

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS**

JOANA RAQUEL GIRÃO DUARTE

***OS BENEFÍCIOS DE ESTAR NO PRESENTE:
O PAPEL DO MINDFULNESS NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL***

UMA REVISÃO EMPÍRICA



**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica**

Coimbra

2009

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

JOANA RAQUEL GIRÃO DUARTE

***OS BENEFÍCIOS DE ESTAR NO PRESENTE:
O PAPEL DO MINDFULNESS NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL***

UMA REVISÃO EMPÍRICA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica
apresentada ao I.S.M.T. e elaborada sob a orientação da
Professora Doutora Marina Cunha.

Coimbra

2009

Pensamento

*Na vida tudo irrompe tão rápido,
Tudo nos parece tão banal,
Tudo é encarado como algo pré-adquirido,
Não reconhecemos o valor das pessoas, da felicidade, da saúde,
Vagueamos de forma inconsciente no dia-a-dia,
Parecendo que tudo é infinito e imortal.
A maioria de nós apercebe-se tarde demais que,
Tudo merece ser olhado com o encanto da primeira vez,
Merece o respeito e a saudade de ser visto como se fosse a última vez,
Que tudo é tão incrivelmente original.
Se vivêssemos sempre assim,
Se víssemos os outros sempre assim,
Irámos ser felizes independentemente dos reveses da vida.
Temos que encarar que a realidade somos nós que a construímos,
E que a felicidade só depende de cada um de nós!*

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que fizeram, ainda fazem e um dia ainda poderão fazer parte da minha vida. A todos os que se cruzaram no meu caminho, independentemente dos motivos e que me fizeram crescer!

A todos a quem não tive oportunidade de dizer que amo e àqueles a quem não tive a humildade de agradecer as críticas.

À minha orientadora, Professora Doutora Marina Cunha, pela sua sabedoria, empenho, dedicação, humildade e constante motivação.

Aos meus familiares, por estarem sempre ao meu lado e nunca duvidarem daquilo que sou capaz.

Aos meus professores, colegas e amigos que são parte integrante da concretização de mais uma etapa da minha vida.

Por último e de forma especial, quero dedicar este trabalho ao meu avô, João Duarte, que foi e sempre será uma inspiração na minha vida, que sem conhecer as terapias cognitivas de terceira geração, aplicou os seus conceitos de forma constante durante momentos adversos da sua vida, demonstrando auto-confiança, aceitação, generosidade e paciência consigo próprio e com os outros... Muito obrigada pelo seu maravilhoso exemplo!

A minha religião é a bondade.

Dalai Lama

Resumo

A Terapia Cognitiva pode ser dividida em três gerações: terapias comportamentais, terapia cognitivo-comportamental e, a mais recente, “a terceira geração” onde se incluem uma variedade de terapias que, não obstante as diferenças entre si, têm o *Mindfulness* como componente central da terapia (Hayes, 2004).

Estas últimas estão a tornar-se cada vez mais populares, pois a sua eficácia clínica tem sido demonstrada através de numerosos estudos.

O *Mindfulness* envolve o foco da atenção de forma consciente para as experiências internas e externas que ocorrem no momento presente, através de uma variedade de exercícios de meditação.

Uma das intervenções baseadas no *Mindfulness* é o programa clínico de Redução de Stresse (MBSR), desenvolvido por Jon Kabat-Zinn de forma a facilitar a adaptação e aliviar o sofrimento associado a perturbações psiquiátricas, físicas e psicossomáticas. A outra intervenção, a Terapia Cognitiva baseada no *Mindfulness* (MBCT) é largamente baseada no programa anterior, tendo como objectivo prevenir a reincidência de episódios depressivos, através da observação dos pensamentos e sentimentos sem os julgar, vendo-os apenas como eventos mentais e não como aspectos pessoais ou reflexo directo da realidade.

O nosso objectivo neste estudo foi realizar uma revisão compreensiva de 14 estudos onde foram administradas uma das intervenções baseadas no *Mindfulness* (MBSR ou MBCT), de forma a avaliar os benefícios na saúde física e/ou mental. Como técnica meta-analítica foi utilizada o cálculo do tamanho do efeito de d de Cohan's, de forma a facilitar a quantificação dos resultados e a comparação entre os estudos. Esta análise demonstrou um tamanho do efeito médio/alto ($d=0,74$), manifestando que os programas baseados no *Mindfulness* têm resultados terapêuticos significativos num largo leque de perturbações mentais e doenças físicas.

