidências (Shea et al., 2017). Dessa forma, a ferramenta AMSTAR (do inglês *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*; Anexo A) é utilizada para avaliar todos os passos importantes e necessários na condução de uma revisão sistemática, contribuindo para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos. Conseqüentemente, é útil para os profissionais da saúde na distinção de informações que tem maior ou menor grau de confiabilidade e validade.

Segundo Shea et al. (2017), para utilizar a ferramenta AMSTAR-2, o leitor/revisor deve preencher o checklist (Anexo A) de acordo com os itens encontrados em cada revisão, respondendo às perguntas com '*sim, parcialmente sim, não*', e quando necessário, destacando se os estudos retratam de ensaios clínicos randomizados ou não randomizados, se apresentam ou não meta-análise. Os criadores da ferramenta "[...] *fortemente recomendam que a avaliação de itens individuais não seja combinada para criar uma pontuação geral. Ao invés disso, usuários devem considerar os possíveis impactos de uma avaliação inadequada para cada item*" (Shea et al., 2017, p. 5).

A partir do preenchimento de cada item do checklist, alguns itens são classificados como '*domínios críticos*' conforme não são encontrados nas revisões (i.e., itens 2, 4, 7, 9, 11, 13 e 15 do checklist; Anexo B). Estes itens podem indicar menor confiabilidade do estudo em determinada categoria. Ao final do preenchimento do checklist e da avaliação de quais '*domínios críticos*' foram destacados, a ferramenta AMSTAR-2 apresenta uma avaliação geral de confiabilidade dos resultados da revisão, categorizando os estudos com confiabilidade '*alta, moderada, baixa e criticamente baixa*' (Anexo C). Na seção dos resultados, será apresentada a

avaliação da qualidade metodológica dos estudos dessa *overview*, de acordo com esta ferramenta.

4 Resultados

Na seção dos *Resultados*, serão apresentadas a caracterização dos estudos selecionados para essa *overview*, esquematizando as diferentes etapas para a identificação e seleção dos estudos. Em seguida, será exposto como foi realizada a extração e análise de dados de cada estudo, descrevendo cinco tabelas distintas que contém:

- A identificação com referência dos estudos (Tabela 3);
- Identificação das principais características de cada estudo, detalhado no Apêndice E (Tabela 4);
- A identificação das intervenções e seus resultados, analisando a aceitação enquanto variável interveniente no processo de mudança clínica, detalhado no Apêndice E (Tabela 5);
- Apresentação da aceitação enquanto variável de processo (Tabela 6);
- Apresentação da aceitação enquanto variável (medida) de resultado (Tabela 7).

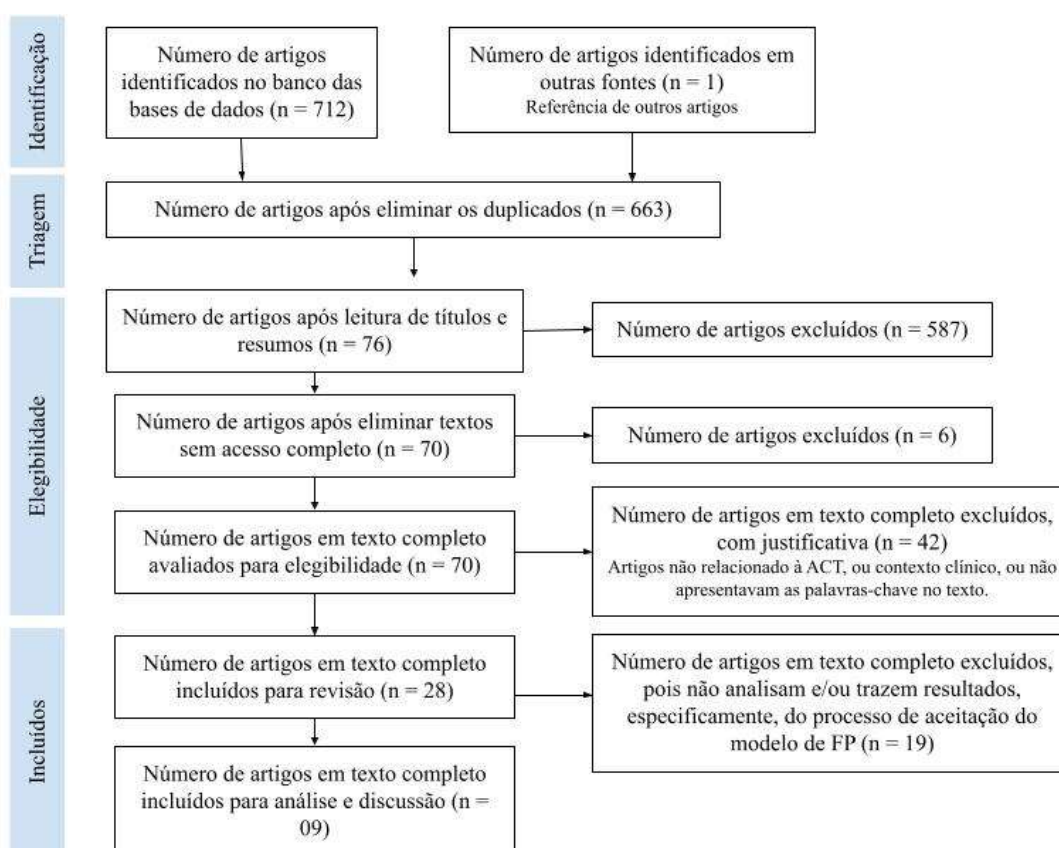
Cabe destacar que as Tabelas 4 e 5 se encontram na seção dos *Apêndices* devido à quantidade de informações extraídas e que as Tabelas 6 e 7 são sínteses interpretativas confeccionadas a partir da extração de dados detalhada em etapas anteriores. Um último tópico é destinado para apresentar os resultados obtidos da avaliação da qualidade metodológico dos estudos, segundo a ferramenta AMSTAR-2.

4.1 Caracterização dos estudos

Com o objetivo de responder ao problema de pesquisa que norteou esta *overview*, foram selecionados nove estudos, os quais contemplavam, especificamente, análises do componente de aceitação do modelo de FP. A Figura 5, esquematiza o processo de busca, identificação e seleção dos estudos.

Figura 5

Fluxograma de informações sobre as diferentes etapas da revisão



Nota: Adaptado de Liberati et al. (2009).

4.2 Extração e análise de dados

Para a extração de dados de cada estudo, foram confeccionadas três tabelas (Tabela 3, 4 e 5) nas quais foram mapeadas informações relevantes de cada estudo para avaliar o componente aceitação do modelo de FP nas revisões sistemáticas de literatura. A partir disso, avaliou-se a relação entre a aceitação e os resultados de intervenções. A confecção e a forma de preenchimento de cada tabela estão descritas nos Apêndices C e D para orientar o leitor/revisor em futuras pesquisas nas etapas de extração e análise de dados. Em primeiro lugar, a Tabela 3 representa os nove estudos selecionados para a *overview* (a tabela contendo todos os 28 artigos selecionados na etapa de seleção anterior, pode ser encontrada no Apêndice C).

Tabela 3

Tabela de identificação dos artigos selecionados para análise e discussão

Id	Referências
1	Barney, J. L., Murray, H. B., Manasse, S. M., Dochat, C., & Juarascio, A. S. (2019). Mechanisms and moderators in mindfulness- and acceptance-based treatments for binge eating spectrum disorders: A systematic review. <i>European Eating Disorders Review</i> , 27(4), 352-380. https://doi.org/10.1002/erv.2673
2	Bourke, E., Barker, C., & Fornells-Ambrojo, M. (2021). Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i> , 94(3), 822-853. https://doi.org/10.1111
3	Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of Medical Internet Research</i> , 18(8). https://doi.org/10.2196/jmir.6200
4	Ding, D., & Zheng, M. (2022). Associations Between Six Core Processes of Psychological Flexibility and Functioning for Chronic Pain Patients: A Three-Level Meta-Analysis. <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 13. https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.893150
5	Frostholm, L., & Rask, C. U. (2019). Third wave treatments for functional somatic syndromes and health anxiety across the age span: A narrative review. <i>Clinical Psychology in Europe</i> , 1(1). https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.32217
6	Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 17, 282-295. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004
7	Roche, A. I., Kroska, E. B., & Denburg, N. L. (2019). Acceptance- and mindfulness-based interventions for health behavior change: Systematic reviews and meta-analyses. <i>Journal of Contextual Behavioral Science</i> , 13, 74-93. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.002
8	Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the Underlying Mechanisms of Change During Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i> , 47(3), 332-362. https://doi.org/10.1017/S1352465818000553
9	Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> , 45(1), 5-31. https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724

Analisando a Tabela 3, é possível observar que as revisões avaliam diferentes modalidades de psicoterapia de terceira onda. Ou seja, apesar dos critérios de elegibilidade e de seleção dessa pesquisa especificarem a ACT como intervenção

principal, os resultados dessa pesquisa indicaram que diferentes rótulos/pacotes comerciais (e.g., MABTs, MBIs, MBSR) se utilizam da aceitação, cujo um dos objetivos principais é a utilização do componente aceitação do modelo de FP como um mecanismo central de mudança clínica. Portanto, essas diferentes modalidades de psicoterapia foram consideradas nessa *overview* para análise e discussão dos resultados.

Em seguida, a Tabela 4 (Apêndice E) teve como objetivo identificar as principais características dos estudos, contendo: (a) referência, (b) objetivo do estudo, (c) siglas frequentes utilizadas na revisão (e.g., nome de psicoterapias, diagnósticos, técnicas específicas, medidas psicométricas relevantes, entre outros), (d) base de dados utilizadas na revisão, (e) estratégia de busca, e (f) quantidade de estudos incluídos na revisão.

Logo após, a Tabela 5 (Apêndice E) teve como objetivo apresentar as principais informações acerca das intervenções e seus resultados, possibilitando encontrar o componente aceitação enquanto variável interveniente e seus impactos na mudança clínica. A Tabela 5 contém: (a) referência, (b) PICOD da revisão, (c) quantidade de estudos incluídos na revisão e tamanho da amostra, (d) tipos de intervenções abordadas (variáveis independentes), (e) avaliação do terapeuta/profissional, também enquanto uma variável independente, porém separado em outra coluna na medida em que diferentes artigos abordaram essa variável separadamente, (f) comportamento alvo da intervenção no estudo (em alguns casos descritos como '*outcome*' - variáveis dependentes), (g) caracterização do viés, e (h) os principais resultados do estudo.

Por fim, as Tabelas 6 e 7 têm como objetivo sintetizar os resultados obtidos nos nove estudos dessa *overview*, seguindo a proposta de Kazdin (2007) que avalia componentes específicos na compreensão de mecanismos de mudança clínica. Dessa forma, as Tabelas 6 e 7 descrevem: (a) as intervenções (tratamento); (b) as variáveis

intervenientes (mediadores e moderadores, incluindo procedimentos utilizados, caso apareçam); (c) a relação demonstrada entre as variáveis intervenientes e os resultados; (d) e, por fim, seus efeitos/impactos nos resultados. Além disso, as Tabelas 6 e 7 também dividem e agrupam os resultados dos nove estudos em duas categorias maiores, sendo elas: variáveis de processo e variáveis (medidas) de resultados. Essas duas categorias foram divididas de tal forma, pois os estudos demonstraram de modo geral, relações entre aceitação, componente do modelo de FP, com outras variáveis de processo e de resultados.

Tabela 6

Aceitação enquanto variável de processo no mecanismo de mudança clínica

Variável de processo				
Estudo	Intervenção	Variáveis intervenientes	Relação demonstrada	Resultados e efeitos
Bourke et al. (2021)	Diferentes modalidades em psicoterapia	Tempo	Variável confundidora	Fortalecimento da aliança terapêutica; Maior abertura para falar sobre eventos privados
Brown et al. (2016)	ACT via internet	-	Não especificado: apenas descreve intervenção-resultado	Maior abertura para experienciar eventos físicos e emocionais dolorosos
Ding e Zheng (2022)	Processos do modelo de FP	Aceitação e Desfusão cognitiva	Variável preditora (demonstrada por uma "linha do tempo"); Correlação	Maior funcionalidade do paciente (geralmente associada à funcionalidade geral e psicológica do que física); Saúde mental
Roche et al. (2019)	Baseadas em aceitação	Esquiva experiencial e comportamentos de evitação	Variável mediadora	Diminuição do índice IMC; Diminuição do comportamento de fumar; Comportamentos relacionados à saúde

Nota. ACT – Terapia de Aceitação e Compromisso; IMC – Índice de Massa Corporal.

A tabela 6 indica as diferentes modalidades de psicoterapia que se utilizam do componente aceitação, ressaltando a relação entre aceitação do modelo de FP e outros componentes da variável de processo '*Flexibilidade Psicológica*' (i.e., desfusão cognitiva e esquiva experiencial). Além disso, também destaca a relação entre aceitação e a variável de processo '*relação terapêutica*', sob a perspectiva do '*tempo*' ou durabilidade da psicoterapia. Outro ponto a ser observado a partir da Tabela 6 é que nem sempre o tipo de relação entre a VI e a VD é descrito, por vezes destacando apenas a relação intervenção(processo)-resultado. Segundo Elliott (2010), é comum que pesquisas clínicas analisem a relação processo-resultado, contudo, destaca que nem sempre é estabelecida a descrição de *como* essa relação ocorreu, por vezes sendo uma limitação nas pesquisas clínicas. Este tipo de limitação também pode ser encontrado na Tabela 7, na qual retrata a relação entre aceitação e variável (medida) de resultado no processo de mudança clínica:

Tabela 7

Aceitação enquanto variável (medida) de resultado no processo de mudança clínica

Variável (medida) de resultado				
Estudo	Intervenção	Variáveis intervenientes	Relação demonstrada	Resultados e efeitos
Barney et al. (2019)	ACT	Aceitação	Variável Mediadora	Pontuações menores para condições globais de ED
Frosthalm e Rask (2019)	ACT	(a) Aceitação + treino de <i>mindfulness</i> + exposição; (b) Aceitação	Não especificado: apenas descreve intervenção-resultado	(a) Diminuição de sintomas de FSS; (b) Diminuição da interferência da dor, de medos relacionados à dor e qualidade de vida
Perestelo-Perez et al. (2017)	MABTs	Procedimentos de <i>mindfulness</i> e aceitação	Variável Mediadora	Diminuição de ruminação (em intensidade ou frequência)

Stockton et al. (2019)	ACT	Aceitação	Variável Mediadora	Saúde mental; Funcionalidade do paciente; Qualidade de vida; Mudanças de comportamento
Veehof et al. (2016)	MABTs	Aceitação	Não especificado: apenas descreve intervenção-resultado	Diminuição da interferência da dor; Diminuição da intensidade da dor

Nota. ACT – Terapia de Aceitação e Compromisso; ED – Eating Disorder; FSS – Functional Somatic Syndrome; MABTs – Mindfulness and Acceptance-Based Treatments.

Conforme indicado na Tabela 7, três estudos de intervenções em ACT e outros dois estudos com intervenções baseadas em aceitação mensuraram os efeitos da aceitação nos resultados. Os resultados indicam, sobretudo, o uso da aceitação enquanto variável mediadora na diminuição de sintomas específicos para populações específicas, melhora na saúde mental e qualidade de vida. Estes resultados podem ser relevantes na prática clínica, pois contribuem em direção à manipulação do componente aceitação, que pode contribuir com comportamentos relacionados à saúde e melhora do paciente.

4.3 Resultados da avaliação da qualidade metodológica

Dois principais itens foram reconhecidos como '*domínios críticos*' nos estudos dessa *overview*, sendo eles: a apresentação do risco de viés e a justificativa dos itens excluídos de cada revisão, correspondendo aos itens sete, nove e treze do checklist do AMSTAR-2 (Anexo A). Primeiramente, no que diz respeito à apresentação do risco de viés, algumas revisões (Barney et al., 2019; Bourke et al., 2021; Ding & Zheng, 2022; Frosthalm & Rask, 2019; Stockton et al., 2019) não apresentaram informações sobre os diferentes riscos de viés dos estudos individuais incluídos em cada revisão. Portanto, a falta de informações e dados nesta etapa influenciou na interpretação dos impactos dos estudos individuais sobre os resultados de cada revisão (e.g., avaliar os

riscos de publicação em estudos individuais, contribuem na avaliação dos impactos deste risco sobre as informações apresentadas em cada revisão). Em segundo lugar, oito dos nove estudos dessa *overview* (Barney et al., 2019; Bourke et al., 2021; Brown et al., 2016; Ding & Zheng, 2022; Frosthalm & Rask, 2019; Perestrelo-Perez et al., 2017; Roche et al., 2019; Stockton et al., 2019) demonstraram '*domínio crítico*' no que diz respeito ao item sete do checklist (i.e., justificativa de exclusão de estudos individuais). Apesar das revisões justificarem os motivos pelos quais os estudos foram excluídos, sobretudo sob orientação do protocolo do PRISMA (Liberati et al., 2009), as revisões raramente apresentam uma lista ou referências dos estudos que foram excluídos. Assim, este item sete foi comumente preenchido como '*não*' no checklist, contribuindo para que as revisões apresentassem mais de um '*domínio crítico*'. Apesar disso, é comum que as revisões não apresentem uma lista ou referências dos artigos excluídos em etapas anteriores, devido ao número de páginas exigidos por cada revista e publicação. Em suma, na medida em que os estudos apresentaram mais de um '*domínio crítico*' preenchido, sete estudos foram classificados com confiabilidade geral '*baixa*' ou '*criticamente baixa*', segundo as recomendações do AMSTAR-2, e outros dois estudos com '*confiabilidade alta*' (Roche et al., 2019; Veehof et al., 2016).

5 Discussão

Na seção da *Discussão*, serão abordadas as duas categorias que relacionam a aceitação do modelo de FP enquanto variável de processo e variável de (medida) de resultado. Assim, essas duas categorias gerais serão pormenorizadas retratando a relação entre aceitação e:

- Esquiva experiencial e desfusão cognitiva, sob a perspectiva da variável de processo '*Flexibilidade Psicológica*';
- Durabilidade (tempo) da terapia, sob a perspectiva da variável de processo '*relação terapêutica*';
- Aceitação enquanto variável preditora de saúde mental, sob a perspectiva das variáveis (medidas) de resultado.

Além disso, serão discutidos a utilização do conceito de aceitação enquanto um *conceito intermediário* e suas implicações no “*problema do procedimento-processo-resultado*” (Barnes-Holmes et al., 2016, p. 369). No fim, limitações dessa *overview* serão abordadas, trazendo perspectivas para outros estudos.

5.1 Aceitação e sua relação com variáveis de processo

De acordo com Assaz (2018), a literatura clínica analítico-comportamental traz diferentes definições na compreensão do que é denominado '*processo*'. Nesta pesquisa, o termo processo será utilizado a partir da definição de Kazdin e Nock (2003) e Kazdin (2007), que assemelha processo à mecanismos de mudança, ou seja, que explicam como procedimentos (ou variáveis independentes) promovem mudanças clínicas. Os processos relacionados à aceitação do modelo de FP foram: (a) flexibilidade psicológica e os processos de desfusão cognitiva e esquiva experiencial; e (b) relação terapêutica e durabilidade da terapia.

5.1.1 Aceitação e os processos de esquiva experiencial e desfusão cognitiva do Modelo de Flexibilidade Psicológica

Dentre os estudos avaliados, três estudos apresentaram uma relação entre a aceitação e outros componentes do modelo de FP, especificamente, com os componentes de *esquiva experiencial* e de *desfusão cognitiva* (Ding & Zheng, 2022; Perestelo-Perez et al., 2017; Roche et al., 2019).

Iniciando pelo processo de *esquiva experiencial*, este é definido como uma “*estratégia psicológica*”, no qual o indivíduo demonstra relutância (do inglês, 'unwillingness') em contatar experiências privadas como sensações corporais, pensamentos, memórias e emoções, avaliadas e rotuladas pelo próprio indivíduo como sendo algo ruim ou doloroso (Barnes-Holmes et al., 2004, p. 518). Os autores ainda ressaltam que os próprios eventos privados associados com algum estímulo aversivo tornam-se aversivos, o que pode diminuir oportunidades futuras do indivíduo se comportar de acordo com seus valores. Contudo, apesar do processo de *esquiva experiencial* não ser benéfico a médio e longo prazo, os indivíduos continuam se comportando de tal forma pois, ao menos a curto prazo, o contato com os eventos aversivos é diminuído e os desconfortos associados a ele naquele momento são igualmente reduzidos em intensidade e/ou frequência (e.g. se eu me distraio desses pensamentos ruins, eles podem 'ir embora'). Em contrapartida, inúmeros estudos já apontam que, paradoxalmente, a esquiva experiencial está correlacionada com o aumento da intensidade e frequência de eventos privados associados a eventos aversivos (Barnes-Holmes, 2004; Hayes, 2004; Hayes et al., 2021).

O estudo de Stockton et al. (2019) discute que o processo de aceitação é qualificado como um mecanismo de mudança primário e inimitável durante as intervenções em ACT, sugerindo que este seria um componente de tratamento teoricamente único (p. 23). Além disso, os autores ressaltam que um dos objetivos da ACT é auxiliar pacientes a se deslocarem da esquiva experiencial em direção à

aceitação, demonstrando uma relação entre os modelos de FP e seu oposto, de *Inflexibilidade Psicológica*. Apesar dos autores destacarem as bases teóricas que explicam a relação entre aceitação, esquiva experiencial e flexibilidade psicológica, os resultados desse estudo não avaliaram os diferentes componentes do modelo de FP e sua relação com a aceitação.

Em contrapartida, o estudo de Roche et al. (2019, p. 18) retrata a relação entre aceitação e esquiva experiencial e concluem:

“De particular importância para os comportamentos de saúde explorados na presente revisão, pesquisas anteriores demonstraram que a cessação do tabagismo e as reduções no IMC, após intervenções baseadas na aceitação, são mediadas por reduções na evitação, sugerindo um caminho clínico comum para estes comportamentos e que podem ser alvo de intervenção”.

Ou seja, os autores indicam que intervenções que utilizam procedimentos de aceitação podem mediar a relação entre as intervenções e comportamentos evitativos, com efeitos em comportamentos relacionados à saúde (i.e., perda de peso e cessação do tabagismo).

Em segundo lugar, outro componente relacionado à *aceitação* é o de *desfusão cognitiva*. Este é definido por Hayes et al. (2006, p. 8) como um processo que:

“[...] buscam alterar as funções indesejáveis de pensamentos e outros eventos privados, ao invés de tentar alterar sua forma, frequência ou sensibilidade situacional. Dito de outra forma, a ACT busca mudar a maneira com que o indivíduo interage ou se relaciona com seus pensamentos ao criar contextos nos quais suas funções problemáticas são diminuídas”.

Ainda sobre a definição de desfusão cognitiva, Assaz et al. (2018, p. 4) destaca que

“O objetivo da desfusão cognitiva não é criar novas relações entre estímulos, mas de interromper a transformação da função dos estímulos que ocorrem em instâncias de RRAA (Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável) por meio de seu contexto funcional. Portanto, ao invés de alterar o conteúdo das verbalizações, desfusão cognitiva diminui seus impactos sobre o comportamento”.

Dessa forma, partindo das definições de desfusão cognitiva, a relação entre a aceitação e a desfusão cognitiva foi encontrada no estudo de Perestelo-Perez et al. (2017). Os autores identificaram que as intervenções MABTs foram capazes de diminuir a ruminação⁴ de pacientes com histórico de ao menos um episódio de transtorno depressivo maior. Além disso, os autores destacam que embora os procedimentos de aceitação e *mindfulness* tenham como objetivo permitir a ocorrência de pensamentos intrusivos ou ruminativos, afetando em menor grau a vida do paciente, paradoxalmente os resultados indicaram que essas intervenções reduziram os pensamentos intrusivos e ruminativos, pois não eram estimulados por meio de tentativas de controle, reestruturação ou redução. Esses resultados podem ser promissores na mudança clínica, porém os autores não conseguiram demonstrar se a melhora nas pontuações de ruminação ocorreu devido à alteração da relação que o paciente estabelece com o pensamento ou se devido à diminuição da intensidade ou frequência dos mesmos. De qualquer modo, a partir dos resultados deste estudo e à luz da definição de desfusão cognitiva, cabe inferir que os procedimentos em aceitação (e *mindfulness*) podem ser mediadores na diminuição do impacto que a relação paciente-pensamento estabelece com pensamentos ruminativos, possibilitando interrupções na transformação da função dos estímulos e diminuindo o

⁴ Ruminação é operacionalizado pelos autores como uma estratégia ou mecanismo psicológico no qual pacientes não conseguem evitar pensar sobre alguns conteúdos, gerando sofrimento e desconforto. Além disso, destacam que pensamentos ruminativos têm como função a manutenção de sintomas relacionados a transtornos depressivos (Perestelo-Perez et al., 2017).

impacto do conteúdo verbal sobre o comportamento do indivíduo (Assaz, 2019; Hayes et al., 2006).

Por último, o estudo de Ding e Zheng (2022) destacou que desfusão cognitiva e aceitação culminaram em um único fator comum, pois ambos são processos que se associam à abertura para lidar com experiências difíceis quando tentativas de mudanças de comportamento não são efetivas ou levam a problemas maiores. Contudo, apesar de aceitação e desfusão cognitiva terem efeitos e resultados semelhantes pós-intervenções (i.e., abertura para contactar experiências dolorosas e de caráter aversivo, melhor funcionalidade do paciente, diminuição da interferência da dor), o referido estudo não especifica quais os mecanismos ou passos que explicam *como* a aceitação e desfusão cognitiva resultam em processos funcionais comuns que podem explicar os resultados similares. Nesse sentido, parece haver lacunas como aquelas apontadas por Perestelo-Perez et al. (2017), nas quais aceitação e desfusão cognitiva são processos correlacionados, questionando-se se as mudanças ocorrem devido à diminuição da intensidade, frequência ou relação paciente-pensamento/percepção da dor.

Apesar dos estudos apresentarem lacunas e questionamentos sobre os mecanismos envolvidos entre aceitação, esquiva experiencial e desfusão cognitiva, bem como seus efeitos nos resultados, essa *overview* corrobora com a seguinte afirmação de Hayes et. al. (2022, p. 16):

“Assim, o primeiro ‘ pilar’ da flexibilidade psicológica é maior abertura. Ela tinha dois aspectos primários no modelo tradicional da ACT: desfusão cognitiva e aceitação experiencial. Por outro lado, os principais processos que estreitam o repertório esperados nesta área e que contribuem para a psicopatologia, foram argumentados como sendo a fusão cognitiva e a esquiva experiencial”.

5.1.2 A relação terapêutica e durabilidade da terapia

Dos nove estudos abordados, apenas um estudo, de Bourke et al. (2021), relatou os efeitos da duração da terapia (i.e., tempo) e da relação terapêutica associados à aceitação. Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre aliança terapêutica⁵ e processos da psicoterapia, bem como investigar os resultados da terapia para pacientes com diagnóstico de psicose, realizando uma meta-análise da associação entre aliança terapêutica e medidas de recuperação. Dessa forma, os autores avaliaram três possíveis variáveis moderadoras na relação entre a aliança terapêutica e seus resultados para pacientes diagnosticados com psicose. Entretanto, será descrito a seguir apenas a variável 'duração de terapia', na medida em que esta variável se relaciona com o componente de aceitação do modelo de FP.

De acordo com Bourke et al. (2021), a análise das variáveis moderadoras demonstrou que um período mais longo e duradouro de construção de vínculo terapêutico pode ser necessário e possibilita o aumento da probabilidade de os pacientes relatarem experiências como paranoia, ilusões ou escuta de vozes. Além disso, favorece a discussão desses conteúdos, e possibilita mudanças de comportamento a médio e longo prazo. Os autores apontam que o tempo também pode ser uma variável confundidora da relação entre aliança terapêutica e seus resultados.

De acordo com alguns autores (MacKinnon & Luecken, 2008; MacKinnon et al., 2012), uma variável confundidora é aquela que altera a relação entre a variável independente (VI) e a variável dependente (VD), pois está relacionada às duas variáveis, mas não devem ser analisadas como variáveis intermediárias na sequência causal entre VI e a VD. Em outras palavras, *“variáveis confundidoras explicam relações significativas entre a variável independente e a variável dependente, por meio*

⁵ A aliança terapêutica foi medida pelos autores por meio do “*engajamento na psicoterapia*”, sendo descrito como uma “*variável de processo*”, avaliando o comparecimento nas sessões ou o tempo utilizado para participar das tarefas da terapia (Bourke et al., 2021, p. 838).

de uma terceira variável que prevê ambas as variáveis” (MacKinnon & Luecken, 2008, p. 100).

Com os resultados apresentados por Bourke et al. (2021), é possível discutir que com a passagem do tempo, e na medida em que um vínculo é construído na relação terapeuta-cliente, há maior probabilidade de 'abertura' por parte do paciente ao trazer eventos específicos de caráter aversivo, como ocorre com os relatos associados aos sintomas da psicose. Assim, a durabilidade da terapia em conjunto com a relação terapêutica pode afetar a aceitação por parte do cliente em psicoterapia. Contudo, enquanto variável moderadora e confundidora, há pouca precisão na observação da relação entre VI e VD (MacKinnon & Luecken, 2008). Portanto, partindo dos resultados deste estudo, não é possível concluir se a duração da terapia (i.e., tempo) afeta a relação terapêutica enquanto condição indispensável na construção do vínculo e, em última instância, se é condição fundamental para trabalhar a aceitação com os clientes em psicoterapia.

Outro ponto a ser abordado e que cabe questionamentos sobre maior abertura do cliente para falar sobre eventos privados de caráter aversivo, é de que forma o processo de desfusão cognitiva afeta a relação entre paciente-pensamentos relacionados à psicose para ocorrer maior aceitação da experiência de sofrimento. Apesar desse questionamento não ser um dos objetivos de análise do estudo de Bourke et al. (2021), observar a relação entre diferentes componentes do modelo de FP é um caminho importante na compreensão dos mecanismos de mudança clínica e em seus resultados. Como já foi levantado anteriormente nessa *overview*, é possível que a relação entre desfusão cognitiva e aceitação culminem em processos funcionais semelhantes.

Por fim, trazendo enfoque para o comportamento do terapeuta, existe uma vasta literatura que demonstra a relevância de avaliar sua formação, treinamentos, aplicação e presença durante as intervenções (e.g., Bourke et al., 2021; Brown et al.,

2016; Cândido & Ferreira, 2022; Li et al., 2019; Vartanian, 2022). Ainda assim, poucos estudos se debruçam na avaliação de quais processos estariam envolvidos na relação terapêutica e que podem sustentar a eficácia das Terapias Baseadas em *Mindfulness* e Aceitação (Cavicchioli, 2018). A revisão sistemática de Vøllestad et al. (2012), por exemplo, ressalta que terapeutas que praticam terapias MBSR e MBCT devem praticar, eles mesmos, técnicas e procedimentos em *mindfulness* para serem capazes de ensinar essas habilidades aos clientes de maneira autêntica. Contudo, os autores apontam que há poucos estudos que comprovem os efeitos de tais práticas na qualidade do serviço oferecido (p. 256).

Nessa direção, conforme apontado por Vøllestad et al. (2012) sobre os efeitos de práticas de *mindfulness*, essa *overview* apresenta poucos resultados que demonstrem de que forma a aceitação pode estar relacionado tanto a prática do terapeuta como seus impactos na relação terapeuta-cliente. Em contrapartida, Hayes et al. (2012) e Hayes et al. (2021), destacam que a aceitação é tão importante para o cliente como é para o terapeuta. Os autores argumentam que quando a aceitação por parte do terapeuta não está presente em psicoterapia, isso pode gerar um distanciamento do cliente e mantê-lo se esquivando de eventos dolorosos. Nas palavras de Hayes et al. (2021, p. 215):

“Quando terapeutas estão apenas aceitando condicionalmente, clientes manterão seus conteúdos pessoais mais ameaçadores fora da mesa. Essa reação pode prevenir o terapeuta de experienciar sofrimento psicológico, mas diminui o espaço da aceitação no qual terapeuta e cliente devem operar”.

Nesse sentido, se o componente aceitação do modelo de FP se faz necessário tanto para o cliente como para o terapeuta, futuras pesquisas poderiam investigar variáveis de processo relevantes no contexto de psicoterapia que podem afetar o

comportamento de aceitação do terapeuta e seus impactos na relação terapeuta-cliente em psicoterapia.

5.2 Aceitação e sua relação com variáveis de resultados

Segundo Elliott (2010), uma das formas mais comuns e populares de realizar pesquisa empírica sobre as associações entre os processos que ocorrem durante as sessões de psicoterapia e os resultados pós-terapia, é testar processos chave de uma ou mais sessões de terapia e utilizá-los para prever resultados pós-terapia. Dessa forma, o autor destaca que inúmeras pesquisas de processo-resultado são encontradas na literatura, com mensurações do processo e do resultado em diferentes dimensões e perspectivas (i.e., do cliente, do terapeuta e de observadores). Apesar deste tipo de pesquisa ser comum, algumas dificuldades surgem quando o processo terapêutico é visto apenas pelas perspectivas de 'entrada e saída', ignorando por vezes o que ocorre 'no meio' e 'através' do processo. Portanto, o autor ainda destaca duas dificuldades principais neste tipo de pesquisa: (a) problemas com medidas, atenuando resultados, e (b) problemas com validade interna, devido às dificuldades nas associações causais e da presença de terceiras variáveis. Assim, uma alternativa seria de utilizar métodos mais "*sofisticados*" (p. 124) de resultados de análise de variáveis de mediadores e moderadores, na compreensão de mecanismos causais em psicoterapia, diminuindo as dificuldades na mensuração de resultados e de validade interna.

A relação entre aceitação e medidas de resultados pôde ser visto na Tabela 7, no qual alguns estudos descrevem a relação entre intervenção (ou processo) e resultado (Frosthalm & Rask, 2019; Veehof et al., 2016) e outros estudos (Barney et al., 2019; Perestelo-Perez et al., 2017; Stockton et al., 2019) descrevem o tipo de relação encontrada, atentando-se para as recomendações da utilização de medidas que visam a análise de mediadores e moderadores. A seguir, serão discutidas as

relações encontradas com medidas de resultado e desafios na mensuração do processo de aceitação.

5.2.1 Aceitação enquanto variável preditora de saúde mental

Uma das propostas das terapias de terceira onda é de focar em resultados em saúde para populações específicas, rompendo com a tradição psiquiátrica de classificação sindrômica (Cândido & Ferreira, 2022; Hofmann & Hayes, 2017, 2018). Sendo assim, os estudos dessa *overview* parecem caminhar nessa direção, pois avaliam a aceitação e sua relação com comportamentos compatíveis com saúde, maior funcionalidade⁶ (*'functioning'*) do paciente e qualidade de vida (Barney et al., 2019; Ding & Zheng, 2022; Frostholm & Rask, 2019; Stockton et al., 2019; Veehof et al., 2016).

O estudo de Ding e Zheng (2022) constatou que pacientes que aceitam de forma aberta a experiência da dor em linha de base podem apresentar melhor funcionalidade no futuro. Sendo assim, a aceitação pode ser uma variável preditora de maior funcionalidade, fato geralmente mais associado à funcionalidade geral e psicológica do que à funcionalidade física. Ainda sobre a aceitação ser uma variável preditora, Ding e Zheng (2022, p. 14) destacam:

“Não é uma surpresa, na medida em que há uma forte correlação entre aceitação e saúde mental ou emocional de um indivíduo, e alguns estudiosos argumentaram que a aceitação, sozinha, é uma variável preditora melhor de psicopatologia e bem-estar do que outras variáveis”.

Cabe destacar que os autores afirmam que a relação significativa entre aceitação e funcionalidade psicológica ocorre devido aos instrumentos de medição

⁶ Funcionalidade do paciente pode ser compreendida como maior independência do paciente na esfera física (i.e., deambulação, mobilidade, cuidados com o corpo e escalas de movimento) e psicossocial (i.e., interações sociais, estado de atenção, comunicação e comportamentos ligados às emoções; Ding & Zheng, 2022).

utilizados. Neste estudo, o instrumento utilizado foi o *Brief Pain Inventory* (BPI), no qual os autores constatarem que o instrumento possui sete áreas, incluindo funcionalidade física, emocional e social e que a área emocional está mais próxima do componente aceitação.

Outro estudo, de Stockton et al. (2019), quando manipulado o componente de aceitação em intervenções em ACT, apresentam efeitos na saúde mental, funcionalidade do paciente, qualidade de vida e mudanças de comportamento. O foco dado na funcionalidade e no funcionamento do paciente permite mensurar o quanto o indivíduo é capaz de se engajar em atividades e padrões de comportamento mais valiosos (ou, então, em direção à qualidade de vida), mesmo em situações de sofrimento e/ou de dor. Além disso, essa medida parece ser promissora, pois pode englobar outras variáveis que são afetadas pela aceitação (i.e. a intensidade da dor/sofrimento e interferência da dor/sofrimento), tendo como possibilidade a mensuração do impacto que diferentes estímulos aversivos têm na vida do indivíduo.

Os estudos de Barney et al. (2019) e de Frosthalm e Rask (2019) utilizaram medidas de resultados baseadas em sintomas especificados de algum transtorno (i.e., pontuações para transtorno alimentar ou síndrome somática funcional). Porém, apenas o estudo de Barney et al. (2019) encontrou pontuações menores quando a aceitação atuava como variável mediadora para menores resultados em 'psicopatologias', especificamente para transtorno alimentar. Já Frosthalm e Rask (2019) e Veehof et al. (2016) apenas descrevem a relação entre aceitação, treinos de *mindfulness* e exposição e seus efeitos na diminuição da intensidade e/ou interferência da dor nos sintomas da síndrome somática funcional. Estes dois últimos estudos (Frosthalm & Rask, 2019; Veehof et al., 2016) demonstraram uma relação entre aceitação e pontuações menores para sintomas específicos, identificando uma relação causal entre aceitação e seus efeitos nos resultados. O termo "causa" aqui é utilizado conforme a definição de Kazdin (2007), que explica qual variável ou intervenção é

responsável pelo resultado ou mudança. Apesar da relação causal ser descrita pelos autores, cabem alguns questionamentos, como: Quais procedimentos de aceitação compõem a intervenção baseada em *mindfulness* e aceitação? Desses procedimentos, qual é a relação estabelecida com os resultados? De que forma a aceitação é medida, para compreender o processo de mudança ao longo da aplicação da intervenção?

5.2.2 Desafios em medidas de processo e de resultado em aceitação

De acordo com Kazdin (2007), mediadores e mecanismos de mudança clínica são frequentemente discutidos em estudos da área. Entretanto, medidas validadas para avaliar os principais conceitos nem sempre são abordadas. O autor discorre que muitos mediadores e mecanismos de mudança clínica iniciam como conceitos amplos (e.g., mudanças em cognição), e que um passo seguinte seria a construção de medidas validadas que demonstram como esses conceitos amplos operam em psicoterapia, avaliando a relação causal entre as intervenções (i.e., tratamento) e seus resultados. As pesquisas clínicas que realizam análise de mediadores se utilizam de diferentes técnicas estatísticas para identificar variáveis que podem mediar os resultados, avaliando mudanças em determinada medida (e.g., pontuações em um questionário que mensure aceitação) e que explicam mudanças em outra medida (e.g., pontuações menores em algum questionário que avalia intensidade da dor) (Barnes-Holmes et al., 2016).

A análise estatística na avaliação de mediadores é comumente utilizada quando há maior dificuldade em conduzir análise funcional ou observação direta do comportamento. Dessa forma, as pesquisas clínicas se utilizam de medidas *proxy*, as quais são úteis quando apresentam validade interna e confiabilidade, demonstrando consistência conforme são utilizadas em diferentes momentos no percurso das intervenções. Além disso, as medidas *proxy* podem servir para prever

comportamentos de interesse. Entretanto, mesmo com todas as características fundamentais para serem classificadas como medidas psicométricas validadas, ainda assim, são medidas *proxy* e não são capazes de medir diretamente o comportamento de interesse (Barnes-Holmes et al., 2016).

Segundo Barnes-Holmes et al. (2016), os estudos em ACT com ensaios clínicos randomizados comumente utilizam medidas *proxy* para explicar como os resultados são mediados por flexibilidade psicológica e outros processos do modelo de FP. Apesar dessas medidas serem úteis, suscitam questionamentos sobre a distinção funcional dos termos de *nível intermediário* pertencentes ao hexaflex da ACT (e.g., quais os limites de um termo para outro, ou quando se sabe que um processo termina e outro inicia?). Além disso, os estudos de mediadores em ACT comumente resultam em uma única variável mediadora que é: flexibilidade psicológica. McLoughlin e Roche (2023, p. 943) abordam essa problemática da seguinte forma:

“A medida de flexibilidade psicológica mais popular na qual se baseia a grande maioria das pesquisas sobre processos em ACT é o ‘Acceptance and Action Questionnaire’ e sua versão revisada, o AAQ-II. Combinados, esses dois questionários foram citados mais de 6.500 vezes, até o momento da redação deste artigo. No entanto, apesar destas tentativas indubitavelmente honestas de medir a flexibilidade psicológica e testar os seus efeitos no interior da ACT, vários estudos sugeriram agora que o AAQ-II, em particular, pode simplesmente medir o traço emocional negativo/neuroticismo, ou algumas das suas facetas, como esquiva experiencial ou sofrimento, ou que o AAQ-II geralmente não prevê sintomas clínicos para além de tais fatores”.

Descrever flexibilidade psicológica como o processo principal em ACT e variável mediadora em mudanças clínicas pode ser um desafio na compreensão dos seis componentes que, separadamente, compõem a flexibilidade psicológica. Portanto,

avaliar como os componentes individualmente (e.g., aceitação) podem mediar resultados em psicoterapia, não deve conduzir a resultados generalizados em que a flexibilidade psicológica “como um todo” seja responsável pela mudança clínica. É útil, portanto, para ter maior precisão conceitual, separar os componentes e também avaliá-los de forma separada, explicando assim como e quais componentes individuais podem mediar resultados específicos, sem recorrer à explicação generalizada de flexibilidade psicológica, quando os seis componentes não são avaliados e medidos em uma mesma pesquisa (McLoughlin & Roche, 2023).

Por fim, um último ponto a ser destacado sobre as medidas de processo e de resultado se refere à variedade de termos distintos utilizados para mensurar aceitação. Por exemplo, a revisão de Barney et al. (2019) apresentou nomenclaturas para medir processos nas intervenções e/ou resultados como: *‘aceitação psicológica, abertura (do inglês ‘willingness’), aceitação afetiva, não-aceitação de emoções’* entre outros conceitos para se referir, possivelmente, ao mesmo componente e/ou processo. A utilização de diferentes *conceitos intermediários* pode se referir ao mesmo processo (e.g., aceitação, um dos componentes do modelo de FP), mas nem sempre são capazes de descrever se os diferentes conceitos também culminam em processos funcionais comuns. Diferentes autores já argumentaram que os *conceitos intermediários* e suas variações apresentam utilidade na prática clínica (Assaz, 2019; Barnes-Holmes et al., 2016; Hayes et al., 2021; Vandenberghe, 2011), auxiliando terapeutas a construírem uma prática alinhada com os objetivos de cada cliente. Porém, apesar de serem úteis à comunidade de terapeutas, a variedade de conceitos e suas lacunas teórico-conceituais podem afastar a prática clínica das pesquisas básicas e aplicadas e da tradição analítico-comportamental de operacionalizar conceitos psicológicos.