Palavras-Chave: *Mindfulness*, Doenças Físicas e Mentais, Redução do Stresse Baseado no *Mindfulness* (MBSR), Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (MBCT), Tamanho do Efeito de d de Cohan's.

Abstract

The Cognitive Therapy can be divided in three generations: behavioral therapies, cognitive-behavioral therapy and the most recent, “the third generation” where they include a variety of therapies that have nevertheless differences between them, they take the Mindfulness as a central component of the therapy (Hayes, 2004).

These last are becoming more and more popular, since their clinical efficiency has been demonstrated through numerous studies.

Mindfulness wraps the focus of the attention in conscious form for the internal and external experiences, which take place at the present moment, through a variety of exercises of meditation.

One of the interventions based on Mindfulness is the clinical program of Reduction of Stress (MBSR), developed by Jon Kabat-Zinn, in the form to make easy the adaptation and relieve the suffering associated to psychiatric, physical and psychosomatic disorders. Another intervention, the Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) is widely well-founded in the previous program, having as a purpose to prevent the backsliding of depressive episodes, through the observation of the thoughts and feelings without judging them, seeing them like mental events and not like personal aspects or a straight reflex of the reality.

Our objective in this study was to carry out an understanding revision of 14 studies where one of the interventions based on Mindfulness (MBSR or MBCT) was administered, so to value the benefits on physical and/or mental health. Technical analytical-mark was used (calculation of the effect size of Cohan's d) to make easy the quantification of the results and the comparison between the studies. This analysis demonstrated a middle/high size effect ($d=0,74$), showing that the programs based on Mindfulness have turned out to be therapeutic significant in a wide fan of mental disorders and physical diseases.

Key words: Mindfulness, Physical and Mental Diseases, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), Effect Size of Cohan's d .

Índice

	Página
Pensamento	iv
Dedicatória	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Índice	viii
Introdução	1
Método	7
Critérios de Inclusão	7
Pesquisa Bibliográfica	7
Códigos do Estudo.....	7
Cálculo do Tamanho do Efeito	8
Resultados	9
Discussão	17
Referências Bibliográficas	23
Anexo I.....	30

Introdução

Nos dias de hoje é um desafio cada vez maior adquirir estratégias e desenvolver capacidades que permitam lidar com variadíssimas perturbações mentais e/ou físicas, ou apenas, com situações stressantes do quotidiano.

A Terapia Cognitiva surgiu com o objectivo de produzir uma análise científica do comportamento e dos problemas de saúde e o seu respectivo tratamento, tendo em conta os processos psicológicos básicos, procurando, assim, desenvolver intervenções específicas e validadas empiricamente para cada problemática (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Ao longo da evolução da Terapia Cognitiva podem ser distinguidas três gerações diferentes: as terapias comportamentais, a terapia cognitivo-comportamental e, a mais recente, “a terceira geração” onde se incluem as terapias baseadas no *Mindfulness*. Na primeira geração, os terapeutas cognitivos baseavam-se nos princípios de condicionamento clássico (Ivan Pavlov) e operante (Burrhus Skinner) focando-se, simplesmente, nos processos humanos de aprendizagem. Passaram-se décadas na tentativa de estabelecer uma ligação entre a terapia cognitiva e os modelos cognitivos básicos, que se mostrou ser um esforço infrutífero. Desta forma, surgiu a segunda geração denominada terapia cognitivo-comportamental, onde os modelos cognitivos dominantes abordavam o processamento de informação automático ou o desenvolvimento cognitivo e orgânico. Como é fácil de apreender, ambas as terapias se focavam excessivamente na natureza e evolução dos actos cognitivos e o seu impacto noutras acções, mais do que nos acontecimentos contextuais específicos que regulam estes eventos psicológicos e o relacionamento entre ambos.

Consequentemente, em 1990, surge a terceira geração da terapia cognitiva e comportamental, caracterizada por Hayes (2004) como uma abordagem empírica e particularmente sensível ao contexto e à função dos fenómenos psicológicos. Segundo este autor, a presente geração de terapias tende a procurar a construção de um repertório de respostas mais amplo, flexível e eficaz, passando de uma abordagem eliminatória de problemas, para uma perspectiva onde é salientada a relevância de determinadas questões a ser analisadas pelos clínicos e pacientes. Os tratamentos desta terceira geração da terapia cognitivo-comportamental podem ser categorizados em dois grupos: intervenções baseadas no treino do *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 2003) e intervenções que incluem o *Mindfulness* como componente central, onde se destacam a Terapia de Aceitação e Compromisso

(ACT) (Hayes *et al.*, 2006), a Terapia Dialéctica Comportamental (Linehan, 1993), as Abordagens Meta-Cognitivas (Wells, 2000), entre outras.

O objectivo central da ACT consiste em produzir maior flexibilidade psicológica. Desta forma, e uma vez que não é possível remover ou eliminar os processos de linguagem que criam dificuldades aos seres humanos (e que lhe são essenciais), o objectivo é desenvolver controlo contextual nestes processos. Isto porque, os humanos tendem a comparar-se desfavoravelmente com um ideal, comparar o presente com um passado conceptualizado ou com um futuro receoso ou favorável. Esta terapia aumenta a flexibilidade psicológica ajudando os pacientes a observarem os custos da rigidez das estratégias utilizadas, promovendo, igualmente, o desenvolvimento de competências (1) de aceitação, (2) de descentração cognitiva, (3) de distinção do “eu como contexto” do “eu conceptualizado”, (4) de contacto com o momento presente, (5) de distinção entre valores, objectivos e acções e, finalmente, (6) de acção e compromisso orientadas para a mudança comportamental (Hayes, 2004).

Estas novas terapias mantêm a tradição comportamental, no entanto (1) abandonam o compromisso com a mudança de primeira ordem, (2) adoptam mais assumpções contextualistas, (3) adoptam mais estratégias indirectas e experienciais de mudança e (4) alteram consideravelmente o foco de mudança (*idem*).

Teasdale (2003, *cit. in* Hayes *et al.*, 2006) refere também que estas intervenções não se focam directamente na mudança dos eventos psicológicos, mas, antes, pretendem alterar a função de tais eventos e a relação que os indivíduos estabelecem com eles, através de estratégias como o *Mindfulness*, a aceitação e a descentração cognitiva.

O vocábulo inglês *Mindfulness* é uma tradução da palavra *Sati* (em *Pali*, língua original de Buda) e é intraduzível no seu pleno sentido para português. Uma tradução aproximada poderia ser “consciencialização” ou “consciência consciente”, pelo que optámos pela utilização do estrangeirismo. Este conceito relaciona-se com qualidades particulares de atenção e consciência, que podem ser cultivadas e desenvolvidas através da meditação. O *Mindfulness* consiste em focar a atenção para a experiência presente de uma determinada forma: com um propósito, no momento presente e sem julgar. Isto é, os fenómenos que surgem na consciência individual durante a prática do *Mindfulness*, como as percepções, cognições, emoções ou sensações são observadas cuidadosamente mas não são avaliadas como boas ou más, verdadeiras ou falsas, saudáveis ou doentes, importantes ou triviais (Marlatt & Kristeller, 1999, *cit. in* Baer, 2003).

A premissa básica do *Mindfulness* consiste no facto de, na maioria dos aspectos da nossa vida, funcionarmos primariamente num modo de “piloto automático” caracterizado pelo hábito. Desta forma, e de acordo com este pressuposto, a qualidade de vida pode ser melhorada e o desconforto físico e psíquico reduzido, através da diminuição deste modo automático, procurando estar mais atento e aceitando o momento presente tal como ele se apresenta (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams & Teasdale, 2002, *cit. in* Shigaki, Glass & Schopp, 2006).

Como refere Kabat-Zinn (1994, p.33) “a meditação é a única actividade humana intencional e sistemática que, em última análise, é não tentar ser melhor e nem ir a qualquer lado, mas simplesmente compreender onde já se está”.

Neste contexto teórico, o *Mindfulness* difere em vários aspectos da terapia cognitivo-comportamental tradicional. Como acabámos de referir, o *Mindfulness* não inclui a avaliação dos pensamentos como racionais ou disfuncionais, mas, antes, os participantes são ensinados a observar os seus impulsos (pensamentos, sentimentos, sensações, desejos) de forma a poderem verificar a sua casualidade e transitoriedade. Isto é, o indivíduo ao olhar para eles, pode verificar que tão depressa surgem como se desvanecem, que têm uma vida própria, que são apenas pensamentos, não tendo que ser orientado por eles, pois são necessariamente limitativos acerca da experiência (*idem*).