5.2.3 Conceitos intermediários: uma confusão conceitual?

Os desafios em medir a aceitação em psicoterapia por meio de medidas validadas pode estar relacionado aos problemas na definição dos *conceitos intermediários*. Barnes-Holmes et al. (2016) descrevem essa ‘*confusão conceitual*’ a partir do “*problema do procedimento-processo-resultado*” (p. 369). As Tabelas 6 e 7 desta *overview* buscaram apresentar os mecanismos envolvidos na aceitação e seus impactos na mudança clínica. Porém, basta observar os resultados apresentados e identificar que a aceitação aparece nas intervenções (nos ‘pacotes’ de tratamento em ACT) de dois modos: enquanto um *processo* da própria intervenção, por vezes descrito como sendo um processo funcional; e nos *resultados* das intervenções, quando maiores níveis de aceitação são medidos pós-intervenções. Colocando em outras palavras, poderia ser dito que ‘os *procedimentos de mindfulness, exposição e aceitação em ACT, foram utilizados para resultar em maior aceitação, por meio do processo de aceitação*’. Este tipo de afirmação recai em um raciocínio circular, que por vezes dificulta a compreensão do que é aceitação, de que forma é medida e como afeta resultados em psicoterapia (Assaz, 2018).

O raciocínio circular que envolve o “*problema do procedimento-processo-resultado*” é uma das dificuldades ao se utilizar de termos de *nível intermediário* e, de modo abrangente, na utilização de conceitos mentalistas na área da Psicologia. Assim como destacado por McLoughlin e Roche (2023), sobre a relevância de separar os componentes do modelo de FP especificando medidas para cada componente, separar o que é medido como resultado, de suas técnicas e procedimentos, pode ser uma alternativa na compreensão de cada componente (e.g., aceitação-procedimento que é diferente de aceitação-resultado). Tal separação pode auxiliar na resolução de lacunas que buscam identificar *quais* procedimentos produzem *quais* efeitos.

Contudo, apesar da tarefa de separação dos componentes do hexaflex, de suas técnicas ou procedimentos, e dos seus resultados, ainda assim, a análise de mediadores demonstraria as seguintes relações: (a) *conceitos intermediários*

associados a procedimentos e formas de aplicação ou (b) *conceitos intermediários* e sua relação com resultados. Isto é, ainda restaria a pergunta: “quais são os processos *funcionais* que controlam a aceitação e *como* eles ocorrem?”. Um exemplo dessa lacuna teórico-conceitual na compreensão da aceitação, enquanto um processo funcional, pôde ser visto no estudo de Perestrelo-Perez et al. (2017), que indaga se a melhora nas pontuações de ruminação ocorreu devido à alteração da relação que o paciente estabelece com o pensamento ou se devido à diminuição da intensidade ou frequência dos mesmos.

Vilardaga et al. (2009, p. 116) ressalta que os *conceitos intermediários* são:

“(a) baseados em um conjunto de análises funcionais, que são baseadas em princípios comportamentais, que são baseados em observações do comportamento” e “[...] (b) que precisam demonstrar utilidade na predição e influência”.

Entretanto, os resultados dessa pesquisa encontraram diversas perguntas e lacunas a respeito da associação entre aceitação e seu conjunto de análises funcionais baseadas em seus princípios comportamentais. Barnes-Holmes et al. (2016) argumenta que ao admitir que os *conceitos intermediários* não são funcionais, admite-se que o dilema é “*mais teórico do que prático*” (p. 377). Em vista disso, apesar de ser uma tarefa árdua na prática clínica e para terapeutas analítico-comportamentais, entrelaçar os *conceitos intermediários* com os princípios comportamentais e com a Teoria das Molduras Relacionais (RFT), pode ser um caminho que (re)articule o desenvolvimento de estratégias terapêuticas com maior precisão e profundidade (Assaz, 2019; Barnes-Holmes et al., 2016; Vilardaga et al., 2009).

5.2.4 Limitações dessa overview e novas perspectivas

O movimento histórico das terapias comportamentais surge com dois compromissos relevantes. Primeiro, produzir uma análise científica de problemas comportamentais relacionados à saúde e seus tratamentos e, segundo, de desenvolver intervenções específicas e empiricamente validadas para tais problemas (Hayes et al., 2006). Contudo, apesar desses dois compromissos, Hayes et al. (2006, p. 2) destaca:

“Muitos métodos de mudança nas terapias cognitivas e comportamentais contemporâneas estão ligados a teorias clínicas relativamente estreitas, e não a princípios básicos derivados da ‘teoria da aprendizagem operacionalmente definida’ ou mesmo de qualquer outra ciência básica. A falha em fornecer uma explicação básica adequada reduziu a progressividade científica das terapias comportamentais e cognitivas e a coerência geral dessa ciência”.

Em suma, os resultados dessa pesquisa indicam uma relação entre aceitação e variáveis de processos (i.e., flexibilidade psicológica, relação terapêutica e durabilidade da terapia) e variáveis de resultados (i.e., aceitação enquanto variável preditora de saúde mental, comportamentos relacionados à saúde e maior funcionalidade do paciente). Essa *overview* buscou responder as perguntas sobre 'o que ocorre' (e.g., quais intervenções e procedimentos produzem determinado resultado), e também perguntas 'por que ocorrem' (e.g., porque essas intervenções produzem esses resultados). Contudo, outras perguntas foram destacadas sobre os desafios teórico-conceituais envolvendo *conceitos intermediários*, os mecanismos de mudança envolvidos nos processos responsáveis pelos seus resultados, destacando a relevância das explicações analítico-funcionais (Assaz, 2018, 2019; Barnes-Holmes et al., 2016; Kazdin, 2007).

Aliados a estes questionamentos, limitações da presente pesquisa indicam a necessidade de fomentar estudos com foco na explicação de mecanismos (i.e.,

processos) na mudança clínica, sobretudo quando utilizado *conceitos intermediários*, os quais nem sempre são bem descritos e ameaçam sua utilidade pragmática na prática clínica. Sendo assim, serão apontadas algumas das limitações da presente pesquisa.

Em primeiro lugar, o processo de seleção, extração e análise de dados foi realizado sem um segundo revisor e, portanto, passível de viés. Contar com o suporte de outros pesquisadores experientes auxilia na qualidade do processo da revisão sistemática garantindo na elegibilidade, extração de dados e análise dos resultados, maior validade interna, minimizando o risco de erros.

Em segundo lugar, em relação aos critérios inclusão e de exclusão, foram utilizados nomes genéricos ou comerciais de psicoterapia (e.g. ACT). Li et al. (2019) ressalta que utilizar processos de mudança de intervenções de terceira onda nos campos de busca e não nomes de “*pacotes comerciais*” (p. 118) podem contribuir para a seleção de mais estudos em processos e mecanismos de mudança clínica, para além de modalidades específicas de psicoterapia. De qualquer modo, os resultados dessa pesquisa também extrapolaram os nomes de pacotes comerciais (e.g. ACT), na medida em que trouxe diferentes modalidades de psicoterapia de terceira onda na avaliação dos impactos da aceitação enquanto mecanismo de mudança comum entre as diferentes intervenções.

Em terceiro lugar, ainda sobre os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, a busca na literatura não ficou restrita à nenhuma população específica. Apesar da estratégia PICOD ter sido utilizada na construção do mecanismo de busca e nos campos de busca de diferentes bases de dados, ela não foi utilizada na construção dos critérios de inclusão e exclusão e, portanto, pode trazer consequências como uma ampla gama de impactos e efeitos clínicos da aceitação, sem necessariamente estar ligado às populações ou queixas específicas. Tais consequências podem ser inconsistentes com os próprios objetivos das pesquisas clínicas que analisam

mediadores e moderadores, na medida em que buscam restringir resultados específicos, para populações específicas (Kazdin, 2007; McLoughlin & Roche, 2023).

Por fim, apesar de Stockton et al. (2019) apontarem que o processo de aceitação do modelo de FP tenha sido amplamente discutido, esta *overview* demonstra que nem sempre os mecanismos de mudança clínica são descritos, bem como parece haver lacunas na construção de uma rede que abranja a pesquisa básica e aplicada ao processo e trabalho terapêutico. Barnes-Holmes et al. (2016) aponta que essa rede entre pesquisa básica e aplicada e o trabalho terapêutico é assimétrica, e buscar essa simetria na análise de *conceitos intermediários* pode ser uma “*ambição científica*” (p. 366) em direção a processos funcionais empiricamente testáveis. Nossa proposta é que essa pesquisa fomente novos estudos em direção a uma possível simetria.

Considerações finais

Este trabalho buscou, por meio da realização de uma *overview*, retratar um panorama na literatura dos últimos 10 anos sobre os impactos do componente de aceitação do modelo de FP, amplamente utilizado em diferentes modalidades de psicoterapia. Constatou-se aspectos que podem dificultar a realização de pesquisas, incluindo a terminologia adotada para descrever o que é um processo, a inconstância na definição do conceito de aceitação e a metodologia utilizada em diferentes estudos.

A falta de esclarecimento ou de definição de procedimentos, processos ou componentes do modelo de FP dificultaram a compreensão do conceito de aceitação. Por exemplo, em algumas pesquisas, a avaliação do componente de aceitação foi utilizada em conjunto com estratégias de *mindfulness*, dificultando a identificação se seriam funcionalmente distintos ou comuns. Como avaliar se o comportamento seria resultado de manipulação de contingências relacionadas ao processo de aceitação? Tal dificuldade corrobora para uma prática clínica distanciada de um embasamento teórico consistente e que subsidia a identificação de variáveis nas quais o comportamento é função.

Sendo assim, seria necessária a sistematização e definição do que é aceitação (i.e., conceito, procedimento, processo, resultado), para depois descrevê-la enquanto mecanismo de mudança clínica. Pretende-se que os dados obtidos no presente trabalho venham a contribuir para melhor explicitação e compreensão dos principais termos e conceitos utilizados na área (i.e., mediadores, moderadores, processos e mecanismos), sendo útil para pesquisadores e terapeutas na área da pesquisa clínica analítico-comportamental.

Apesar disso, o presente trabalho evidencia a necessidade de pesquisas teórico-conceituais que operacionalizam os componentes da aceitação no modelo de FP, sobretudo trazendo perspectivas da RFT. Acredita-se que a RFT e seu objeto de

estudo de relações simbólicas entre estímulos e de alteração da transformação de função podem contribuir na compreensão dos *conceitos intermediários*, amplamente difundidos pela ACT, aproximando a pesquisa básica, à aplicada e à intervenção clínica. Em última instância, a operacionalização do termo pode contribuir para o desenvolvimento de medidas capazes de avaliar o processo de aceitação em intervenções.

Finalmente, é notório que a busca por evidências é um caminho importante para o direcionamento de práticas terapêuticas e o presente estudo trouxe evidências acerca do uso da aceitação em intervenções enquanto um mecanismo significativo na mudança clínica, podendo contribuir para a qualidade de vida, diminuição de sintomas específicos e de comportamentos de caráter aversivo para o paciente (i.e., dor crônica, pensamentos ruminativos e intrusivos). Contudo, o risco de viés apresentado nos estudos individuais e nas revisões de literatura, bem como a não operacionalização do conceito aceitação traz impactos nas evidências e, como consequência disso, questiona-se a maneira pela qual essas evidências impactam no próprio trabalho terapêutico. Portanto, este trabalho pode contribuir explicitando as lacunas e limitações encontradas nas pesquisas clínicas, como pesquisas de processo-resultado, e na utilização de conceitos intermediários. Nesse sentido, cabe às pesquisas em Análise do Comportamento um compromisso com a realização de pesquisas de qualidade que auxiliam a subsidiar intervenções eficazes, avaliando criticamente as evidências que sustentam a prática clínica e as psicoterapias de terceira onda.

Referências⁷

- Abib, J. A. D. (1997). Saúde mental: esvaziamento de uma trama conceitual. *Psicologia em Estudo*, 2(1), p. 41-70.
- Accorsi, L. (2022). *Intervenções para promover empatia em profissionais da saúde: Uma overview de revisões sistemáticas*. [Dissertação, Universidade Estadual de Londrina]. Repositório Institucional - UEL.
<https://repositorio.uel.br/handle/123456789/9633>
- Araújo, W. C. O. (2020). Recuperação da Informação em saúde: Construção, modelos e estratégias. *ConCI: Convergências em Ciência da Informação*, 3(6), 100-134.
<https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>
- Assaz, D. A. (2019). *Desfusão cognitiva na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): O processo de mudança clínica*. [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24243.37920>
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. B. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: What are the basic processes of change? *The Psychological Record*, 68(4), 405-418. <https://doi.org/10.1007/s40732-017-0254-z>
- Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., & McHugh, L. (2004). Psychological acceptance: experimental analyses and theoretical interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 517-531.
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEntegart, C., Barnes-Holmes, D., & Foody, M. (2016). Scientific ambition: The relationship between relational frame theory and middle-level terms in acceptance and commitment therapy. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science*, (365-382). John Wiley & Sons.

⁷ As referências dos estudos incluídos na revisão estão destacados com *

<https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch18>

- *Barney, J. L., Murray, H. B., Manasse, S. M., Dochat, C., & Juarascio, A. S. (2019). Mechanisms and moderators in mindfulness- and acceptance-based treatments for binge eating spectrum disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 27(4), 352-380. <https://doi.org/10.1002/erv.2673>
- *Bourke, E., Barker, C., & Fornells-Ambrojo, M. (2021). Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 822-853. <https://doi.org/10.1111/papt.12330>
- *Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), e221. <https://doi.org/10.2196/jmir.6200>
- Cândido, G. V., & Ferreira, T. A. S. (2022). Terapia Analítico-Comportamental: reflexões sobre a sistematização de uma prática. *Acta Comportamental*, 30(1), 139-157. <https://revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/81396>
- Cochrane Library. (2024). *About Cochrane Reviews*. <https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-reviews/>
- *Ding, D., & Zheng, M. (2022). Associations Between Six Core Processes of Psychological Flexibility and Functioning for Chronic Pain Patients: A Three-Level Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 893150. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.893150>
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., Stanley, C., Law, S., & Thouraya, N. (2020). Is Acceptance and Commitment Training or Therapy (ACT) a Method that Applied Behavior Analysts Can and Should Use? *The Psychological Record*, 70, 559-579. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00436-9>

- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Ferreira, T. A. S. (2021). Evidências e processos na Terapia Contextual: integração e ruptura. In Oshiro, C. K. B & Ferreira, T. A. S. (Orgs.), *Terapias Contextuais Comportamentais: análise funcional e prática clínica* (pp. 344). Manole.
- *Frostholm, L., & Rask, C. U. (2019). Third wave treatments for functional somatic syndromes and health anxiety across the age span: A narrative review. *Clinical Psychology in Europe*, 1(1), 1-33. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.32217>
- Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na Análise do Comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luiza, & H. H. N. Santa'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em Análise do Comportamento e Cognição* (pp. 93-109). ESETec.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848>
- Guilhardi, H. J. (2012). *Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil*. <http://itrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf>
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the Verbal Support for Experiential Avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289-303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>
- Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S.C.; Strosahl, K. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Guildford Press.

- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180-198.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* (2nd Ed.), The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: O Processo e a Prática da Mudança Consciente*. Artmed.
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., Sahdra, B. (2022). Evolving an Idiomorphic Approach to Processes of Change: Towards a Unified Personalized Science of Human Improvement. *Behaviour Research and Therapy*.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry, 16*(3), 245-246.
<https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). Modern CBT: Moving Toward Process-Based Therapies. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 14*(2), 77-84.
<https://doi.org/10.5935/1808-5687.20180012>
- li, T., Sato, H., Watanabe, N., Kondo, M., Masuda, A., Hayes, S. C., & Akechi, T. (2019). Psychological flexibility-based interventions versus first-line psychosocial interventions for substance use disorders: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Contextual Behavioral Science, 13*, 109-120. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.003>
- Kazdin, A. E., Nock, M. K. (2003) Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(8), 1116-1129.

<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00195>

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy

Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>

Lasserson T. J., Thomas J., Higgins J. P. T. (2023) Chapter 1: Starting a review. In J.

P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler , M. Cumpston, Li T. ,Li M. J. Page, & V.

A. Welch (Eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*

version 6.4 (updated August 2023). Cochrane, 2023.

<https://www.training.cochrane.org/handbook>

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A.,

Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA

Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies

That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS*

Medicine 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>

MacKinnon, D. P., & Luecken, L. J. (2008). How and for whom? Mediation and

moderation in health psychology. *Health Psychology*, 27(8), 99-100.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2>

MacKinnon, D. P. (2012). *Introduction to Statistical Mediation Analysis* (1st Ed).

Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203809556Öst>

McLoughlin, S., & Roche, B. T. (2023). ACT: A Process-Based Therapy in Search of a

Process. *Behavior Therapy*, 54(6), 939-955.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.010>

Ost, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated

systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61,

105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

*Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y.

(2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive

- rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 282–295.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>
- *Roche, A. I., Kroska, E. B., & Denburg, N. L. (2019). Acceptance-and mindfulness-based interventions for health behavior change: Systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 74-93.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.002>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *British Medical Journal (Clinical Research ed.)*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Skinner, B. F. (1945). The Operational Analysis of Psychological Terms (H. J. Guilhardi & P. P. Queiroz, Trad.). *Psychological Review*, 52, 270-277.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- *Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the Underlying Mechanisms of Change During Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 332-362.
<https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos. *Boletim Contexto*, 34, 33-41.
- Vartanian, J. F. (2022). Efetividade de um pacote multicomponente de ensino em FAP sobre os comportamentos de terapeuta e cliente em sessão. [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/T.47.2022.tde-17012023->

123039

- *Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Villardaga, R., Hayes, S. C. & Levin, M. E. (2009). Creating a Strategy for Progress: A Contextual Behavioral Science Approach. *The Behavior Analyst*, 32(1), 105-133. <https://doi.org/10.1007/BF03392178>
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness-and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 239-260. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02024>

Anexos

Anexo A

Checklist AMSTAR-2

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?		
For Yes: <input type="checkbox"/> Population <input type="checkbox"/> Intervention <input type="checkbox"/> Comparator group <input type="checkbox"/> Outcome	Optional (recommended) <input type="checkbox"/> Timeframe for follow-up	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?		
For Partial Yes: The authors state that they had a written protocol or guide that included ALL the following: <input type="checkbox"/> review question(s) <input type="checkbox"/> a search strategy <input type="checkbox"/> inclusion/exclusion criteria <input type="checkbox"/> a risk of bias assessment	For Yes: As for partial yes, plus the protocol should be registered and should also have specified: <input type="checkbox"/> a meta-analysis/synthesis plan, if appropriate, <i>and</i> <input type="checkbox"/> a plan for investigating causes of heterogeneity <input type="checkbox"/> justification for any deviations from the protocol	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?		
For Yes, the review should satisfy ONE of the following: <input type="checkbox"/> <i>Explanation for including only RCTs</i> <input type="checkbox"/> OR <i>Explanation for including only NRSI</i> <input type="checkbox"/> OR <i>Explanation for including both RCTs and NRSI</i>		
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?		
For Partial Yes (all the following): <input type="checkbox"/> searched at least 2 databases (relevant to research question) <input type="checkbox"/> provided key word and/or search strategy <input type="checkbox"/> justified publication restrictions (e.g. language)	For Yes, should also have (all the following): <input type="checkbox"/> searched the reference lists / bibliographies of included studies <input type="checkbox"/> searched trial/study registries <input type="checkbox"/> included/consulted content experts in the field <input type="checkbox"/> where relevant, searched for grey literature <input type="checkbox"/> conducted search within 24 months of completion of the review	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?		
For Yes, either ONE of the following: <input type="checkbox"/> at least two reviewers independently agreed on selection of eligible studies and achieved consensus on which studies to include <input type="checkbox"/> OR two reviewers selected a sample of eligible studies <u>and</u> achieved good agreement (at least 80 percent), with the remainder selected by one reviewer.		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