Também os procedimentos cognitivo-comportamentais tradicionais têm usualmente um objectivo claro, tal como a alteração de um padrão cognitivo ou comportamental. Por sua vez, o *Mindfulness* apesar de prescrever algumas tarefas, nenhum objectivo específico é adoptado. Neste caso, os participantes observam simplesmente o que se passa em cada momento sem os julgar (Baer, 2003).

Até muito recentemente o *Mindfulness* era um conceito relativamente desconhecido na nossa cultura, provavelmente devido à sua origem no Budismo. No entanto, investigadores e clínicos ocidentais que introduziram a prática desta terapia no tratamento da saúde mental usaram estas competências, independentemente da sua cultura ou religião (Kabat-Zinn, 1982).

Podem ser encontradas algumas diferenças no significado de *Mindfulness* no pensamento oriental e ocidental. No pensamento oriental, a meditação envolve a restrição da atenção, o foco nos objectos correntes, relembando-os e não se descentrando deles através da distração, pensamento associativo, afastamento ou rejeição, durante períodos extensos de tempo. Já o pensamento ocidental vê a meditação *Mindfulness* como uma forma de prestar atenção aos eventos externos e aos processos da mente, através de uma

“observação destacada”. O meditador inicialmente foca a sua atenção na respiração, até a atenção se encontrar relativamente estável. A partir deste ponto, é capaz de observar qualquer evento físico ou mental que pode naturalmente surgir no campo da consciência. Estes eventos alteram-se de momento para momento e são observados com curiosidade, ao invés de serem julgados ou avaliados (DeCharms, 1998, *cit. in* Weick & Putnam, 2006, p.276; Kabat-Zinn, 1982, *cit. in* Shigaki, Glass & Schopp, 2006).

Apesar da literatura empírica sobre os efeitos do treino do *Mindfulness* conter várias limitações metodológicas, esta sugere que as presentes intervenções podem levar à diminuição de diversos problemas, como a dor, o stresse, a ansiedade, as recaídas depressivas e os distúrbios alimentares (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998).

Um estudo recente realizado por Coffey e Hartman (2008) relativo à relação entre o *Mindfulness* e o desconforto psicológico em estudantes, concluiu existir uma relação inversa entre ambas as variáveis, sendo esta mediada por factores como a regulação emocional, o desapego e a ruminação. Isto é, quanto maior o desenvolvimento de competências *Mindfulness*, menor o desconforto psicológico sentido pelos sujeitos, devido à redução de pensamentos ruminativos (sobre o passado ou o futuro), ao maior desapego (capacidade de visualizar a felicidade como independente das circunstâncias externas) e à maior capacidade de regulação emocional (habilidade de regular o afecto negativo).

Chadwick, Taylor e Abba (2005) realizaram também um estudo de forma a verificarem a eficácia do *Mindfulness* em indivíduos com sintomatologia psicótica, através da administração do questionário CORE (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation*). Esta intervenção foi associada a uma melhoria no funcionamento clínico geral. Uma outra pesquisa realizada por Beauchemin, Hutchins e Patterson (2008) com adolescentes diagnosticados com dificuldades de aprendizagem, verificou melhorias significativas no desenvolvimento das capacidades sociais e desempenho académico e decréscimo da ansiedade estado e traço, após o treino de meditação *Mindfulness*.

Em termos neurológicos, um estudo realizado por Davidson *et al.* (2003) concluiu que a meditação *Mindfulness* pode produzir um aumento relativo da activação na região anterior esquerda do cérebro (córtex frontal), que está associada a reduções na ansiedade e afecto negativo e melhorias no afecto positivo. Também uma pesquisa realizada por Chambers, Yee Lo e Allen (2008) num grupo de 20 meditadores noviços não clínicos verificou que os que completaram o treino da meditação *Mindfulness* demonstraram melhorias significativas na sintomatologia depressiva, pensamentos ruminativos e na

performance da memória de trabalho e atenção, quando comparados com o grupo de controlo.

Surge, assim, a presente revisão empírica com o objectivo de sumariar a literatura recente sobre o treino do *Mindfulness*, como método de intervenção clínica. Mais concretamente, pretende-se verificar os efeitos terapêuticos de dois programas baseados no *Mindfulness*: a Redução do Stresse baseado no *Mindfulness* (MBSR) e a Terapia Cognitiva baseada no *Mindfulness* (MBCT).

O método MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) é o programa terapêutico mais conhecido da terapia *Mindfulness*, tendo sido introduzido em 1979 e desenvolvido num contexto médico para a população com doença crónica e perturbações relacionadas com o stresse. Este programa é realizado por um período de 8 a 10 semanas, com 10 a 40 participantes por cada grupo, que se reúnem semanalmente entre uma hora e meia a duas horas e meia, para praticarem e receberem instruções sobre as capacidades de meditação *Mindfulness* e discutirem sobre stresse, *coping* e sobre os trabalhos de casa realizados. Os exercícios de meditação incluem exploração corporal *mindful*, meditação sentada, meditação a caminhar e técnicas básicas de yoga. Os participantes são ainda instruídos a relatar os seus pensamentos e sentimentos, sem se tornarem absorvidos pelo seu conteúdo (Kabat-Zinn, 1982).

A intervenção grupal MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) é baseada largamente no programa MBSR de Kabat-Zinn. Este programa incorpora também elementos da terapia cognitiva tradicional que facilita a identificação e descentração dos próprios pensamentos, incluindo suposições como “pensamentos não são factos” e “eu não sou os meus pensamentos”. No entanto, existem algumas diferenças nestas abordagens. Particularmente, enquanto que a terapia cognitiva tradicional enfatiza a substituição de pensamentos disfuncionais por outros mais adaptativos, o programa MBCT foca-se na abordagem do pensamento, enfatizando a consciência dos pensamentos, apreciando a sua natureza transitória e desenvolvendo tolerância para observar os seus próprios pensamentos e sentimentos. Esta intervenção é mais utilizada para prevenir a reincidência depressiva, impedindo a escalada de pensamentos negativos que originam padrões ruminativos (Teasdale, Segal & Williams, 1995).

Kabat-Zinn (1982) referiu no seu primeiro estudo relativo aos efeitos do MBSR na dor crónica, que a prática do *Mindfulness* poderia conduzir à capacidade de experienciar sensações de dor sem uma reactividade emocional excessiva, ou seja, mesmo quando não havia redução nas sensações de dor, o sofrimento e o desconforto eram aliviados.

Identicamente, um estudo realizado por Plews-Ogan, Owens, Goodman, Wolfe e Scharling (2005) onde avaliaram o efeito do MBSR no controlo da dor crónica, concluíram que não se verificaram alterações significativas na percepção da dor. No entanto, observaram alterações efectivas e de longa duração nas alterações de humor.

Também Teasdale *et al.* (1995) refere que o treino do *Mindfulness* pode habilitar os indivíduos deprimidos a descrever os seus pensamentos depressogénicos e a redireccionar a sua atenção para outros aspectos do momento presente, como a respiração, o andar e os sons do meio ambiente, evitando deste modo, pensamentos ruminativos. Estes autores sublinham que este treino encoraja a consciência dos eventos cognitivos e emocionais à medida que vão ocorrendo, incluindo aqueles que podem ser sinais de uma potencial recaída depressiva. Este reconhecimento pode levar a uma mudança efectiva do comportamento, incluindo diminuição da impulsividade e comportamentos mal-adaptativos. À primeira vista, este redireccionamento pode sugerir uma forma de fuga ou afastamento, no entanto, é precisamente o oposto. O grande objectivo aqui é aceitar o momento presente, observar todos os seus aspectos, alargar assim o seu horizonte naquele preciso instante e, desta forma, valorizar aspectos que a maior parte das vezes passam despercebidos.

Como é perceptível pelo descrito atrás, um conceito estreitamente relacionado com o *Mindfulness* é o de aceitação. A importância da relação entre aceitação e mudança tem constituído a base de muitas discussões psicoterapêuticas. Hayes (2004) sugere que a aceitação envolve o experienciar pleno dos eventos, sem defesas, tal como eles são, o que poderá ser algo profundamente libertador, tornando o indivíduo menos prisioneiro desses padrões de pensamento. Neste sentido, a prática do *Mindfulness* ao envolver a aceitação da realidade, em vez de procurar estratégias sistemáticas para a mudar, pode conduzir o indivíduo a experienciar diminuições significativas numa variedade de sintomas (Baer, 2003).