<p>6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?</p>		
<p>For Yes, either ONE of the following:</p>		
<p><input type="checkbox"/> at least two reviewers achieved consensus on which data to extract from included studies</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><input type="checkbox"/> OR two reviewers extracted data from a sample of eligible studies and achieved good agreement (at least 80 percent), with the remainder extracted by one reviewer.</p>		
<p>7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?</p>		
<p>For Partial Yes:</p>		
<p><input type="checkbox"/> provided a list of all potentially relevant studies that were read in full-text form but excluded from the review</p>	<p>For Yes, must also have:</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No</p>
	<p><input type="checkbox"/> Justified the exclusion from the review of each potentially relevant study</p>	
<p>8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?</p>		
<p>For Partial Yes (ALL the following):</p>		
<p><input type="checkbox"/> described populations</p>	<p>For Yes, should also have ALL the following:</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><input type="checkbox"/> described interventions</p>	<p><input type="checkbox"/> described population in detail</p>	
<p><input type="checkbox"/> described comparators</p>	<p><input type="checkbox"/> described intervention in detail (including doses where relevant)</p>	
<p><input type="checkbox"/> described outcomes</p>	<p><input type="checkbox"/> described comparator in detail (including doses where relevant)</p>	
<p><input type="checkbox"/> described research designs</p>	<p><input type="checkbox"/> described study's setting</p>	
	<p><input type="checkbox"/> timeframe for follow-up</p>	
<p>9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?</p>		
<p>RCTs</p>		
<p>For Partial Yes, must have assessed RoB from:</p>		
<p><input type="checkbox"/> unconcealed allocation, and</p>	<p>For Yes, must also have assessed RoB from:</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Includes only NRSI</p>
<p><input type="checkbox"/> lack of blinding of patients and assessors when assessing outcomes (unnecessary for objective outcomes such as all-cause mortality)</p>	<p><input type="checkbox"/> allocation sequence that was not truly random, and</p>	
	<p><input type="checkbox"/> selection of the reported result from among multiple measurements or analyses of a specified outcome</p>	
<p>NRSI</p>		
<p>For Partial Yes, must have assessed RoB:</p>		
<p><input type="checkbox"/> from confounding, and</p>	<p>For Yes, must also have assessed RoB:</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Includes only RCTs</p>
<p><input type="checkbox"/> from selection bias</p>	<p><input type="checkbox"/> methods used to ascertain exposures and outcomes, and</p>	
	<p><input type="checkbox"/> selection of the reported result from among multiple measurements or analyses of a specified outcome</p>	
<p>10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?</p>		
<p>For Yes</p>		
<p><input type="checkbox"/> Must have reported on the sources of funding for individual studies include in the review. Note: Reporting that the reviewers looked for this information but it was not reported by study authors also qualifies</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>

<p>11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?</p>	
<p>RCTs For Yes:</p> <p><input type="checkbox"/> The authors justified combining the data in a meta-analysis</p> <p><input type="checkbox"/> AND they used an appropriate weighted technique to combine study results and adjusted for heterogeneity if present.</p> <p><input type="checkbox"/> AND investigated the causes of any heterogeneity</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No meta-analysis conducted</p>
<p>For NRSI For Yes:</p> <p><input type="checkbox"/> The authors justified combining the data in a meta-analysis</p> <p><input type="checkbox"/> AND they used an appropriate weighted technique to combine study results, adjusting for heterogeneity if present</p> <p><input type="checkbox"/> AND they statistically combined effect estimates from NRSI that were adjusted for confounding, rather than combining raw data, or justified combining raw data when adjusted effect estimates were not available</p> <p><input type="checkbox"/> AND they reported separate summary estimates for RCTs and NRSI separately when both were included in the review</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No meta-analysis conducted</p>
<p>12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?</p>	
<p>For Yes:</p> <p><input type="checkbox"/> included only low risk of bias RCTs</p> <p><input type="checkbox"/> OR, if the pooled estimate was based on RCTs and/or NRSI at variable RoB, the authors performed analyses to investigate possible impact of RoB on summary estimates of effect.</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No meta-analysis conducted</p>
<p>13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?</p>	
<p>For Yes:</p> <p><input type="checkbox"/> included only low risk of bias RCTs</p> <p><input type="checkbox"/> OR, if RCTs with moderate or high RoB, or NRSI were included the review provided a discussion of the likely impact of RoB on the results</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?</p>	
<p>For Yes:</p> <p><input type="checkbox"/> There was no significant heterogeneity in the results</p> <p><input type="checkbox"/> OR if heterogeneity was present the authors performed an investigation of sources of any heterogeneity in the results and discussed the impact of this on the results of the review</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?</p>	
<p>For Yes:</p> <p><input type="checkbox"/> performed graphical or statistical tests for publication bias and discussed the likelihood and magnitude of impact of publication bias</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No meta-analysis conducted</p>

<p>16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?</p>	
<p>For Yes:</p> <p><input type="checkbox"/> The authors reported no competing interests OR</p> <p><input type="checkbox"/> The authors described their funding sources and how they managed potential conflicts of interest</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

Anexo B

Avaliação de domínios críticos do AMSTAR-2

Box 1: AMSTAR 2 critical domains

- Protocol registered before commencement of the review (item 2)
- Adequacy of the literature search (item 4)
- Justification for excluding individual studies (item 7)
- Risk of bias from individual studies being included in the review (item 9)
- Appropriateness of meta-analytical methods (item 11)
- Consideration of risk of bias when interpreting the results of the review (item 13)
- Assessment of presence and likely impact of publication bias (item 15)

Anexo C

Categorização do grau de confiabilidade das revisões pelo AMSTAR-2

Box 2: Rating overall confidence in the results of the review

- **High**
- *No or one non-critical weakness*: the systematic review provides an accurate and comprehensive summary of the results of the available studies that address the question of interest
- **Moderate**
- *More than one non-critical weakness**: the systematic review has more than one weakness but no critical flaws. It may provide an accurate summary of the results of the available studies that were included in the review
- **Low**
- *One critical flaw with or without non-critical weaknesses*: the review has a critical flaw and may not provide an accurate and comprehensive summary of the available studies that address the question of interest
- **Critically low**
- *More than one critical flaw with or without non-critical weaknesses*: the review has more than one critical flaw and should not be relied on to provide an accurate and comprehensive summary of the available studies

*Multiple non-critical weaknesses may diminish confidence in the review and it may be appropriate to move the overall appraisal down from moderate to low confidence.

Apêndices

Apêndice A

Protocolo de Identificação dos Artigos Científicos em Bases de Dados Bibliográficas.

Este protocolo tem como intuito orientar o leitor nas etapas necessárias para a busca de artigos científicos em bases de dados bibliográficas utilizadas nesta *overview*. O presente protocolo é uma adaptação do Protocolo de Identificação apresentado por Accorsi (2022). A seguir, será descrito: a) uma apresentação breve das bases de dados utilizadas nesta *overview*, b) as etapas para realização do acesso remoto a partir do Portal de Periódicos da CAPES, por meio do acesso restrito em cada base de dados e, por fim, c) instruções específicas para o uso de cada base de dados, a partir do Portal de Periódicos da CAPES.

a) Apresentação das bases de dados utilizadas nesta *overview*:

Medline - Base de dados desenvolvida pelo *National Library of Medicine (NLM)*, mantida pelo *National Center for Biotechnology Information (NCBI)* e componente do PubMed. Essa base de dados engloba temas da área da biomedicina e saúde, das Ciências Comportamentais, Química, bioengenharia relacionado à saúde, pesquisas clínicas, saúde pública, políticas em saúde ou atividades de educação relacionadas (https://www-nlm-nih.ez78.periodicos.capes.gov.br/medline/medline_overview.html).

PubMed - Base de dados desenvolvida pela *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*, nos Estados Unidos, e localizada no *National Institute of Health (NIH)*. Tem como objetivo dar suporte às pesquisas do campo biomédico e da literatura relacionada às Ciências da Saúde, ambos com o intuito de promover melhores resultados em saúde (<https://pubmed-ncbi-nlm-nih.ez78.periodicos.capes.gov.br/about/>).

PsycINFO (APA) - Base de dados desenvolvida e mantida pela *American Psychological Association (APA)*, organizando e divulgando pesquisas relacionadas a área da Psicologia e disciplinas correlacionadas (<https://www.apa.org/>).

SCOPUS - Base de dados da Elsevier, traz informações para pesquisadores e profissionais da saúde com o intuito de promover avanços na ciência e melhorias em resultados em saúde (<https://www-elsevier-com.ez78.periodicos.capes.gov.br/about>).

b) Etapas para realização do acesso remoto ao Portal de Periódico da CAPES via Rede Comunidade Acadêmica Federada (CAFe):

1. Acessar o endereço: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ezl.periodicos.capes.gov.br>.
2. Clicar no item “Acesso CAFe”, localizado no canto esquerdo superior da tela.
3. A página será direcionada para a escolha de uma instituição - escolha o nome da instituição no campo de busca indicado (i.e., UEL - Universidade Estadual de Londrina).
4. Clique em “Enviar”.
5. Na próxima tela, inserir o seu “Login” e “Senha” nos campos indicados.
6. Clique em “Login”.
7. Ao final dessas etapas, você será redirecionado para a página inicial (item 1) e no canto superior esquerdo encontrará “Você está acessando este portal por: *nome da instituição*”.

c) Uso de cada base de dados, a partir do Portal de Periódicos da CAPES:

c.1) MEDLINE

● **No Portal de Periódicos da CAPES:**

1. Agora logado pela sua instituição, na página inicial do Portal de Periódicos da CAPES coloque o cursor em cima de “Acervo” encontrado na parte superior da página e selecione “Lista de Bases e Coleções”.
2. No item selecionado como “Busca por título”, digite o nome da base de dados: PubMed.

3. Clique em “Enviar”.
4. Selecione o segundo item, o hiperlink “MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine)”.
5. Você será redirecionado para a página da base de dados Medline.

- **Na base de dados MEDLINE:**

6. Digitar no campo de busca a estratégia de busca (certifique-se de que abaixo do campo de busca está escrito “Advanced”):

(behavior therapy OR clinical psychology OR clinical psychologist) AND (intervention OR training OR clinical methods training) AND (acceptance OR acceptance and commitment therapy OR ACT) AND (systematic review OR overview).

7. Clicar em “Search”.
8. No menu lateral contendo filtros de busca, retire todos os itens previamente selecionados.
9. No menu lateral contendo filtros de busca selecionar os itens: “free full text”; “full text”; “review”; “systematic review”; “10 years”; “english”; “portuguese”
10. A página carregará a quantidade final de artigos.

c.2) APA PsycNet

- **No Portal de Periódicos da CAPES:**

1. Agora logado pela sua instituição, na página inicial do Portal de Periódicos da CAPES coloque o cursor em cima de “Acervo” na parte superior da página e selecione “Lista de Bases e Coleções”.
2. No item selecionado como “Busca por título”, digite o nome da base de dados: PsycInfo (APA).
3. Clique em “Enviar”.
4. Selecione o primeiro item, o hiperlink “PsycINFO (APA)”.

5. Você será redirecionado para a página da base de dados da PsycINFO (APA).

- **Na base de dados PsycINFO (APA):**

6. No canto superior esquerdo, colocar o cursor em cima do item “Search”.

7. Clique em “Advanced Search”.

8. Digitar no campo de busca a estratégia de busca

(behavior therapy OR clinical psychology OR clinical psychologist) AND (intervention OR training OR clinical methods training) AND (acceptance OR acceptance and commitment therapy OR ACT) AND (systematic review OR overview).

9. Abaixo, selecione o item “Open Access”.

10. Abaixo, no item “Date”, selecione o item em que é possível digitar as datas e digite “2012 to 2022”.

11. Clicar em “Search”, que está localizado acima do item “Date”.

12. No menu lateral contendo filtros de busca, clique no item “Methodology”.

13. No item “Methodology”, selecione “Meta-analysis”.

14. A página será recarregada, retorne ao item “Methodology”.

15. No item “Methodology”, selecione “Systematic Review”.

16. A página carregará a quantidade final de artigos.

c.3) PubMed

- **No Portal de Periódicos da CAPES:**

1. Agora logado pela sua instituição, na página inicial do Portal de Periódicos da CAPES coloque o cursor em cima de “Acervo” na parte superior da página e selecione “Lista de Bases e Coleções”.

2. No item selecionado como “Busca por título”, digite o nome da base de dados: PubMed.

3. Clique em “Enviar”.

4. Selecione o segundo item, o hiperlink “PubMed Central: PMC”.
5. Você será redirecionado para a página da base de dados PubMed.

- **Na base de dados PubMed (via National Library of Medicine):**

6. Digitar no campo de busca a estratégia de busca (certifique-se de que abaixo do campo de busca está escrito “Advanced”):

(behavior therapy OR clinical psychology OR clinical psychologist) AND (intervention OR training OR clinical methods training) AND (acceptance OR acceptance and commitment therapy OR ACT) AND (systematic review OR overview).

7. Clicar em “Search”.
8. No menu lateral contendo filtros de busca, retire todos os itens previamente selecionados no item “Clear all”.
9. No menu lateral contendo filtros de busca selecionar os itens: “free full text”; “full text”; “review”; “systematic review”; “10 years”; “humans”; “english”; “portuguese”.
10. A página carregará a quantidade final de artigos para essa base de dados.

c.4) Scopus

- **No Portal de Periódicos da CAPES:**

1. Agora logado pela sua instituição, na página inicial do Portal de Periódicos da CAPES coloque o cursor em cima de “Acervo” na parte superior da página e selecione “Lista de Bases e Coleções”.
2. No item selecionado como “Busca por título”, digite o nome da base de dados: Scopus.
3. Clique em “Enviar”.
4. Selecione o item com hiperlink “SCOPUS (Elsevier)”.
5. Você será redirecionado para a página da base de dados Scopus.

- **Na base de dados SCOPUS:**

6. Clicar em “Advanced Search”, ao lado do campo de busca.

7. Digitar no campo de busca a estratégia de busca:

(behavior therapy OR clinical psychology OR clinical psychologist) AND (intervention OR training OR clinical methods training) AND (acceptance OR acceptance and commitment therapy OR ACT) AND (systematic review OR overview).

8. Clicar em “Search”.

9. No menu lateral contendo filtros de busca, no campo “Year” digitar “2012 - 2022”.

10. No menu lateral contendo filtros de busca, no campo “Document Type” selecione o item “Review” e clique em “Limit to”.

11. No menu lateral contendo filtros de busca, no campo “Language” selecione os itens “English” e “Portugueses” e clique no item “Limit to”.

12. No menu lateral contendo filtros de busca, no campo “Open Access” selecione o item “All open access” e clique no item “Limit to”.

13. A página carregará a quantidade final de artigos para essa base de dados.

Para baixar os artigos encontradas em cada base de dados para o software de gerenciamento de referências Zotero®, o leitor poderá utilizar do site oficial do software de gerenciamento (<https://www.zotero.org/support/>), onde encontrará descrito diferentes documentos que explicam desde sua instalação, a organização da biblioteca pessoal, a utilização de referências e citações vinculadas ao Zotero® , entre outras informações úteis no manuseio do sistema.

Ao final das buscas em cada base de dados, preencha a seguinte tabela, contendo a quantidade de artigos encontrados:

Tabela A*Número de artigos para cada base de dados*

Base de dados	Quantidade de artigos encontrados
Medline	
PubMed	
PsycINFO	
Scopus	
<i>Total</i>	

Apêndice B**Tabela B***Quantidade de estudos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão*

Base de dados	Quantidade inicial de artigos	Após critério de Exclusão A	Após Critério de Exclusão B	Após Critério de Exclusão C
Medline	69	8	9	2
PubMed	398	33	34	12
PsycINFO	27	13	10	7
Scopus	218	23	21	6
<i>Total</i>	<i>712</i>	<i>77</i>	<i>74</i>	<i>quantidade final de artigos = 27</i>

Apêndice C

Tabela C

Identificação e referência dos artigos selecionados

Id	Referências
1	Norton, A. R., Abbott, M. J., Norberg, M. M., & Hunt, C. (2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. <i>Journal of Clinical Psychology, 71</i> (4), 283–301. https://doi.org/10.1002/jclp.22144
2	Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D. M., Davies, P., Moore, T. H. M., Furukawa, T. A., & Churchill, R. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews, 10</i> . https://doi.org/10.1002/14651858.CD008696 .
3	Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Affective Disorders, 260</i> , 728–737. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040
4	Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. <i>Mindfulness, 10</i> , 979–995. https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6
5	Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: A transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. <i>Behavior Therapy, 52</i> , 492–507. https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.002
6	Godfrey, K. M., Gallo, L. C., & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Behavioral Medicine, 38</i> , 348–362. https://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5
7	Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology, 17</i> , 282–295. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004
8	Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>British Journal of Clinical Psychology, 51</i> , 239–260. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02024 .
9	Ii, T., Sato, H., Watanabe, N., Kondo, M., Masuda, A., Hayes, S. C., & Akechi, T. (2019). Psychological flexibility-based interventions versus first-line psychosocial interventions for substance use disorders: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. <i>Journal of Contextual Behavioral Science, 13</i> , 109–120. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.003

-
- 10 Haller, H., Breilmann, P., Schröter, M., Dobos, G., & Cramer, H. (2021). A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Scientific Reports*, *11*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-99882-w>
-
- 11 Nowak, I., Sabariego, C., Świtaj, P., & Anczewska, M. (2016). Disability and recovery in schizophrenia: A systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry*, *16*. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0912-8>
-
- 12 Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *18*(8). <https://doi.org/10.2196/jmir.6200>
-
- 13 Perlini, C., Donisi, V., & Del Piccolo, L. (2020). From research to clinical practice: A systematic review of the implementation of psychological interventions for chronic headache in adults. *BMC Health Services Research*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05172-y>
-
- 14 Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the Underlying Mechanisms of Change During Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *47*(3), 332–362. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>
-
- 15 Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Treatment: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(1). <https://doi.org/10.2196/12530>
-
- 16 Barney, J. L., Murray, H. B., Manasse, S. M., Dochat, C., & Juarascio, A. S. (2019). Mechanisms and moderators in mindfulness- and acceptance-based treatments for binge eating spectrum disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, *27*(4), 352–380. <https://doi.org/10.1002/erv.2673>
-
- 17 Imai, H., Tajika, A., Chen, P., Pompoli, A., & Furukawa, T. A. (2016). Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* *2016*(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011170.pub2>
-
- 18 Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, *40*, 91-110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
-
- 19 Chua, J. Y. X., & Shorey, S. (2022). The Effect of Mindfulness-Based and Acceptance Commitment Therapy-Based Interventions to Improve the Mental Well-Being Among Parents of Children with Developmental Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *52*(6), 2770-2783.
-

<https://doi.org/10.1007/s10803-021-04893-1>

- 20 Han, A., & Kim, T. H. (2022). The Effects of Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy on Process Measures: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8).
<https://doi.org/10.2196/39182>
- 21 Brown, E., Shrestha, M., & Gray, R. (2021). The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(3), 324–336. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0948>
- 22 Roche, A. I., Kroska, E. B., & Denburg, N. L. (2019). Acceptance- and mindfulness-based interventions for health behavior change: Systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 74–93. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.002>
- 23 Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- 24 Ding, D., & Zheng, M. (2022). Associations Between Six Core Processes of Psychological Flexibility and Functioning for Chronic Pain Patients: A Three-Level Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.893150>
- 25 Bourke, E., Barker, C., & Fornells-Ambrojo, M. (2021). Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 822–853. <https://doi.org/10.1111>
- 26 Cavicchioli, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2018). The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *European Addiction Research*, 24(3), 137–162.
<https://doi.org/10.1159/000490762>
- 27 Frosthalm, L., & Rask, C. U. (2019). Third wave treatments for functional somatic syndromes and health anxiety across the age span: A narrative review. *Clinical Psychology in Europe*, 1(1).
<https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.32217>
- 28 Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

Apêndice D

Protocolo para Realização da Extração de Dados de Cada Estudo

Após a seleção dos artigos (Apêndices A e B), a extração de dados foi realizada a partir de tabelas com o intuito de mapear as principais informações de cada estudo. Cada item nas tabelas I e II foram elaborados a partir da própria leitura dos artigos, no qual encontrava-se um padrão das informações apresentadas, na medida em que os estudos são caracterizados como revisão sistemática de literatura. Dessa forma, o revisor deverá ler cada estudo e encontrar as informações, preenchendo as tabelas conforme as orientações descritas em cada coluna abaixo:

Tabela D

Critérios de elegibilidade utilizados em cada revisão sistemática - instruções

Base de dados: <i>Preencher com o nome da base de dados</i>					
Referência	Objetivo do estudo	Siglas	Base de dados utilizadas	Estratégias de busca	Quantidade de estudos na revisão
<i>Preencher com a referência do estudo</i>	<i>Identificar o objetivo do estudo (se apresentado, objetivos secundários também).</i>	<i>Apresentar as principais siglas utilizadas no estudo (i. e., nomes de terapias, instrumentos relevantes, rótulos diagnósticos, padrões de comportamento, entre outras).</i>	<i>Identificar as bases de dados utilizadas em cada estudo.</i>	<i>Preencher os critérios, conforme apresentado nos estudos: Critérios de inclusão; Critérios de exclusão; Mecanismo de busca.</i>	<i>Identificar a quantidade final de estudos analisados.</i>

Tabela E*Descrição do delineamento, intervenções, variáveis relevantes e principais resultados - instruções*

Base de dados: Medline								
Id	PICOD	Quantidade e de estudos e amostra	Delineamentos	Tipos de intervenções abordadas (Variáveis Independentes - VIs)	Avaliação do Terapeuta (VI)	Variáveis Dependentes (VDs)	Viés (Bias)	Principais Resultados
<i>Identificar o estudo com o "Id" de sua referência (Apêndice B).</i>	<i>Preencher o PICOD: P: População; I: Intervenção(ões); C: Controle; O: Resultados; D: Delineamentos.</i>	<i>Identificar e preencher: Quantidade de estudos incluídos na revisão; Tamanho da amostra.</i>	<i>Identificar os delineamentos utilizados (se mais de um, descrever cada um e, se possível, a quantidade de estudos para cada delineamento)</i>	<i>Descrever cada intervenção abordada e, se possível, a quantidade de estudos que se utilizavam da mesma intervenção. Caso o estudo apresente mais informações (i. e., número de sessões, tempo de cada sessão, modalidade presencial ou online, entre outros), acrescentar</i>	<i>Caso o estudo apresente variáveis que descrevem o comportamento do terapeuta ou outras variáveis dos sujeitos que aplicam as intervenções, descrever nesta coluna.</i>	<i>Identificar as variáveis dependentes do estudo. Para auxiliar o leitor, as revisões sistemáticas geralmente apresentam estas variáveis nos resultados ("outcomes") e são utilizados instrumentos para medir os resultados. O leitor também pode ser direcionado com a seguinte pergunta: A</i>	<i>Descrever o risco de viés de cada estudo (revisão) e, caso apresentado pelo estudo, especificar diferentes domínios de viés.</i>	<i>Descrever os principais resultados deste estudo, resumidamente (podendo ser em formato de texto ou em tópicos).</i>