Foi tendo em conta estas considerações, que estabelecemos como propósito na presente revisão realizar uma análise de **14** estudos empíricos onde foram administrados programas baseados no *Mindfulness* (MBSR ou MBCT) em amostras clínicas ou não, avaliando os efeitos terapêuticos na saúde física e/ou mental. Foram utilizados procedimentos meta-analíticos, recorrendo ao cálculo do tamanho do efeito (*d* de Cohen's) de forma a facilitar a quantificação dos resultados, a comparação entre estudos e entre os grupos experimentais e os de controlo.

Método

A descrição da metodologia utilizada permite não só dar a conhecer as estratégias aplicadas na presente revisão, como facilita a determinação de objectivos específicos para, desta forma, se definir o que procurar e o que se pretende alcançar com o nosso estudo.

Critérios de Inclusão

Os estudos incluídos nesta revisão empírica foram publicados entre os anos de 2000 e 2008. Os programas de intervenção administrados foram o MBSR e o MBCT, que são necessariamente administrados em grupo.

Todos os estudos incluídos foram publicados em Inglês e compararam os resultados de um grupo de participantes antes e após as respectivas intervenções. Alguns dos estudos recorreram a um grupo de controlo, de forma a comparar a eficácia das intervenções. Não utilizámos qualquer procedimento para encontrar estudos não publicados.

Foram excluídos todos os estudos que não apresentavam o cálculo da média e do desvio padrão dos resultados na pré e pós intervenção, uma vez que impossibilitava o cálculo do tamanho do efeito de *d* de Cohen's. Foram também excluídos todos aqueles onde se procedeu à administração de uma intervenção baseada no *Mindfulness*, mas que não era especificamente o MBSR ou MBCT.

Pesquisa Bibliográfica

Como estratégias de pesquisa dos estudos para a presente revisão, utilizou-se a pesquisa electrónica nas seguintes bases de dados: *Sage Publications*, *Ovid*, *Proquest* e *B-on*. A presente pesquisa efectuou-se nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2008.

Recorremos às seguintes palavras-chave: *Mindfulness-Based Stress Reduction*; *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* e *Health Benefits*.

Códigos do Estudo

Cada estudo foi codificado tendo em conta variáveis demográficas e metodológicas, tais como: a identificação dos autores, o ano de publicação do estudo, o desenho

experimental, a população e diagnóstico da amostra, o tipo de intervenção nos grupos experimental e de controlo, o número de escalas administradas, o número de sujeitos e média das idades em ambos os grupos e os respectivos cálculos dos tamanhos do efeito (*d* de Cohen's).

Cálculo do Tamanho do Efeito

O tamanho do efeito é um nome dado à família de indicadores que medem a magnitude do efeito de um tratamento. Assim como os testes de significância, estes indicadores são independentes do tamanho da amostra. As medidas do tamanho do efeito são comuns nos estudos meta-analíticos, sumariando os resultados de uma área de investigação específica (University of Colorado, 2000 em <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm>).

Existem variadíssimas fórmulas para o cálculo do tamanho do efeito, destacando-se o *d* de Cohen's, o *g* de Hedges's e o *delta* de Glass's (idem). Neste estudo, optámos pela utilização do primeiro, apenas pelo facto de ter sido o mais citado na nossa pesquisa bibliográfica.

O tamanho do efeito de *d* de Cohan's é calculado através da divisão da diferença da média (*M*) dos resultados, pela média do desvio padrão (*DP*), como demonstra a seguinte fórmula: $d = M_1 - M_2 / DP_{total}$, em que: $DP_{total} = \sqrt{[(DP_1^2 + DP_2^2) / 2]}$. Existem duas formas de calcular a diferença da média: diferença tratamento/controlo (entre os grupos) ou diferença pré-tratamento/pós-tratamento (dentro do mesmo grupo). Neste estudo, optou-se por utilizar este último cálculo, de forma a homogeneizar os resultados de todos os estudos analisados.

Considerou-se também pertinente calcular o tamanho do efeito nos grupos de controlo (existentes em 8 dos 14 estudos analisados), de forma a aumentar a coerência dos nossos resultados.

Cohen (1988, *cit. in* University of Colorado, 2000 em <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm>) definiu o efeito do tamanho como: pequeno quando $d \geq 0.2$ e $d < 0.5$; médio quando $d \geq 0.5$ e $d < 0.8$ e elevado quando $d \geq 0.8$.