				<i>nesta coluna.</i>		<i>manipulação das variáveis independentes deveriam afetar quais comportamentos?</i>		
--	--	--	--	----------------------	--	--	--	--

Principais resultados:

*Neste item, elaborar um resumo com os principais resultados de **todos os estudos da base de dados**, com o intuito de sistematizar as principais informações em formato de texto, relacionando os principais resultados encontrados com os objetivos dessa overview.*

Apêndice E

Avaliação dos nove estudos finais para essa *overview*

Tabela 4

Critérios de elegibilidade dos nove estudos finais

Referência	Objetivo do estudo	Siglas	Base de dados	Estratégias de busca	Quantidade de estudos
Barney, J. L., Murray, H. B., Manasse, S. M., Dochat, C., & Juarascio, A. S. (2019). Mechanisms and moderators in mindfulness- and acceptance-based treatments for binge eating spectrum disorders: A systematic review. <i>European Eating Disorders Review</i> , 27(4), 352-380. https://doi.org/10.1002/erv.2673	Examinar resultados de estudos com intervenções de MABT para BN e BED, com o intuito de: (1) Determinar quantos estudos abordaram mecanismos de ação e resultados moderadores de tratamentos; (2) Identificar quais mecanismos e moderadores (caso tenha algum) emergem; (3) Descrever se mecanismos de ação significativos encontrados são consistentes com os mecanismos constatados pelas	<ul style="list-style-type: none"> • BN: bulimia nervosa; • BED: binge-eating disorder; • MABT: mindfulness- and acceptance-based psychotherapies; • ACT: Acceptance and Commitment Therapy; • ABBT: Acceptance Based Behavioral Treatment; • ABGT: Acceptance Based Group Treatment; • DBT: Dialectical Behavioral Therapy; • DBTgsh: Dialectical Behavioral Therapy Guided Self Help; • MBCT: Mindfulness Based Cognitive 	PsycInfo e Google Scholar.	<p><i>Inclusão:</i> (1) estudos que testassem ao menos uma MABT para o tratamento de BN ou BED; (2) utilizar um delineamento experimental; (3) incluir mais de um participante com diagnóstico de BN ou BED baseado no DSM-IV/V, ou pacientes que continham alguma patologia alimentar clinicamente significativa de BN ou BED (i.e. indivíduos que não atendiam os critérios do DSM-IV/V, devido à compulsão alimentar se apresentar menos de duas vezes por semana ou apenas experienciando compulsões classificadas como episódios subjetivos de compulsão, porém com ocorrência de ao menos uma vez nos últimos 28 dias); (4) amostra com apenas adultos.</p> <p><i>Exclusão:</i> Não especificado.</p> <p><i>Mecanismo de Busca:</i> Foram utilizados termos relacionados aos comportamentos caracterizados como 'transtorno alimentar' (ED) (e.g. "acceptance" e "binge*"). Termos para ACT incluíram: 'acceptance', 'acceptance-based</p>	39

	MABTs; (4) Sugerir recomendações para pesquisas futuras de investigação em MABTs para BN e BED.	<ul style="list-style-type: none"> therapy; ● MACBT: Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy; ● MB-EAT: Mindfulness-Based Eating Awareness Training; ● MMEG: Mindfulness Moderate Eating Group; ● CBT: Cognitive behavioral Therapy. 		therapy', 'acceptance and commitment therapy', e 'acceptance-based intervention'. Termos para DBT incluíram: 'dialectical behavior therapy', e 'DBT'. Termos para MBI incluíram: 'mindfulness', 'meditation', 'mindfulness-based intervention', 'mindfulness-based therapy', e 'mindful eating'. Termos para transtorno alimentar incluíram: binge*, binge eat*, binge eating disorder*, bulimi*, bulimia nervosa, eating disorder*, e eating pathology.	
Bourke, E., Barker, C., & Fornells-Ambrojo, M. (2021). Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i> , 94(3), 822-853. https://doi.org/10.1111	Investigar a associação (ou a relação) entre aliança terapêutica e processos da psicoterapia, bem como investigar os resultados da terapia para psicose. Um último objetivo seria de conduzir a primeira meta-análise da associação entre aliança terapêutica e medidas de recuperação.	<ul style="list-style-type: none"> ● TA: Therapeutic Alliance; ● CBTp: Behavior Therapy for psychosis; 	PubMed; PsycInfo; EMBASE e outras buscas manuais, como: lista de referências de artigos elegíveis; replicando a busca realizada por Martin et al. (2000).	<i>Inclusão:</i> (1) participantes como usuários do serviço com diagnóstico de psicose afetiva ou não afetiva; (2) terapia psicológica de qualquer modalidade e formato; (3) uma medida quantitativa de TA, seja avaliada pelo cliente, pelo clínico ou pelo observador; (4) uma medida quantitativa do processo ou resultado da terapia; (5) avaliação da TA durante a terapia, bem como o resultado em um momento da linha de base (T1) e novamente em um momento posterior (T2). Era necessário que T2 ocorresse após a avaliação da aliança, mas isso poderia ocorrer durante a terapia, no final da terapia ou em um período de acompanhamento pré-especificado após o término da terapia; e (6) um resumo de artigo/conferência acadêmica publicado em	24 (13 para meta-análise)

periódico revisado por pares ou projeto de tese não publicado. Originalmente, havia um critério de inclusão adicional relativo à idade dos participantes (ou seja, 16 anos ou mais); no entanto, isto foi removido porque a pesquisa sistemática não identificou estudos que cumprissem todos os outros critérios de elegibilidade e incluíssem uma amostra de crianças.

Exclusão: Se utilizassem a adesão à medicação como sua única medida de resultado.

Mecanismos de busca: Termos em material suplementar A, porém não encontrado no próprio artigo.

<p>Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of Medical</i></p>	<p>Avaliar a efetividade da ACT, realizada via internet, para tratamentos de CMDs ("common mental disorder") e na avaliação do bem-estar.</p> <p>Enquanto objetivos específicos: (1) Identificar RCTs de intervenções realizadas via internet</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ACBS: Association for Contextual Behavioral Science; ● ACT: Acceptance and commitment therapy; ● CMD: common mental disorder; ● CBT: cognitive behavior therapy. 	<p>Medline Complete (interface EBSCO), PsycInfo (interface EBSCO), lista de intervenções em ACT computadorizadas encontradas no site da</p>	<p><i>Inclusão:</i> (1) Publicação em um periódico com idioma em inglês, revisada por pares; (2) Intervenção baseada em ACT; (3) RCTs (alocação aleatória de participantes por braço da intervenção e grupo controle ou intervenção e tratamento ativo); (4) Intervenção realizada via internet; (5) Intervenção foi elaborada para ser acessada mais de uma vez; (6) Intervenção foi projetada para manejar uma CMD ou melhorar o bem-estar e; (7) O estudo deve reportar uma medida de efetividade da intervenção (i.e. medidas de resultados pré e pós tratamento) para habilitar o cálculo do tamanho do efeito.</p>	10
---	---	---	---	--	----

<p><i>Internet Research, 18(8).</i> https://doi.org/10.2196/jmir.6200</p>	<p>que se utilizaram da ACT enquanto a intervenção principal, para o tratamento de uma CMD ou melhoria de bem-estar em qualquer população. (2) Avaliar e sintetizar as evidências de efetividade para depressão, ansiedade e qualidade de vida. (3) Relatar taxas de adesão ao protocolo do estudo, calculadas como uma porcentagem daqueles randomizados para a intervenção e concluídos após a avaliação.</p>		<p>ACBS para acessar a literatura cinza e lista de referências.</p>	<p><i>Exclusão:</i> (1) Participantes com menos de 18 anos de idade; (2) Reanálise de dados de uma subamostra de uma RCT previamente publicada. <i>Mecanismos de Busca:</i> O artigo especifica que há arquivo multimídia em formato PNG, mas não foi possível acessá-lo.</p>	
<p>Ding, D., & Zheng, M. (2022). Associations Between Six Core Processes of Psychological Flexibility and Functioning for Chronic Pain Patients: A Three-</p>	<p>Relacionar os seis processos do modelo de flexibilidade psicológica com funcionalidade/função do paciente. Objetivo secundário: (1) Avaliar se a força dessas associações é</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ACT: Terapia de Aceitação e Compromisso. 	<p>PsycInfo; PubMed; CINAHL; Web of Science) e listas de referência.</p>	<p><i>Inclusão:</i> (a) pacientes com dor crônica e fibromialgia; (b) uma dos seis processos centrais de FP foi medido, bem como funcionalidade (psicológica e/ou física) nos pacientes; (c) a relação entre os processos de FP e funcionalidade foram descritos pelo Coeficiente de Correlação de Pearson (r). <i>Exclusão:</i> (a) Revisões, meta-análises e artigos teóricos; (b) Sem coeficiente de Correlação de</p>	<p>36</p>

<p>Level Meta-Analysis. <i>Frontiers in Psychiatry</i>, 13. https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.893150</p>	<p>influenciada por diferentes domínios de funcionalidade, tipo de medida, idade da amostra, país e a proporção de pacientes femininos.</p>		<p>Pearson (r).</p> <p><i>Estratégia de busca:</i> [(Acceptance Questionnaire) OR (Valued Living Questionnaire) OR (Chronic Pain Values Inventory) OR (Valuing Questionnaire) OR (Personal Values Questionnaire) OR (Mindful Attention Awareness Scale) OR (Mindfulness) OR (Avoidance and Fusion Questionnaire) OR (Thought Suppression Inventory) OR (Automatic Thought Questionnaire) OR (present moment) OR (committed action) OR (self-as-context) OR (cognitive defusion) OR (psychological inflexibility) OR (psychological flexibility)] AND (functioning OR dysfunction OR (pain disability) OR (pain interference))] AND [(chronic pain) OR fibromyalgia)</p>	
<p>Frostholm, L., & Rask, C. U. (2019). Third wave treatments for functional somatic syndromes and health anxiety across the age span: A narrative review. <i>Clinical Psychology in Europe</i>, 1(1). https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.32217</p>	<p>Realizar uma revisão narrativa sobre a aplicação de terapias baseadas em mindfulness (MBT) e da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em amostras de crianças e adultos com "functional disorder" (FD). OBS: FD foi descrito</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● MBT: Mindfulness-based Therapies; ● ACT: Acceptance and Commitment Therapy; ● FD: Functional Disorders; ● HA: Health Anxiety; ● FSS: Bodily distress; ● EUC: (Enhanced Usual Care); 	<p>PubMed, Web of Science, Lista de referências.</p> <p><i>Inclusão:</i> (a) Publicações contendo resultados e efeitos das terapias ACT ou MBT para ansiedade e diferentes doenças somáticas (FDs) - realizados no base de dados PubMed; (b) Idioma inglês; (c) Para estudos com amostras com adultos, a busca foi destinada à revisões sistemáticas, bem como uma busca nas listas de referências para possíveis artigos elegíveis; (d) Utilização do Web of Science para encontrar artigos adicionais; (e) Apenas RCTs com 50 ou mais pacientes; (f) Nenhuma restrição ao tipo de delineamento, devido ao número pequeno de estudos encontrados.</p>	<p>25</p>

	<p>no artigo como: <i>"Functional disorders (FD) can be defined as conditions where the individual's experiences of physical symptoms cause excessive discomfort and/or worry and where no adequate organ pathology in terms of conventional medical disease can be determined to explain the symptoms (Fink & Rosendal, 2015)"</i> (p. 2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IBS: Irritable bowel syndrome 		<p><i>Exclusão:</i> (a) estudos que não continham uma parte substancial da população com condição de dor idiopática ou funcional; (b) Programas de autoajuda online sem o contato com um terapeuta.</p> <p><i>Mecanismo de busca:</i> using the terms 'Third wave' or 'Mindfulness-based stress reduction' or 'Mindfulness-based cognitive therapy' or 'MBCT' or 'MBSR' or 'Acceptance and Commitment Therapy' or 'Mindfulness' combined with 'Chronic Pain' or 'Fibromyalgia' or 'Fatigue Syndrome' or 'Irritable Bowel Syndrome' or 'Abdominal Pain' or 'Functional Gastrointestinal Disorders' or 'Somatoform Disorders' or 'Health anxiety' or 'Hypochondriasis' or 'Illness anxiety disorder' or 'Somatic symptom disorder' - Para amostras com crianças e adolescentes, os termos acima foram combinados junto com 'child' ou 'adolescent' ou 'youth' ou 'paediatrics' ou 'minor' ou 'juvenile' ou 'teen'.</p>	
<p>Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of</p>	<p>Avaliar os efeitos de intervenções baseadas em mindfulness e/ou processos de aceitação de pensamentos ruminativos, em pacientes com</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy; • MBY: Mindfulness-based Yoga 	<p>Medline, Embase, Cochrane Central, PsycInfo e Cinahl</p>	<p><i>Inclusão:</i> (a) Idioma em inglês ou espanhol; (b) RCTs ou ensaios clínicos pseudo-randomizados (pRCT); (c) participantes eram pacientes com histórico de ao menos um episódio de Transtorno Depressivo Maior (Major Depressive Episode - MDE); (d) as intervenções deveriam testar a eficácia de alguma técnica ou Terapia Comportamental baseada em</p>	<p>11</p>

depressive
rumination:
depressão.
Systematic review
and meta-analysis.
*International Journal
of Clinical and
Health Psychology*,
17, 282-295.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>

Mindfulness-Aceitação (e.g. desfusão cognitiva, elucidação de valores), que foram amplamente reconhecidas na literatura pela sua eficácia enquanto estratégias e técnicas de aceitação e mindfulness; (e) o comparador seria tratamento como usual (TAU) ou outra intervenção ativa para o tratamento de depressão; (f) estudos precisavam conter ao menos uma medida validada de pensamentos ruminativos, enquanto medida de resultados.

Exclusão: (a) estudos de revisões de literatura, (b) editoriais, (c) não-randomizados, (d) sem controle ou observacionais, (e) estudos de caso e série de casos, (f) estudos que repetiam análise de dados já disponíveis nos estudos incluídos anteriormente, (g) estudos em outros idiomas que não em inglês ou espanhol.

Estratégia de busca: ([acceptance and commitment therapy] OR [acceptance-based behavior therapy] OR [acceptance-based strategies] OR [acceptancebased treatments] OR [acceptance-based interventions] OR [acceptance-based therapies] OR [acceptance-based approaches] OR [ACT] OR [mindfulness] OR [mindfulnessbased strategies] OR [mindfulness-based treatments] OR [mindfulness-based interventions] OR [mindfulness-based therapies] OR [mindfulness-based approaches] OR [MBCT] OR [MBSR] OR [third wave therapies] OR [third wave of CBT]).

<p>Roche, A. I., Kroska, E. B., & Denburg, N. L. (2019). Acceptance- and mindfulness-based interventions for health behavior change: Systematic reviews and meta-analyses. <i>Journal of Contextual Behavioral Science</i>, 13, 74-93. Scopus. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.002</p>	<p>Sintetizar quantitativamente a literatura existente, comparando as intervenções baseadas em aceitação e mindfulness com grupo controle, para resultados de: a) cessação de fumar; b) perda de peso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ACT: Acceptance and Commitment Therapy; ● MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction; ● MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy; ● CBT: Cognitive Behavioral Therapy; ● FAP: Functional Analytic Psychotherapy; ● NRT: Nicotine Replacement Therapy; ● ITT: Intention to Treat. ● MB-EAT: Mindfulness-Based Eating Awareness Training; ● MEAL: Mindful Eating And Living. 	<p>PubMed; CINAHL (EBSCO); PsycINFO; e ProQuest Dissertations and Theses.</p>	<p><i>Inclusão:</i> (a) ser um RCT; (b) incluir uma intervenção baseada na aceitação ou mindfulness em comparação com um controle; (c) incluir alteração no peso/IMC ou abstinência do tabagismo como resultado; (d) ter pelo menos uma medida pré e pós-intervenção; (e) publicação revisada por pares, dissertação de doutorado ou estar registrada em ClinicalTrials.gov; (f) idioma em inglês.</p>	<p>17 cessação de fumar; 31 perda de peso.</p>
				<p><i>Exclusão:</i> (a) se o estudo fosse direcionado a um grupo com um diagnóstico médico específico diferente de obesidade, diabetes ou doença cardiovascular (condições médicas razoavelmente associadas às variáveis de resultado); (b) se foi direcionado a um grupo com um diagnóstico psicológico específico (por exemplo, uso de substâncias, consumo excessivo de álcool, deficiência intelectual, dor crônica, depressão ou ansiedade elevada, patologia alimentar específica - isso incluiu estudos focados principalmente em pacientes com sintomas elevados de TCAP, mesmo que subliminar); (c) se foi direcionado a mulheres grávidas; (d) se direcionado a pacientes pós-cirurgia bariátrica; (e) se foi baseado em laboratório ou experimental, em vez de intervenções aplicadas; (f) se avaliaram outras intervenções de meditação (por exemplo, ioga, tai chi, quigong, meditação transcendental, treinamento integrativo corpo-mente, caminhada budista); (g) se foi direcionado à</p>	

crianças/adolescentes; (h) se era mestrado ou tese da área da medicina; (i) se a intervenção não foi enquadrada como uma tentativa de parar de fumar (no caso dos estudos de cessação do tabagismo).

Mecanismo de Busca: PubMed:

((Dialectical[Title/Abstract] OR Mindfulness[Title/Abstract] OR Meditation[Title/Abstract] OR acceptance[Title/Abstract] OR MBSR[Title/Abstract] OR MBCT[Title/Abstract] OR DBT[Title/Abstract]) AND (smoking[Title/Abstract] OR smoke[Title/Abstract] OR smoker[Title/Abstract] OR smokers[Title/Abstract] OR nicotine[Title/Abstract] OR exercise[Title/Abstract] OR tobacco[Title/Abstract] OR weight[Title/Abstract] OR obesity[Title/Abstract] OR cigarette[Title/Abstract] OR cigarettes[Title/Abstract] OR body mass index[Title/Abstract] OR BMI[Title/Abstract])) OR (("Smoking Cessation"[Mesh] OR "Smoking"[Mesh] OR "Tobacco Products"[Mesh] OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] AND "Weight Loss"[Mesh] OR "Obesity"[Mesh] OR "Body Mass Index"[Mesh] OR "Body Weight"[Mesh]) AND ("Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR "Meditation"[Mesh] OR "Mindfulness"[Mesh])))

<p>Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the Underlying Mechanisms of Change During Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i>, 47(3), 332–362. https://doi.org/10.1017/S1352465818000553</p>	<p>Investigar os mecanismos pelos quais a ACT propõe mudanças na prática clínica. Para tanto, os objetivos específicos foram:</p> <p>(1) Sistemáticamente localizar e relatar os principais estudos de mediação em ACT;</p> <p>(2) Sintetizar os resultados de cada estudo, considerando as evidências de cada processo;</p> <p>(3) Avaliar se métodos estatísticos modernos estavam sendo utilizados;</p> <p>(4) Avaliar a qualidade metodológica de evidências contemporâneas sobre mediação,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ACT: Acceptance and Commitment Therapy; • CBT: Cognitive behavioral therapy; • CT: Cognitive Therapy. 	<p>PsychINFO, Medline, e Web of Science.</p>	<p>AND (randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR placebo[tiab] OR “clinical trials as topic”[MeSH Terms:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[tij]) AND English[lang].</p> <p><i>Inclusão:</i> (1) ensaios clínicos comparando a ACT com diferentes formas de tratamentos ativos (e.g. CBT ou psicoeducação); (2) análise de dados inclui a exploração da interação entre o tipo de intervenção e variáveis mediadoras; (3) aplicação de procedimentos de análise de mediadores; (4) estudos publicados entre 2006-2015.</p> <p><i>Exclusão:</i> (1) ensaios clínicos comparando a ACT com grupos WLC; (2) ensaios clínicos em que os dois braços não são completamente distintos (e.g. comparar a ACT com ACT + psicoeducação, ou comparar psicoeducação com psicoeducação + ACT); (3) estudos utilizando de intervenções de múltiplas abordagens teóricas (e.g. intervenções com componentes da ACT e terapias focadas em compaixão); (4) teses não publicadas em periódicos revisado por pares; (5) artigos publicados em outros idiomas que não o inglês.</p> <p><i>Mecanismo de busca:</i> ‘acceptance and commitment therapy’ ‘mediat*’ OR ‘mechanis*’.</p>	<p>12</p>
--	---	---	--	--	-----------

considerando se houve as melhorias sugeridas por Hayes et. al. (2006a).

<p>Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i>, 45(1), 5-31. https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724</p>	<p>Avaliar a efetividade de tratamentos baseados em aceitação e mindfulness para pacientes com dor crônica em RCTs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ACT: acceptance and commitment therapy; ● CBT: cognitive behavioural therapy; ● FSMT: four step mindfulness-based therapy; ● MBCT: mindfulness-based cognitive therapy; ● MBPM: mindfulness-based pain management; ● MBSR: mindfulness-based stress reduction; ● MDT: multidisciplinary treatment. 	<p>PubMed; EMBASE; PsycInfo; Cochrane Central Register of Controlled Trials e listas de referência.</p>	<p><i>nclusão:</i> (a) relataram a eficácia de um programa padronizado de tratamento baseado na aceitação (ACT) ou mindfulness (MBSR/MBCT) em pacientes com dor crônica ou condições relacionadas à dor crônica; (b) ser um RCT; (c) trabalhos publicados ou não publicados, como dissertações.</p> <p><i>Exclusão:</i> (a) se mindfulness ou aceitação fossem apenas uma das modalidades, dentre as diferentes modalidades oferecidas simultaneamente para o grupo de tratamento; (b) a intervenção consistiu de um tratamento de uma única sessão; (c) caso dados insuficientes fossem reportados para calcular a média estritamente padronizada ("standardized mean differences" - SMDs); (d) ausência de medidas de resultados (como de dor, depressão, ansiedade, interferência da dor, incapacidade ["disability"] ou qualidade de vida).</p> <p>Estratégia de busca: 'mindfulness' or 'vipassana' or 'meditation' or 'mindfulness-based stress reduction' or 'MBSR' or 'mindfulness-based cognitive therapy' or 'MBCT'</p>	<p>28</p>
--	---	--	---	---	-----------

or 'acceptance-based' or 'acceptance based' or 'acceptance and commitment', em combinação com 'chronic pain' or specific chronic pain conditions including 'fibromyalgia' or 'chronic low back pain' or 'whiplash associated disorder' or 'WAD' or 'repetitive strain injury' or 'RSI' or 'dystrophy'. Estes termos foram utilizados na última revisão realizada pelos autores (Veehof et al., 2011). Os novos termos acrescentados para esta revisão foram: 'complaints arm neck shoulder' or 'CANS' 'complex regional pain syndrome' or 'CRPS'.

Tabela 5

Descrição do delineamento, intervenções, variáveis relevantes e principais resultadas dos nove estudos finais

Ref.	PICOD	Estudos e amostra (n)	Delineamentos	Intervenções (VIs)	Avaliação do terapeuta (VI)	Variáveis Dependentes	Risco de viés
Barney, J. L., Murray, H. B., Manasse, S. M., Dochat, C., & Juarascio, A. S. (2019). Mechanisms and moderators in mindfulness- and acceptance-based treatments for binge eating spectrum disorders: A systematic review. <i>European Eating Disorders Review</i> , 27(4), 352-380. https://doi.org/10.1002/erv.2673	P: Adultos com BD e BEN; I: MABTs; C: Não especificado; O: Variáveis de processos (das intervenções em MBI; D: RCT, NRCT, delineamentos pré e pós teste.	39 estudos; 02 - 71 participantes.	RCTs, NRCTs e delineamentos pré e pós-teste.	Estudos baseados em ACT (7), DBT (22) e MBCT (10). ACT: Realizado de modo individual e em grupo; utilização de um protocolo face-à-face; via internet com o apoio de feedbacks de um terapeuta. DBT: Realizado de modo individual e em grupo; com suporte via ligação telefônica; utilização de manuais CBTgsh (Cognitive Behavioral Therapy Guided Self Help); manuais de autoajuda incluindo in orientações pessoais. MBCT: Realizado em grupo; práticas guiadas em casa por 4 semanas. Em geral, todas as	Não especificado.	Variáveis de processos nos estudos (p. 26-39): - ACT: Body-Image Specific Psychological Flexibility; Cognitive Acceptance; Psychological Flexibility; General Psychological Flexibility; Affective Acceptance; Willingness; Cognitive Defusion; Psychological Acceptance; Emotion Regulation; Willingness to consume a "forbidden" food; Dysfunctional Thinking; Emotion Regulation; Non-acceptance of Emotions; Difficulties Engaging in GoalDirected	O risco de viés foi avaliado de acordo com o Cochrane handbook (Higgins & Green, 2008), porém não foram especificados cada item (p. 5).

intervenções tiveram duração de 4 semanas até no máximo 1 ano, ou contabilizando em quantidade de sessões, de 10 até no máximo 24 sessões.

Behavior; Impulse Control; Emotional Awareness; Access to Emotional Regulation Strategies; Emotional Clarity; General Acceptance of Internal Experiences; Food-Specific Acceptance of Internal Experiences; Negative Urgency.

- DBT:
General Emotion Regulation Ability; Ability to Regulate Emotions via Cognitive Strategies; Ability to Regulate Emotions via Behavioral Strategies; Non-acceptance of emotions; Difficulties Engaging in GoalDirected Behavior; Impulse Control; Emotional Awareness; Access to Emotional Regulation Strategies; Emotional Clarity; Urges to Eat in

Response to Emotions; Drive for Thinness; Body Dissatisfaction; Ineffectiveness; Perfectionism; Interpersonal Distrust; Interoceptive Awareness; ED Specific Cognitions; Interoceptive Sessions Awareness; Drive for Thinness; Interpersonal Distrust; Emotion Regulation through Cognitive Reappraisal; Emotion Regulation through Expressive Suppression.

- MBCT:
Observing Skills;
Nonjudgmental Acceptance; Belief that eating helps manage negative affect; Belief that eating leads to feeling out of control; Belief that eating alleviates boredom; Cognitive Fusion with Undesired

Thoughts about
Food Cravings; Body
Image Shame; Body-
Image Specific
Psychological
Flexibility; Trait
Mindfulness; Self-
Compassion;
Compassion toward
Others; Sense of
Personal
Inadequacy; Self-
Hatred in Response
to Setbacks; Self-
Reassurance in
Response to
Setbacks; Sense of
control while eating;
Sense of
mindfulness while
eating; Interoceptive
Awareness;
Frequency of
Meditation Practice;
Awareness of
Internal Experiences;
Disinhibition;
Cognitive Restraint;
Psychological
Flexibility; Body
Image Specific
Cognitive Fusion;
Engagement in
Values-Driven
Behavior; External
Shame; Self-
Criticism; Self-

Compassion;
 Describing skills;
 Acting with
 Awareness skills;
 Non-Judgmental
 Action skills; Non-
 Reactivity to Internal
 Experience skills;
 Perceived control
 over eating;
 Overeating in
 response to
 emotions;
 Mindfulness.

Principais resultados

Esta revisão, apresenta melhorias desde o pré até o pós-tratamento na utilização de MABTs para BN e BED, com relação aos mecanismos de ação encontrados em cada intervenção e que são consistentes com suas respectivas abordagens teóricas. Contudo, as conclusões para descrever se essas mudanças ocorrem conforme a teoria, são limitadas, devido ao uso de métodos de mediação inadequados ou abaixo do padrão, ferramentas de medição inconsistentes entre diferentes estudos e o uso pouco frequente de avaliações realizadas em diferentes momentos no decorrer do tratamento (p. 10, 19).

Os 02 estudos de intervenções baseadas em ACT, que se utilizaram de análise formal ou "proxy" de mediadores, encontraram que melhorias em FP estão associadas à melhoria em sintomas de ED (Eating Disorder). Já para as análises pré-pós tratamento em DBT, indicaram melhorias em mecanismos de ação hipotéticos como habilidades de regulação emocional, controle de impulsos e aceitação de emoções negativas. Similarmente, as avaliações pré-pós tratamento em MBIs, indicaram melhorias em mecanismos de ação hipotéticos como habilidades em mindfulness e de consciência/percepção ("awareness"), auto aceitação não-julgamentosa, auto-eficácia enquanto ocorre a alimentação (p. 10).

Com relação à análise de moderadores, os poucos estudos que relataram análise ou previsão de moderadores demonstraram respostas inconsistentes ao tratamento e faltaram comparações apropriadas de grupo controle. Além disso, a maioria dos estudos focaram na eficácia do tratamento como objetivo principal e, portanto, a avaliação e análise de mediadores e moderadores ficou em segundo plano. Por fim, muitos dos estudos ainda se utilizavam de métodos que pouco avaliavam uma precedência temporal de diferentes variáveis de processo durante o tratamento, indicando assim, pouca precedência causal (p. 10).

Especificamente sobre o processo de aceitação, um dos estudos (Juarascio, Shaw, et al., 2013) encontrou que a abertura/disposição ("willingness") para experienciar sofrimento mediou os efeitos do tratamento em condições globais de transtornos em ED na amostra de pacientes internados, de tal modo que a abertura ("willingness") estava relacionada a melhorias no tratamento baseado em ACT.

Em outras condições, a abertura era significativamente capaz de prever pontuações menores ao final do tratamento, para transtornos em ED. Contudo, nesse estudo dos mesmos autores, nenhum outro resultado examinado foi mediado por outra variável de processo (p. 6).

<p>Bourke, E., Barker, C., & Fornells-Ambrojo, M. (2021). Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i>, 94(3), 822-853. https://doi.org/10.1111</p>	<p>P: Pacientes com diagnóstico de psicose (amostra predominante masculina, de 42,9% a 90,4%), com idade média de 33,6 anos). Alguns estudos continham participantes com apenas "non-affective psychosis", enquanto outros continham participantes com comorbidades ; I: Apesar de existirem diferentes modalidades de psicoterapias avaliadas, a</p>	<p>24 estudos; 1.656 participantes (14 - 207).</p>	<p>Não especificado.</p>	<p>Psicoterapias individuais (18), em grupo (5) e combinadas individual e em grupo (1). Modalidades de psicoterapia: CBTp (7), CBT or another psychological therapy (3), Cognitive remediation Therapy (3), Individual Psychotherapy (2), Motivational Interviewing plus CBT (2), ACT (1), CBT for weight loss (1), Compensatory cognitive training (1), Treatment adherence therapy (combination of behavioural techniques and motivational interviewing techniques) (1), individual resiliency training (1), Family Intervention (1), Healthy Lifestyles intervention (CBT and contingent reinforcement techniques) (1).</p>	<p>Este é o objetivo do estudo, que foi avaliado na coluna ao lado dos principais resultados.</p>	<p>- Aliança Terapêutica ("Therapeutic Alliance") medido por meio do engajamento (enquanto uma variável de processo) é descrito como o comparecimento nas sessões ou o tempo destinado para praticar as tarefas da terapia (p. 838). - Sintomas psiquiátricos globais - Sintomas psicóticos - Outras medidas de resultados são: depressão, insight, autoestima, recuperação em saúde mental, uso de substâncias, funcionamento global, funcionamento social, saúde cognitiva e física, e (re)hospitalização).</p>	<p>Três pontos são ressaltados pelos autores: (1) Apenas 4, dos 24 estudos, foram destinados para avaliar a relação entre TA e seus resultados (outcomes). Sendo assim, há um risco de alguns estudos não terem detectado essa relação específica. (2) As conclusões desta revisão podem não ser representativas do serviço direcionado aos usuários e que correm o</p>
--	---	--	--------------------------	--	---	---	--

intervenção ou variável principal em análise foi a Aliança Terapêutica (TA). Das modalidades: Psicoterapias individuais (18), em grupo (5) e combinadas individual e em grupo (1). Modalidades de psicoterapia: CBTp (7), CBT or another psychological therapy (3), Cognitive remediation Therapy (3), Individual Psychotherapy (2), Motivational Interviewing plus CBT (2), ACT (1), CBT for weight loss (1), Compensatory cognitive

risco de obter os piores resultados terapêuticos (i.e., usuários que experienciam um serviço ruim e, portanto, desistem da terapia). Portanto, a natureza da pergunta dessa revisão e as estratégias de análise utilizadas, podem ter introduzido um risco de atrito. (3) Por fim, dos estudos avaliados, é possível identificar um risco de viés, pois apenas 02 estudos reportaram associação significativa entre a análise do terapeuta sobre a

training (1),
Treatment
adherence
therapy
(combination
of behavioural
techniques
and
motivational
interviewing
techniques)
(1), individual
resiliency
training (1),
Family
Intervention
(1), Healthy
Lifestyles
intervention
(CBT and
contingent
reinforcement
techniques)
(1).

C: Pré/pós-
intervenção
("two-time
points")

O: De modo
geral, as
medidas
principais:
Engajamento
na
psicoterapia

aliança
terapêutica e
uma mudança
em sintomas
(globais e
psicóticos),
mas as
medidas
utilizadas para
tal avaliação
passaram por
um critério e
julgamento
subjetivo, bem
como
utilizaram-se
de medidas
não validadas.

("[...] as a process variable engagement" e descrito como comparecimento e participação nas sessões, ou tempo utilizado para praticar das tarefas da terapia [p. 838]);
Sintomas psiquiátricos globais;
Sintomas Psicóticos
(outras medidas de resultados são:
depressão, insight, autoestima, recuperação em saúde mental, uso de substâncias, funcionamento global, funcionamento social,

saúde cognitiva e física, e (re)hospitalização).

D: Não especificado.

Principais resultados

De modo geral, as meta-análises evidenciaram que o tamanho do efeito para a associação entre TA e engajamento do cliente na terapia foi *moderado* quando a aliança foi avaliada pelo cliente e também pelo terapeuta. A associação com a mudança na sintomatologia global também foi *moderada* nas perspectivas do terapeuta e cliente. Já, foi considerada na faixa de *pequeno a moderado* para TA e as mudanças nos sintomas psicóticos. Esses dados sugerem que, nas atuais meta-análises, 3–9% da variação na mudança dos sintomas ao longo da psicoterapia poderia ser atribuída à TA durante esse processo. Estas conclusões sobre a proporção de variação explicada pela TA devem ser vistas com cautela, pois representam resultados de meta-análises "correlacionais bivariadas" (p. 843), ou seja, as conclusões não indicam, necessariamente, um caminho causal nem levam em conta qualquer efeito de terceira variável.

O estudo avaliou 03 possíveis fatores moderadores na associação entre TA (e o engajamento na psicoterapia), com seus efeitos/resultados na psicose (sem avaliação estatística).

(1) Duração da terapia (efeito moderador), (2) acompanhamento e avaliação de *follow-up*: É possível que um período mais longo e duradouro de construção de vínculo pode ser necessário antes dos usuários relatarem experiências como paranoia, ilusões ou a escuta de vozes, para ser discutido abertamente esses conteúdos e possibilitar mudanças duradouras. Além disso, o tempo também pode ser um *confounder* da relação entre TA e resultados (*outcome*). De qualquer forma, pode ser que, independente da força da aliança terapêutica, pode haver uma associação entre o tempo de avaliação do *follow-up* e uma melhora nos sintomas psicóticos - mas esta é uma limitação desta revisão.

- Dessa forma, cabe inferir que na medida em que um vínculo é construído entre terapeuta-paciente, há maior probabilidade de "abertura" por parte do paciente ao trazer eventos específicos relacionados à psicose sendo interpretado, portanto, como parte do processo de *aceitação* do modelo de FP. Contudo, não é possível avaliar se relatar experiências sobre a psicose, ao longo do tempo, também é possibilitado por um outro processo: desfusão cognitiva. Este estudo não apresenta resultados suficientes para essa análise.

(3) Modalidade da psicoterapia: Não foi possível detectar algum padrão com relação aos efeitos moderadores da modalidade da terapia para a TA-resultado (*outcome*), principalmente devido ao pequeno número de estudos. Apenas a psicoterapia individual foi relacionada de maneira significativa com melhores resultados, mas isto foi relatado em apenas 01 dos estudos. A partir deste único estudo, é possível que a TA tenha uma papel importante em modelar o engajamento na terapia em CBTp, mas pesquisas futuras precisam ser realizadas para confirmar este dado.

<p>Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of Medical Internet Research</i>, 18(8). https://doi.org/10.2196/jmir.6200</p>	<p>P: Adultos, com mais de 18 anos (sem nenhuma especificação de diagnóstico); I: Intervenções baseadas em ACT via internet; C: Não especificado; O: CMD ou melhorar bem-estar/qualidade de vida; D: RCTs</p>	<p>10 estudos; 3.213 participantes.</p>	<p>RCTs</p>	<p>08 Intervenções identificadas: - Depressionshjälpen - webQuit.org - ACT - Living to the Full - Living with pain - The Good Life compass - ACT-CL - Uma intervenção sem nome</p> <p>Todas as intervenções descreveram a utilização dos princípios da ACT, incluindo módulos que atendessem aos 06 processos do modelo de FP. Todos os estudos incluíram mindfulness, exercícios experienciais ou metáforas e 04 estudos incluíram um plano de manutenção para a participação dos participantes. 02 estudos se utilizaram dos 04 processos centrais, 03 estudos utilizaram de 03 processos e apenas 01 estudo se utilizou de 02 processos (a referência de cada estudo pode ser encontrada na página 05 deste artigo). Os</p>	<p>O terapeuta foi avaliado quanto à presença, quantidade, formação e forma de contato.</p> <p>03 intervenções eram automatizadas, então não haviam guias ou terapeutas envolvidos na entrega do programa. O restante das intervenções (07), eram guiadas (terapeutas ou coach auxiliavam e davam suporte durante a entrega da intervenção. 07 intervenções guiadas se utilizaram de guias que,</p>	<p>05 intervenções foram projetadas para manejar a redução dos sintomas depressivos, no qual 01 teve como foco a depressão de uma população de fumantes; 01 teve como foco estresse psicológico; 01 de bem-estar; 02 para dor crônica e; 01 para zumbido no ouvido. Todos se utilizaram de medidas pré e pós tratamento para CMD, ansiedade ou depressão (p. 4).</p> <p>Medidas de resultados foram: Depressão; ansiedade. Medidas secundárias: Qualidade de vida e estresse psicológico; saúde em geral; checklist de sintomas. Medidas específicas relacionadas à ACT e o modelo de FP: esquivia experiencial</p>	<p><i>"The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias was applied. A total of 6 risk domains were evaluated. Each domain generated a level of risk: low, high, and unclear, from which an overall level of bias was determined for each RCT" (p. 3). [...] Risk of bias assessment concluded that the majority of studies had a low or unclear risk of bias and thus there is potential for future studies to ensure that they continue to report in line with Cochrane recommendati</i></p>
---	---	---	-------------	---	---	---	--

<p>estudos das intervenções em ACT-CL foram descritas como intervenções protótipo para explorar a viabilidade e a aceitação.</p>	<p>combinados, eram psicólogos treinados e estudantes de psicologia (2) ou apenas estudantes de psicologia (5).</p>	<p>e inflexibilidade psicológica - AIS; aceitação e ação - AAQ-II; mindfulness - FFMQ, "Engaged living scale - ELS"; e "ACT knowledge questionnaire".</p>	<p><i>ons to ensure the availability of best quality evidence". (p. 9)</i></p>
<p>A duração das intervenções em ACT variaram entre 3 a 12 semanas (M=7.4, SD=3.06) e tiveram entre 2 a 9 módulos (M=6.4, SD= 2.5) (p. 5).</p>	<p>Os guias ofereciam suporte de inúmeras formas, como</p>		
<p>Características do sistema: lembretes via email (4), tarefas (6), lembretes via telefone (3), feedback personalizado de cada tarefa (5), opção de personalizar a página inicial (1), realização das tarefas em formato sequencial (8) e liberdade do participante escolher a ordem de realização de cada módulo (1)</p>	<p>via mensagens seguras ou feedback através do sistema (5), feedback via e-mail (2) e comunicação verbal pelo telefone (3). Dessas, 01 era para fornecer apoio e orientação e 02 serviam como lembretes para concluir o próximo</p>		

módulo do programa. Todos os contatos eram feitos de forma assíncrona. Um total de 06 estudos identificaram a quantidade de terapeutas envolvidos nas intervenções em ACT, a média foi de 2 à 18 profissionais.

Nenhuma análise foi feita sobre os impactos da presença do terapeuta, enquanto guia ou suporte.

Principais resultados

Os resultados indicaram que as intervenções em ACT via internet são efetivas para o manejo e tratamento de depressão (tamanho do efeito pequeno, quando controle era WLC ou controle ativo) e ansiedade (que se aproximou do limite para um tamanho de efeito pequeno). Uma possível explicação sobre os efeitos pequenos para ansiedade é de que nenhuma intervenção foi delineada para o tratamento de ansiedade e, portanto, ansiedade era uma medida secundária dos efeitos das intervenções. Além disso, quando os escores pré-tratamento para ansiedade eram pequenos, isso limitou uma potencial melhora. Por fim, apenas 7 RCTs incluíram uma medida de resultado que pudesse ser calculada no tamanho do efeito para ansiedade.

Não foram encontradas evidências, nesse estudo, sobre a eficácia da ACT via internet para melhorar a qualidade de vida e devido à

falta de evidências, não foi possível calcular os efeitos de follow-up. Contudo, assim como ocorreu com os resultados para ansiedade, nenhuma intervenção teve como alvo a melhora na qualidade de vida, sendo esta apenas uma medida secundária. Outros 02 estudos não incluíram medidas de resultado que pudessem ser incluídos nos cálculos para meta-análise.

Enquanto medidas específicas da ACT e de acordo com Flexibilidade Psicológica, um dos estudos (Jones et. al., 2015) reportou melhora significativa na abertura (ou aceitação, do inglês, "*willingness*" para experienciar gatilhos físicos e emocionais. (Observação: o estudo de Jones et. al. tem como alvo a intervenção em ACT, via internet, para fumantes com sintomas depressivos e com a intenção de parar) (p. 09).

Lappalainen et. al. (2014; 2015) encontrou resultados positivos quanto o desenvolvimento das habilidades em mindfulness e flexibilidade psicológica nas experiências face-a-face e via internet (os mesmos resultados são indicados por Pots et al. (2016), com exceção das habilidades em mindfulness.

Já Levin et. al. (2016; 2016) encontrou apenas resultados positivos com relação a compreensão do que seria a ACT, sem efeitos significativos nos instrumentos FFMQ e AAQ-II.

Por fim, Trompeter et al. (2015) reportou melhorias de 3 a 6 meses de follow-up. Esses dados, mesmo heterogêneos, indicam melhorias em Flexibilidade Psicológica pela ACT.

Com relação à aderência, calculado como uma porcentagem daqueles randomizados para a intervenção e que concluíram a pós-avaliação, foi calculada como sendo maior que os índices para intervenções em CBT (p. 8). Os dados que indicam a aderência e taxa de dropout são necessários quando avaliados os benefícios e custos de intervenções via internet.

Concluindo, algumas limitações: heterogeneidade em medidas psicométricas de RCTs; falta de medidas de follow-up; misto de intervenções em ACT e outras intervenções em CBT, dificultando análise de intervenções específicas, mesmo que na literatura as diferenças teórico-conceituais já estejam bem delimitadas; risco de viés ao publicar resultados promissores em detrimento de resultados negativos ou neutros.

O estudo não realiza análise de mediadores e moderadores.

Ding, D., & Zheng, M. (2022). Associations Between Six Core Processes of Psychological Flexibility and	P: Pacientes com dor crônica (idade média foi de 14.44 até 69.3 e 97,67% eram adultos) I: Processos pertencentes ao Modelo de	36 estudos; 23-555 (total de 7.812 pacientes com dor crônica).	Não especificado.	Flexibilidade psicológica e seus seis processos centrais (aceitação, desfusão, momento presente, self como contexto, ações de compromisso e valores).	Nenhuma avaliação.	Domínios de funcionalidade ("functioning"): - Funcionalidade psicológica - Funcionalidade física - Funcionalidade/Funcionamento geral	Não foi avaliado neste estudo e é apontado (na coluna ao lado) como uma das fraquezas e limitações desta revisão.
--	--	--	-------------------	---	--------------------	--	---

Functioning for
Chronic Pain
Patients: A
Three-Level
Meta-Analysis.
*Frontiers in
Psychiatry, 13.*
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.893150>

Flexibilidade
Psicológica.
C: Não
especificado.
O: Domínios
de
funcionalidad
e
("functioning")
, como
funcionalidad
e psicológica,
física e geral.
D: Não
especificado.

Principais resultados

De modo geral, níveis mais altos dos processos de flexibilidade psicológica estão associados, significativamente, com níveis mais altos de funcionalidade/funcionamento. A não ser pela relação de desfusão e funcionalidade, todos os outros 05 processos do modelo de FP e funcionalidade foram moderados por diferentes domínios de funcionalidade. Em suma, a força da relação entre ação de compromisso e funcionalidade/funcionamento geral excede suas associações com funcionamento psicológico. Já a força da relação entre aceitação e self como contexto e funcionalidade/funcionamento geral excede suas associações com funcionamento físico. O efeito médio da relação entre self como contexto/valores e funcionalidade psicológica excede suas associações com funcionamento físico. Por fim, cabe ressaltar que o efeito médio entre as associações do processo momento presente e funcionalidade física não foram significativas (p. 13 - 14).

Não foram encontradas as hipótese de efeitos moderadores ("i.e., the percentage of females, mean age, country, and type of functioning measurements" [p. 14]). Com relação à idade, poucos estudos foram encontrados com adolescentes e, em grande parte, os estudos eram de origem europeia ou estadunidense, dificultando a análise de moderadores ligados à cultura. Enquanto força, o presente estudo auxilia na compreensão da relação entre as variáveis e demonstra as contradições, argumentando o motivo pelo qual determinada modalidade de terapia é mais efetiva do que outra, além de auxiliar profissionais a compreenderem o que pode ser mais efetivo no tratamento de pacientes com dor crônica. O presente estudo sugere que os programas da ACT focados em aceitação, ação de compromisso, momento presente e valores, podem ser mais recomendáveis para este público de pacientes, na medida em que esses processos estão associados à alta funcionalidade.

Já enquanto limitações, esta revisão não apresenta uma avaliação da qualidade metodológica de seus estudos. Além disso, os estudos presentes nesta revisão são estudos transversais ("*cross sectional research*") e, assim, a direção da relação causal não é

explícita. Dessa forma, não é possível determinar, por exemplo, se aceitação influencia funcionalidade, se funcionalidade influencia aceitação, ou (mais provável) que esses fatores tenham influência mútua. Estudos longitudinais ou experimentais no qual há manipulação dos processos de flexibilidade psicológica podem auxiliar na compreensão do impacto de funcionalidade em pacientes com dor crônica. Ademais, não houve uma distinção entre flexibilidade psicológica e inflexibilidade psicológica, apesar de serem conceitos diferentes, poucos estudos apresentam essa distinção. Por fim, seria importante em futuros estudos avaliar outros moderadores e as relações entre essas variáveis e o funcionamento psicológico bem como FP, pois neste estudo demonstrou-se que o tamanho de efeito das variáveis de moderação nos estudos meta-analíticos atuais é pequeno, o que pode impactar os resultados.

De maneira específica, com relação à cada processo:

01. Aceitação: Pacientes com dor crônica com altos níveis de aceitação podem ser mais propensos a aceitar emoções negativas e eventos da vida, utilizando de menos tempo em eventos ou comportamentos "inúteis" (worthless), como ter alta funcionalidade. Pacientes que reportaram maior aceitação "at the base time", reportam funcionalidade/funcionamento melhor no futuro, sugerindo que pacientes com dor crônica podem ter uma funcionalidade saudável quando aceitam de forma aberta a experiência da dor. A aceitação está mais associada à funcionalidade geral e psicológica do que física, demonstrando correlações significativas entre aceitação e saúde mental. Alguns autores defendem que a aceitação, por si só, é uma variável preditora melhor de bem-estar e psicopatologia do que outras variáveis. Cabe ressaltar, que a relação significativa entre aceitação e funcionalidade psicológica pode ser devido aos instrumentos de medição utilizados.

02. Ação de compromisso: Pode ser um processo importante para a adaptação do paciente à dor em pacientes com dor crônica. Se pacientes têm níveis mais altos de ação de compromisso, eles podem manter seus compromissos com ações úteis que podem melhorar funcionalidade/funcionamento físico, sendo assim, a relação entre ação de compromisso e funcionalidade física foi maior do que associado à flexibilidade psicológica, porém, poucos estudos apresentavam esse dado e devem ser avaliados com cautela. Além disso, devido aos instrumentos de medição utilizados, pode ser que a relação entre funcionalidade geral e ação de compromisso tenha sido significativamente mais alta, quando associada à flexibilidade psicológica.

03. Desfusão cognitiva: Foi argumentado que desfusão e aceitação culminaram em um único fator, pois ambos os processos são associados à abertura para lidar com experiências difíceis quando tentativas de mudanças de comportamento não são efetivas ou levam a problemas maiores. Em suma, pacientes com níveis mais altos de desfusão podem levar à funcionalidades mais saudáveis.

04. Momento presente (também chamado de being mindful por outros autores): Nem todas as experiências contactadas no momento presente estão diretamente relacionadas à dor, mas o processo de aceitação e de contactar o presente tem papel importante no funcionamento da dor crônica, além desses dois processos serem capazes de prever a funcionalidade em pacientes com dor crônica. Portanto, o momento presente está associado à maior funcionalidade, mas nesta revisão, não foi possível associar níveis mais altos de funcionamento com o momento presente, apesar de que o momento presente está associado de forma média à grande com funcionamento psicológico. Uma revisão sistemática, que examinou o funcionamento físico e o treino de habilidades de mindfulness em pacientes com dor crônica, sugeriu que contactar o momento presente não tem eficácia no funcionamento físico, enquanto é importante para o aspecto psicológico.

05. Self como contexto: Há uma relação pequena e positiva entre self como contexto e funcionalidade. Há uma relação pequena e negativa entre self como contexto e funcionamento fisiológico, mas não foi significativa. Self como contexto tem uma relação forte com depressão e pode prever funcionalidade emocional.

06. Valores: Programas da ACT encontraram que engajamento maior em atividades valorosas podem estar associados, de modo significativo, com uma melhoria em funcionalidade psicológica, mas não estava relacionado com funcionalidade física no pós-tratamento, portanto, demonstra que valores têm um impacto crítico no funcionamento psicológico.

<p>Frostholm, L., & Rask, C. U. (2019). Third wave treatments for functional somatic syndromes and health anxiety across the age span: A narrative review. <i>Clinical Psychology in Europe</i>, 1(1). https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.32217</p>	<p>P: Crianças e adultos com FD (mais especificamente, HA e FSS)</p> <p>I: MBT e ACT</p> <p>C: "TAU; WL; Education support group; Social support group; Active Control Group for non-specific factors; Combined EUC (Enhanced Usual Care) and WL; EUC; CBT; Online discussion forum and WL; Pregabalin</p>	<p>25 estudos; 50 pacientes ou mais (sem especificação do total).</p>	<p>10 Rcts em MBT e 15 RCTs em ACT.</p>	<p>Intervenções MBT (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - MBCT individual e em grupo - MBSR individual e em grupo <p>Intervenções ACT (11)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACT individual grupo - ACT em módulos guiados online e ligações telefônicas - ACT em sessões individuais de acompanhamento parental <p>Intervenções combinadas entre terapias de segunda e terceira onda</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBT baseado em exercícios de exposição e mindfulness (ICBT) (1) - CBT com treino de regulação emocional (ENCERT) individual (1) - ICBT em módulos online (2) 	<p>Nenhuma avaliação</p>	<p>Diminuição da severidade dos sintomas de FSS e HA.</p>	<p>A qualidade metodológica dos estudos foi realizada segundo a escala de avaliação de resultados em psicoterapia (Ost, 2008). A qualidade é avaliada entre 0-42.</p> <p>Foi realizada uma média das pontuações de cada estudo, assim, a média foi de 22,8 (=570 / 25) e este estudo será classificado como moderado, segundo a</p>
--	--	---	---	---	--------------------------	---	---

*plus
duloxetine/other
medications,
or WL;
Expressive
writing, or WL;
Applied
relaxation;
Non-guided
ACT, or WL,
Brief ACT
(group
workshop plus
1 individual
consultation),
or EUC;
Internet-
delivered
stress
management;
IBCT without
exposure
component;
Conventional
CBT;
Multidisciplinary
treatment".*

O: Diminuição
da severidade
dos sintomas
de HA e FSS

D: Não
especificado
(devido à

classificação
de 0-42 para
avaliar a
qualidade
metodológica.

quantidade
pequena de
estudos).

**Principais
resultados**

Apesar do crescimento das terapias de terceira onda, ainda há poucos estudos sobre intervenções com qualidade metodológica moderada ou alta em FD. Com relação às populações infantis e de adolescentes, há poucos estudos, a maioria com amostras pequenas e estudos não controlados.

Para os tratamentos em HA: Os únicos 02 estudos (RCTs em adultos) encontraram um efeito moderado de MBCT associado a HA, enquanto um efeito alto para ACT. Este estudo da ACT, juntamente com outras intervenções, inclui elementos das terapias de segunda onda de CBT, como a psicoeducação que envolve a explicação do "ciclo vicioso" da ansiedade e da "*exposição interoceptiva*" (p. 19-20). Os autores apontam que, devido à quantidade pequena de estudos, seria necessário novas replicações. Por fim, com relação a outras faixas etárias, HA ainda é um tópico emergente na literatura científica.

Evidências das psicoterapias de terceira onda para o tratamento em FSS:

Segundo esta revisão, os resultados e efeitos adquiridos pela MBT são pequenos, em comparação à ACT - o que parece estar de acordo com outras revisões, como de Veehof et al., (2016). Alguns estudos em MBT são afetados por viés de atrito, o que pode sugerir que as intervenções em MBT não oferecem alternativas para retenção do tratamento, quando comparado às psicoterapias de segunda onda. Os 02 estudos em MBT para pacientes adultos com IBS podem sugerir efeitos melhores para essa população clínica. Com crianças, também pode haver dificuldades com intervenções em MBT, se não levado em consideração aspectos fundamentais do desenvolvimento infanto-juvenil. Seria importante considerar métodos de prevenção do viés de atrito para aumentar os efeitos desejáveis.

- Já com relação a ACT, não há evidências que possam sugerir que essas intervenções são superiores ao CBT para FSS. Os estudos em ACT são menores e podem apresentar risco de viés mais alto. Parece haver resultados promissores para as intervenções em ACT realizadas online, quando comparadas às intervenções face-à-face. Cabe ressaltar que os estudos baseados em aceitação e exposição para IBS (um tipo de Functional Somatic Syndrome - FSS), apresentaram resultados significativos (efeitos altos) para FSS, quando utilizado em conjunto técnicas em aceitação, treino de mindfulness, e treinos de exposição rigoroso ("*strict*"). Os autores destacaram que os efeitos da exposição são consolidados e demonstram efeitos consideráveis, enquanto futuras pesquisas podem se beneficiar ao relacionar exposições a sintomas específicos nos contextos de utilização de métodos de aceitação.

- Para as condições caracterizadas com múltiplos sintomas e atingindo diferentes órgãos, o estudo que combinou métodos de terceira onda com CBT convencional, demonstrou resultados promissores. Outra análise em grupo de intervenções em CBT para FSS múltipla encontrou efeitos maiores com subgrupos de pacientes que continham sintomas mais leves, sugerindo que a severidade dos sintomas devem ser levados em consideração quando designada as intervenções, além de que outras intervenções podem ser necessárias para sintomas mais graves. Com relação ao público infantil, há poucos estudos e com amostras pequenas, o que torna inconclusiva as diferenças em amostras, intervenções, instrumentos, método de análise ou comparações com outras intervenções. Contudo, exercícios experienciais podem ser promissores, pois tornam conteúdos abstratos mais concretos para este público devido a sua linguagem metafórica.

Envolvimento de familiares próximos nos tratamentos de terceira onda: diferentes estudos abordam a necessidade da participação dos pais no tratamento (p. 21). Alguns estudos recentes demonstram que um aumento na flexibilidade psicológica dos cuidadores pode afetar a forma em que as crianças lidam com a dor, na medida em que os cuidadores seriam modelos para maior adaptabilidade das crianças.

Há diferenças grandes nos resultados entre estudos e na forma pela qual se avalia esses resultados, tornando-se tarefa difícil a comparação desses estudos. Por exemplo, alguns estudos da ACT utilizaram de "*pain interference*" e "*pain acceptance*" como resultados primários, pois, para a ACT, um de seus objetivos é a aceitação de sintomas e a menor interferência destes na vida do sujeito - apesar de que ainda precisam-se de mais evidências para essa comprovação. Já outros estudos basearam-se em classificações nosológicas e utilizaram essas classificações como resultados primários. Possíveis escalas (como apresentado na p. 23), podem auxiliar na classificação desses resultados, englobando os objetivos da terceira onda, bem como a classificação de sintomas.

Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. <i>International Journal of</i>	P: Pacientes com histórico de ao menos um episódio de Transtorno Depressivo Maior (Major Depressive Episode - MDE); I: Alguma técnica/estratégia ou Terapia Comportamental baseada em Mindfulness-Aceitação (e.g. desfusão cognitiva, elucidação de valores), que	11 estudos; 36 - 130 participantes.	RCTs (10) ou ensaios clínicos pseudo-randomizados (pRCT) (1).	- MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy; - MBY: Mindfulness-based Yoga - Intervenções ativas como medicamentosa, CBT e Ativação Comportamental.	Nenhuma avaliação.	Avaliar os efeitos das intervenções na diminuição de pensamentos de ruminação depressiva. * Ruminação enquanto um mediador dos efeitos de MBCT na depressão.	<i>"The two pRCT were considered of poor quality whereas all the RCT were classified as having a satisfactory quality [...] Methodological quality of the included studies is shown in Appendix A. The two pRCT were considered of poor quality whereas all the RCT were classified as having a</i>
--	--	-------------------------------------	---	---	--------------------	---	---

Clinical and Health Psychology, 17, 282-295.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>

foram amplamente reconhecidas na literatura pela sua eficácia enquanto estratégias e técnicas de aceitação e mindfulness; C: TAU ou outra intervenção ativa para o tratamento de depressão; O: Medida validada de pensamentos ruminativos; D: RCTs ou ensaios clínicos pseudo-randomizados (pRCT).

satisfactory quality. Regarding randomization, Schoenberg and Speckens (2014) allocated subjects depending on the date they were accepted for the MBCT course (before or after 8 weeks until onset of the intervention) and Kingston et al. (2007) on the day of referral, and therefore they present a high risk of bias. Only one out of the remaining studies did not report the randomization method. Eight out of the 11 studies adequately concealed the allocation and

five assessed outcomes blinded to patients' allocation. Four studies showed an attrition >20% and four used intention-to-treat analyses. Most studies did not report fidelity of treatment implementation" (p. 288). Assim, em sua maioria, os estudos de RCT foram classificados com qualidade satisfatória.

Principais resultados

Apesar de algumas diferenças nos estudos analisados, os resultados estatísticos são consistentes, mas devem ser avaliados cuidadosamente pela pequena quantidade de estudos nesta revisão. A MBCT, quando comparada a cuidados usuais, produziu uma diminuição significativa e moderada de ruminação. Esse efeito parece independente da fase de tratamento (aguda ou manutenção) ou o número passado de episódios depressivos, mantendo-se um mês após o fim do tratamento. Em contrapartida, procedimentos de aceitação e mindfulness parecem ter o mesmo efeito na redução de ruminação como os outros tratamentos (medicação, CBT e ativação comportamental). Os resultados estão de acordo com uma revisão narrativa publicada por Barraca (2012) na qual concluiu-se que estratégias de aceitação e mindfulness são tanto quanto ou mais efetivas do que estratégias de distração focalizada ou algumas formas de reestruturação cognitiva. De qualquer forma, parte dos resultados devem levar em consideração os fatores em comum que as diferentes terapias apresentam para o tratamento da depressão. Três considerações foram apresentadas pelos autores:

(1) Os resultados obtidos podem ser considerados inesperados, na medida em que os processos de aceitação/mindfulness não tem

como objetivo diminuir (ou suprimir) pensamentos desagradáveis e ruins, mas diminuir o impacto que eles produzem na vida do indivíduo. Sendo assim, não é possível afirmar se a diminuição dos pensamentos ruminativos são influenciados (seja mediados ou moderados) por uma nova relação estabelecida entre paciente-pensamentos ou devido a diminuição da frequência e intensidade dos mesmos.

(2) Outro ponto seria avaliar se os efeitos observados de ruminação são produzidos por mecanismos de aceitação/mindfulness, pois apenas quatro estudos associaram a medida de auto observação dos pacientes sobre seus comportamentos de aceitação/mindfulness com medidas de ruminação. Um dos estudos parece sugerir que o treino MBCT, ao em vez de aumentar as habilidades de mindfulness quando comparada a CBT, pode ensinar os pacientes a aplicar as habilidades aprendidas aos pensamentos ruminativos (enquanto CBT diminuiria os pensamentos ruminativos por meio de outros mecanismos psicológicos).

(3) Pensamentos ruminativos tem sido descrito como um mecanismo central no início e na manutenção do funcionamento depressivo, portanto, foi analisada a ruminação enquanto um mediador nos efeitos das intervenções em tratamentos depressivos. Contudo os dados foram mistos, apenas um estudo comparou MBCT e CBT e encontrou que a ruminação pode prever significativamente os sintomas no período pós-intervenção e poderia levantar a questão de saber se a ruminação é um processo central para se sentir deprimido ou faz parte do núcleo dos sintomas da depressão. Neste último caso, a diminuição dos pensamentos ruminativos pode ser entendida como parte da eficácia da terapia.

Em suma, implicações clínicas do papel da mediação na ruminação: *"Results are positive and furthermore suggest that changes in rumination are mediated by mindfulness/acceptance processes, and that they in turn mediate in the clinical effects of interventions"* (p. 290, grifo nosso).

Roche, A. I., Kroska, E. B., & Denburg, N. L. (2019). Acceptance-and mindfulness-based interventions for health behavior change: Systematic	P: Adultos tabagistas ou interessados (altamente motivados) em parar de fumar; Adultos obesos e sobrepeso, ou que relataram ter dificuldades com comportament	48 estudos; Estudos para parar de fumar: 25 - 2637 Estudos sobre perda de peso: 10 - 194	RCTs	Estudos para parar de fumar: - Treino de Mindfulness em grupo para fumantes que querem parar de fumar (4 semanas/4 meses); - ACT para parar de fumar (6/7 semanas); - ACT via online (3 meses) (12 meses); - ACT via telefone para parar de fumar (5 sessões mais 02 semanas);	Nenhuma avaliação.	Os resultados principais foram: a) abstinência de fumar e b) mudanças em BMI (Body Mass Index)/peso.	<i>"With regard to study quality, the majority of studies were rated as either low or unclear risk of bias across most categories using the Cochrane tool. The greatest risk of bias was</i>
---	---	---	------	--	--------------------	--	--

reviews and meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 74-93. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.002>

os envolvidos na alimentação (como o "comer emocional"), ou que estavam buscando perder peso.

I: Baseadas em mindfulness e aceitação

C: Nos casos para fumantes com a intenção de parar, diferentes grupos e programas específicos para essas populações. Algumas das intervenções foram: CBT, acompanhamento em grupo orientado por uma perspectiva analítico-

- ACT via aplicativo de celular (8 semanas);
 - Intervenções baseadas em exposição e que incorporaram a ACT para o tratamento de tolerância ao sofrimento (8/9 semanas);
 - Treino de Mindfulness para fumantes (MBSR), mais 03 semanas de meditação opcional, mais 04 semanas de NRT;
 - Grupo de Mindfulness juntamente com adesivo de nicotina (7 semanas);
 - Sessões via celular (de 5 à 15 minutos) para treino de Mindfulness com "Experience sampling";
 - Intervenções analítico comportamentais de ACT e FAP (individual e em grupo), mais um grupo para instruções de medicação e uso de bupropiona de liberação lenta (10 semanas);
 - ACT em grupo para parar de fumar, com adesivo de nicotina, mais protocolo de saúde padrão do sistema de saúde (5 semanas);
 - ACT em grupo para

performance bias. With these types of trials, participants are often aware of their group assignment, particularly if the trial compares the intervention to a wait-list control" (p. 20).

comportamental, *Experience Sampling*, NRT, instruções de medicação e uso de bupropiona de liberação lenta, Habilidades cognitivo-comportamentais para lidar com dificuldades e sofrimento. Podendo ser entregues via aplicativos de celular, telefone, sites ou face à face.

Nos casos para perda de peso: WLC; TAU; acompanhamento em grupo orientado por uma perspectiva analítico-comportamental

fumantes em abstinência (3 semanas);
- Mindfulness para tratamento de adicção e para parar de fumar (modelado por MBCT), com uso de adesivos de nicotina com quantidade fixa permitida de cigarros por dia (8 semanas);

Estudos sobre perda de peso:
- Treino com manual de intervenções baseadas em mindfulness e aceitação, mais 10 semanas de acompanhamento em grupo para indivíduos sobrepeso;
- MBCT para alimentação (8 semanas);
- MBSR e grupos com intervenções comportamentais (8 semanas);
- MBSR adaptado para alimentação (6/8 semanas);
- MBSR, com exercícios e dieta (8 semanas)
- ACT em grupo, mais modificações ambientais

al (com ou sem mudança ambiental); grupos para tratamento para pessoas sobrepeso; programa *Weight Talk*; grupo cognitivo-comportamental e baseado em exposição para comer-compulsivo; programa comportamental de perda de peso; psicoeducação com informações nutricionais; atividade física; dieta e exercícios orientados por um médico; educação sobre pré-menopausa acompanhado de dietas e exercícios; *Assessment-only control*;

(12 meses);
- ACT ofertada por um médico (8 sessões);
- ACT em grupo com intervenções comportamentais (1 dia/3 semanas/4/8/16/40 semanas/1 ano);
- ACT via telefone, autoguiado (8 semanas);
- ACT, Mindfulness, e baseado em compaixão (3.5 meses);
- Programa "Mind your own weight" com mindfulness via celular (6 meses, 11 sessões);
- MBSR, MBCT, MB-EAT, mais 02 horas com informações nutricionais e de atividade física (4/5 meses);
- MB-EAT (3 meses);
- "Mindful concrete construal diary" (5 semanas);
- Práticas de meditação em mindfulness em grupo e individual (5 semanas);
- Mindfulness para tomada de decisão (workshop 4 horas);
- Mindfulness com treino para mastigação prolongada (8 semanas);

construção de diários abstrato; grupo autoajuda com diabéticos; intervenções ativas com profissionais da saúde com acompanhamento mensal. Podendo ser via telefone, face à face,

O: a) *smoking abstinence and b) mudanças no IMC (Outros: *point-prevalence abstinence, prolonged abstinence, continuous abstinence*)*

D: RCTs

- MEAL;
- Programa comportamental padrão de perda de peso, mais meditação em Mindfulness (6 meses);
- Intervenção para alimentação em restaurantes baseado em Mindfulness (6 semanas);

Principais resultados

a) Para tabagistas com a intenção de parar de fumar (p. 16):

Os resultados da meta-análise indicaram um efeito não significativo, favorecendo intervenções baseadas na aceitação e mindfulness, quando comparadas às condições de controle, para os resultados de cessação do tabagismo. Esses resultados indicam que as intervenções baseadas na aceitação e mindfulness são provavelmente tão eficazes quanto as diferentes opções comumente

utilizadas e validadas de tratamento para cessação do tabagismo. Dessa forma, esses resultados também indicam que as intervenções analisadas aqui podem ser úteis como mais uma abordagem eficaz de tratamento para as populações tabagistas. Houve uma heterogeneidade substancial no tamanho do efeito entre os estudos e as análises de subgrupos e meta regressão identificaram apenas uma variável moderadora significativa, sendo esta a "intention to treat" (ITT) vs. não intenção. Os estudos que reportam uma amostra ITT completa resultaram em tamanhos de efeito mais baixos, o que não é surpreendente pois os dados em falta são frequentemente classificados como "tabagismo" nestes casos. Assim, desistências (mesmo que semelhantes em ambos os grupos) poderiam dificultar a detecção de um efeito significativo. Cabe ressaltar que as ITTs consideram todos os participantes de uma RCT, caso desistam ou não.

Nessa meta-análise, os resultados dos efeitos de intervenções baseadas em aceitação e mindfulness tem um OR um pouco menor quando comparado com as outras revisões anteriores. O motivo pode ser atribuído a dois estudos mais recentes (Bricker et al. [2018]; McClure et al. [2019]) que tiveram uma amostra maior, comparados com condições de controle mais robustas e com ITT. Portanto, esses estudos tiveram um peso maior nessa meta-análise.

b) Para perda de peso:

Os resultados da meta-análise de perda de peso indicaram um pequeno efeito significativo para intervenções baseadas na aceitação e mindfulness quando comparados ao grupo controle. Contudo, uma quantidade pequena dos estudos individuais avaliados relatou um efeito estatisticamente significativo para intervenções baseadas na aceitação e mindfulness com relação aos grupos controle, porém o efeito agregado geral foi significativo.

Análises de meta-regressão indicaram que a idade da amostra e o IMC (Índice de Massa Corporal) basal da amostra moderaram o efeito, de modo que o tamanho da amostra mais jovem e o IMC basal mais baixo da amostra foram associados a efeitos maiores (p. 16-17). Pode ser que amostras mais jovens com IMC mais baixos tenham mais potencial para se beneficiarem de estratégias baseadas na aceitação e mindfulness, uma vez que os padrões comportamentais podem ainda não ser tão solidamente arraigados como aqueles de idades mais avançadas ou com maior IMC basal. O IMC foi provavelmente a variável moderadora mais forte, mas é possível que os resultados de moderação tenham sido motivados principalmente pelo estado inicial do IMC. As análises de subgrupos indicaram que estudos realizados fora dos Estados Unidos demonstraram tamanhos de efeito maiores do que aqueles conduzidos nos Estados Unidos. Por fim, as intervenções mais curtas podem estar associadas a resultados com maior tamanho de efeito. Embora inesperado, os autores ressaltam que literatura anterior sugeriu que uma psicoterapia mais breve pode resultar numa melhoria inicial maior dos sintomas psicológicos, quando comparado à psicoterapia de longo prazo (Knekt et al., 2008) e que os ganhos psicoterapêuticos podem não ser melhor representados por uma dose contínua e linear. Contudo, é possível que as interações com outras características potenciais da amostra e do estudo tenham influenciado esse resultado.

Em suma, a presente meta-análise demonstrou um efeito geral pequeno para as intervenções baseadas em aceitação e mindfulness quando comparadas ao grupo controle. Isso se apresenta de forma um pouco diferente da meta-análise apresentada por Armstrong et al. (2011) que comparou intervenções em entrevistas motivacionais com grupos controle. Trabalhos futuros podem se beneficiar ao explorar os processos funcionais que sustentam diferentes comportamentos relacionados à saúde (e.g., fumar, perder peso). Por exemplo, os autores relatam que esquivas experienciais podem ser definidas como uma tentativa de alterar ou modificar experiências

internas dolorosas e desagradáveis e que podem estar associadas às variáveis dependentes analisadas (abstinência e mudança de BMI). Por fim, com relação aos comportamentos direcionados à saúde avaliados nesta revisão, os autores destacam que, após as intervenções baseadas em aceitação, as reduções em BMI são mediadas por evitação ("avoidance"), o que pode sugerir um caminho em comum para diferentes modalidades de terapia para este público.

<p>Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the Underlying Mechanisms of Change During Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i>, 47(3), 332–362. https://doi.org/10.1017/S1352465818000553</p>	<p>P: Não especificado; I: ACT (sem misto de abordagens teóricas); C: Tratamentos ativos (e.g. CBT ou psicoeducação); O: Efeitos em flexibilidade psicológica (componentes do hexaflex); D: RCTs.</p>	<p>12 estudos; 27 - 222 participantes.</p>	<p>RCTs.</p>	<p>Intervenções em ACT: - Sessões com protocolos/manuais em ACT (9); - Grupos terapêuticos não estruturados (1); - Via pacote online (2);</p> <p>Intervenções em CBT: - Protocolo em CBT para ansiedade (psicoeducação, reestruturação cognitiva, exposição e exposição introspectiva) (1); - Programa em CBT para zumbido (com relaxamento aplicado, imagens positivas ["positive imagery"], treinamento de atenção, reestruturação cognitiva e exposição) (1); - Protocolo em CBT (reestruturação cognitiva e exposição) (1); - CT (reestruturação cognitiva e psicoeducação) (1); - CT (distanciamento, reestruturação cognitiva e teste de hipóteses</p>	<p>Não especificado.</p>	<p>Os resultados (VDs) foram organizados em 04 categorias distintas (p. 16):</p> <p>(1) Qualidade de vida/bem-estar;</p> <p>(2) Sintomatologia de saúde mental (e.g. sintomas de depressão e/ou ansiedade);</p> <p>(3) Mudanças de comportamento observáveis (e.g. parar de fumar, taxa de reinternação e frequências de sintomas físicos);</p> <p>(4) Funcionalidade ("functioning") (e.g. progressos com metas, interferência da dor e auto relatos de funcionalidade).</p>	<p>Os estudos foram avaliados de acordo com um checklist de qualidade de estudos de mediação, de Rhodes e Pfaeffli (2010). Todos os estudos foram classificados com qualidade moderada (p. 13).</p> <p>Algumas lacunas metodológicas frequentes foram: "(a) <i>only a single study (Lundgren et al., 2008) was adequately powered to detect mediation with all the remaining</i></p>
--	---	--	--------------	--	--------------------------	---	--

comportamentais) (1);
- CT sem especificações
(1)

Outras intervenções:
- Medicamentosa (1);
- Psicoeducação (1);
- Pacote online genérico
para parar de fumar (1);
- TAU sem
especificações (2);
- Treinamento de
inoculação de estresse
(SIT), relaxamento e
reestruturação cognitiva
(1);
- Tratamento de
suporte/apoio (1);

*studies failing
to report
power, (b)
only a single
pilot study
tested
mediation
(Bricker et al.,
2013) with all
remaining
studies failing
to report on
whether pilot
studies had
been
conducted to
test mediation,
(c)
inconsistent
use of
objective
measures or
use of reliable
outcome
and/or
mediator
measures, (d)
only three
studies (Arch
et al., 2012;
Hesser et al.,
2013; Rostet
al., 2012)
ascertained
whether
changes in
mediator*

variables preceded changes in outcome" (p. 09).

Principais resultados

A análise de mediadores apresentou os seguintes resultados:

(1) Flexibilidade Psicológica (FP): Dos 05 estudos que investigaram FP enquanto um mediador, 04 estudos indicaram que FP foi um mecanismo de mudança para resultados em saúde mental, porém evidências limitadas apontam enquanto um mecanismo de mudança para saúde física (p. 16). Evidências mistas sugerem que a qualidade de vida é melhorada através da mediação de FP (p. 16).

(2) Aceitação: 04 dos 05 estudos que investigaram o processo de aceitação enquanto um mediador, indicaram que a aceitação é uma mecanismo de mudança relacionado à saúde mental e 02 estudos indicaram que a funcionalidade do paciente era mediada pela aceitação. Embora limitado, as evidências indicam que a aceitação é um mecanismo de mudança sobre a qualidade de vida e comportamento. ("behavioural outcomes") (p.13). Por fim, a aceitação parece ser um componente distinto do modelo de FP da ACT, quando comparado a outras psicoterapias (em especial à CBT) e pode ser considerado como um mecanismo primário de mudança durante as intervenções em ACT (p. 23).

No que diz respeito às implicações clínicas, há fortes evidências desta revisão que sugerem que a aceitação é um mecanismo inimitável de mudança durante as intervenções em ACT e, portanto, este processo é um componente de tratamento teoricamente único. Foi demonstrado que o aumento das habilidades de aceitação por meio do ACT melhora a saúde mental, qualidade de vida, comportamentos relacionados à saúde e funcionamento/funcionalidade do paciente (p. 25).

(3) Desfusão cognitiva: 03 dos 04 estudos que investigaram desfusão cognitiva, indicaram que esse processo não mediou ou moderou mediou a relação entre o tipo de psicoterapia e resultados em saúde mental. O processo de desfusão cognitiva também não demonstrou efeitos moderados (no sentido de médio) sobre a qualidade de vida e funcionalidade. Isso pode indicar que, embora a desfusão cognitiva pode apresentar resultados positivos, este processo não é exclusivo à ACT e teoricamente distinto de outros processos de psicoterapia, porém essa informação deve ser compreendida com cautela por ter evidências limitadas (p. 13). É possível que resultados mistos para este processo se devam à utilização de instrumentos de medição (p. 24).

(4) Contato com o momento presente/Valores/Ação de Compromisso: Apenas 01 estudo examinou os efeitos mediadores do processo contato com o momento presente e seus resultados e, portanto, não há conclusões que possam ser consideradas. O mesmo ocorreu com 01 estudo que examinou os efeitos mediadores de valores e, portanto, também não há conclusões a serem consideradas. 02 estudos estudaram os efeitos de ação de compromisso e encontrou que esse processo é um mecanismo de mudança durante intervenções em ACT e TCC. Isso indica que a ação de compromisso não é apenas teoricamente distinta do modelo de flexibilidade psicológica, mas que também compartilha similaridades com componentes de outros modelos

comportamentais, como ativação comportamental.

Em suma, os resultados encontrados de mediadores são consistentes com o modelo de FP, porém as evidências de mediação durante a ACT tem limitações como: (a) ainda há presença de estudos com baixa confiabilidade/validade interna e (b) não investigação dos seis processos do modelo de FP de forma completa. Possivelmente, a aceitação foi uma exceção, pois talvez tenha sido excessivamente estudado em comparação com os outros processos. Numa perspectiva teórico-conceitual, o modelo de FP e os seus 06 processos devem ter "pesos" iguais, porém isso não é encontrado nos estudos de mediação (p. 23). Para tanto, enquanto implicação clínica, a ACT demanda que o terapeuta responda aos processos de inflexibilidade psicológica com seus correspondentes do modelo de flexibilidade psicológica (i.e. responder a fusão cognitiva com desfusão cognitiva). Assim, esta revisão apoia a base teórica de que um processo primário da ACT é de auxiliar pacientes a se deslocarem da esQUIVA experiencial em direção à aceitação, corroborando para uma abordagem psicopatológica da ACT de "transtorno de esQUIVA experiencial" ("experiential avoidance disorder") (p. 25).

<p>Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i>, 45(1), 5-31. https://doi.org/10.1080/01650254.2016.1198888</p>	<p>P: Pacientes adultos (ou idosos) com dor crônica</p> <p>I: Intervenções baseadas em aceitação e mindfulness (ACT, MBSR, MBCT).</p> <p>C: WLC, TAU, grupos controle de educação ou suporte, tratamentos ativos como CBT, tratamentos multidisciplinares (MDT) ou</p>	<p>28 estudos (20 estudos encontrados nesta revisão, mais 08 estudos da revisão de Veehof et al., 2011); 14-112 (total de 1.285 pacientes).</p>	<p>RCTs.</p>	<p>- 11 estudos utilizaram programas baseados em MBSR</p> <p>- 09 estudos utilizaram programas baseados em ACT</p> <p>- 02 estudos utilizaram de programas baseados em MBCT</p> <p>- 01 estudo utilizou a combinação de MBCT e MBSR</p> <p>- 02 estudos utilizaram de outros programas baseados em mindfulness (Mindfulness-based Pain Management [(MBPM) e Four Step Mindfulness-based Therapy (FSMT)])</p> <p>Os programas baseados em mindfulness (MBSR, MBCT, MBPM, FSMT)</p>	<p><i>Nenhuma avaliação, mas os autores destacam: "It is also plausible that mean quality would be enhanced if all researchers would routinely report on their randomization procedures and the training of therapists"</i> (p. 18).</p>	<p>Intensidade da dor, depressão, ansiedade, interferência da dor, incapacidade ("disability") ou qualidade de vida.</p>	<p><i>"We used RevMan software version 5.2 for calculating (pooled) SMDs to test heterogeneity and to perform subgroup analyses" (p. 4)</i></p> <p><i>"To assess for publication bias, we performed a funnel plot for all outcome measures by plotting the pooled SMD at post-treatment"</i></p>
--	--	---	--------------	---	--	--	--

0.1080/165060 73.2015.10987 24	<p>terapia de relaxamento.</p> <p>O: Intensidade da dor, depressão, ansiedade, interferência da dor, incapacidade ("disability") ou qualidade de vida).</p> <p>D: RCTs</p>	<p>consistiram de 08 sessões, semanais, com duração em média de 1.5 - 2.5 horas. Programa de autoajuda foi encontrado em 01 estudo de MBSR.</p> <p>Já os programas baseados em ACT (07) consistiram de 04 à 12 sessões, semanais, com duração em média de 1 - 2.5 horas. 02 dos estudos tiveram sessões individuais, enquanto os outros 05 estudos foram em grupo. Programas de autoajuda foram encontrados em 02 estudos de ACT.</p> <p>Do total de estudos, 10 estudos utilizaram lista de espera como controle, 08 utilizaram de educação/grupo de suporte e 07 utilizaram TAU como grupo controle (p. 7).</p>	<p><i>against its standard error (as a measure of study size). When publication bias is absent, the studies are expected to be distributed symmetrically around the pooled effect size. Bias can be expected when the plot shows a higher concentration of studies on one side of the pooled SMD than on the other." (p. 5).</i></p> <p><i>"The majority (n = 14) of the studies scored 'medium' on the quality criteria, six scored 'high' and five scored 'low.' None of the 25 studies met all the quality</i></p>
--------------------------------------	--	---	---

criteria" (p. 10; 12).

Principais resultados

Enquanto medidas de pós tratamento, os efeitos para as medidas de depressão, ansiedade e qualidade de vida foram moderados, mas para interferência da dor foram maiores. De modo geral, esses resultados no período de follow-up indicam que os pacientes conseguiram aplicar os ensinamentos das MABTs mesmo na presença de dor crônica em suas vidas. Para a medida qualidade de vida, estudos de qualidade média tiveram um efeito significativamente menor, mas esse dado precisa ser analisado com cautela pois o número de estudos de qualidade alta e baixa foi de apenas um estudo cada.

Já os efeitos para intensidade da dor foram pequenos nos períodos de pós-tratamento e follow-up. Esses dados confirmam que o objetivo das MABTs não é de afetar a intensidade da dor, apesar de que as intervenções em MABTs podem ter efeitos indiretos na intensidade da dor, pois o processo de aceitação pode "amenizar" o grau em que as sensações dolorosas são experienciadas como eventos estressantes ou imediatamente evitados (p. 16). Sendo assim, ao contrário da medida de intensidade da dor, a medida de interferência da dor apresentou efeitos maiores e é uma medida de resultado que se aproxima mais dos objetivos das MABTs, pois permite estimar, por exemplo, se os pacientes conseguem seguir com suas vidas e rotinas mesmo na presença da dor. As incapacidades causadas pela dor crônica ao longo da vida dependem do grau em que os pacientes permitem que as sensações dolorosas interfiram em suas rotinas. Portanto, maior aceitação das sensações dolorosas pode estar associada à diminuição de interferência da dor. Contudo, cabe ressaltar que apenas 04 estudos utilizaram como medida a interferência da dor.

A análise de subgrupos demonstrou que o tamanho do efeito para as intervenções em ACT são maiores quando comparados à MBSR e MBCT, para todas as medidas de resultados, mas significativamente maiores para depressão e ansiedade. A formulação explícita na ACT que mira em valores e ações de compromisso pode influenciar o paciente a ter esperança ("hope") - ou motivação - e modificar seus comportamentos. Nessa revisão, efeitos menores foram apresentados pelas intervenções em MBSR e MBCT para ansiedade e depressão e, para pacientes com fibromialgia, nenhum efeito (ou efeitos muito pequenos) foram encontrados para MBSR e MBCT em RCTs.

A análise de subgrupo para o grupo controle demonstrou que (M)TAU e WLC não diferenciou de condições de controle ativos para grupos de suporte e educação - a não ser pelo dado favorável em (M)TAU para ansiedade. O programa de educação desenvolvido por Moseley e colegas (Moseley & Butler, 2015) tiveram, por si só, efeitos positivos e difere da educação sobre manejo da dor encontrado na maioria dos estudos nesta revisão, pois traz uma explicação biológica sobre a dor e pode ser uma alternativa para o tratamento em pacientes com dor crônica na medida em que auxilia os pacientes a compreenderem a dor de modo distinto (e não fusionado) de algo catastrófico ou inadequado.

05 estudos compararam MABTs a tratamentos ativos como CBT, relaxamento e MDT. Pequenos efeitos maiores favorecem CBT, enquanto efeitos moderados e grandes favoreceram MABTs, quando comparado ao relaxamento e MDT. No entanto, o número de estudos é pequeno e nenhuma diferença foi considerada significativa nas análises agrupadas.

Os autores concluem que é importante investigar se as intervenções "funcionam" de acordo com suas bases teóricas para compreender quais são os mecanismos de mudança envolvidos durante o tratamento. Veehof et al. (2016) destacam: "Knowledge on mechanisms of change can help to enhance or integrate our existing theoretical models of chronic pain, thereby progressing

opportunities for more effective treatment" (p. 19). Para tanto, os autores sugerem que mais medidas aplicadas sejam utilizadas, de forma sistematizada e programada para uma compreensão processual das mudanças comportamentais. Além disso, é fundamental neste processo, que haja investigação da integridade do tratamento oferecido por clínicos e pesquisadores, garantindo que as intervenções sejam desenvolvidas conforme pretendido.