O tamanho do efeito permite desta forma, observar a maior ou menor eficácia dos tratamentos aqui analisados (MBSR e MBCT), possibilitando ainda a sua comparação com outros tratamentos ou ausência destes, nos respectivos grupos de controlo.

Resultados

Apresentamos de seguida um Quadro que sumaria os estudos incluídos nesta revisão, as suas características e os respectivos tamanhos do efeito.

Quadro 1 - Sumário dos estudos incluídos na revisão sistemática

Estudo	Ano	Desenho	Amostra	Diagnóstico	Intervenção G.E.	Intervenção G.C.	Nº Escalas	N/ID G.E.	N/ID G.C.	<i>d</i> G.E.	<i>d</i> G.C.
Specia <i>et al.</i> ¹	2000	A	População Clínica	Doentes Oncológicos	MBSR	Lista de Espera	2	53 (54.9)	37 (48.9)	0.75	0.15
Carlson <i>et al.</i> ²	2003	B	População Clínica	Doentes Oncológicos (Mama e Próstata)	MBSR	*	3	42 (54.5)	*	0.25	*
Smith <i>et al.</i> ³	2006	B	População Clínica	Obesidade	MBSR	*	5	25 (47.8)	*	0.66	*
Samuelson <i>et al.</i> ⁴	2007	B	Reclusos	Stresse	MBSR	*	3	1350 (?)	*	0.28	*
Tacón <i>et al.</i> ⁵	2004	B	População Clínica	Doentes Oncológicos (Mama)	MBSR	*	4	27 (53.3)	*	0.96	*
Marcus <i>et al.</i> ⁶	2003	B	Comunidade Clínica Terapêutica	Abuso de Substâncias	MBSR	*	1	21 (33.4)	*	0.39	*
Walach <i>et al.</i> ⁷	2007	A	Trabalhadores Universidade	Stresse	MBSR	Lista de Espera	5	12 (41.3)	17 (33.7)	0.61	0.16
Klatt <i>et al.</i> ⁸	2008	A	Trabalhadores Empresa	Stresse	MBSR	Lista de Espera	3	22 (43.4)	20 (46.5)	2.57	0.80
Shapiro <i>et al.</i> ⁹	2007	A	Terapeutas	Stresse	MBSR	Curso teórico de Psicologia	6	22 (29.2)	32	0.73	0.15
Roth <i>et al.</i> ¹⁰	2004	A	População Clínica	Diagnósticos Diversos	MBSR	Sem intervenção	2	68 (51.2)	18 (35.2)	0.46	0.28
Weissbecker <i>et al.</i> ¹¹	2002	A	População Clínica	Fibromialgia	MBSR	Lista de Espera	4	37 (48.03)	24	0.39	0.10
Crane <i>et al.</i> ¹²	2008	A	População Clínica	Distúrbios de Humor	MBCT	Lista de Espera	2	19 (49.8)	23 (40.4)	0.40	0.19
Ree <i>et al.</i> ¹³	2007	B	População Clínica	Distúrbios de Humor e Ansiedade	MBCT	*	5	26 (39.5)	*	0.60	*
Weiss <i>et al.</i> ¹⁴	2005	A	População Clínica	Distúrbios de Humor	MBSR	Psicoterapia Tradicional	1	15 (I=41)	16 (I=44.6)	1.10	0.64

Notas: N = Número de sujeitos; ID = Média das idades dos sujeitos; G.E.= Grupo Experimental; G.C. = Grupo de Controlo; *d* = Tamanho do Efeito de *d* de Cohan's; A = Estudo empírico quantitativo quase-experimental com pré/pós teste com 2 grupos; B = Estudo empírico quantitativo quase-experimental com pré/pós teste com 1 grupo.

Pode assim observar-se a diversidade das amostras e as respectivas metodologias que são claramente evidentes. Os diagnósticos incluem perturbações físicas (doenças oncológicas, obesidade, fibromialgia) e perturbações psicológicas (stresse, distúrbios de humor e ansiedade, dependências de químicos). A população dos respectivos estudos divide-se em população clínica e não clínica (terapeutas, reclusos, funcionários).

Os gráficos seguintes demonstram, de forma clara, as variáveis presentes nesta revisão empírica.

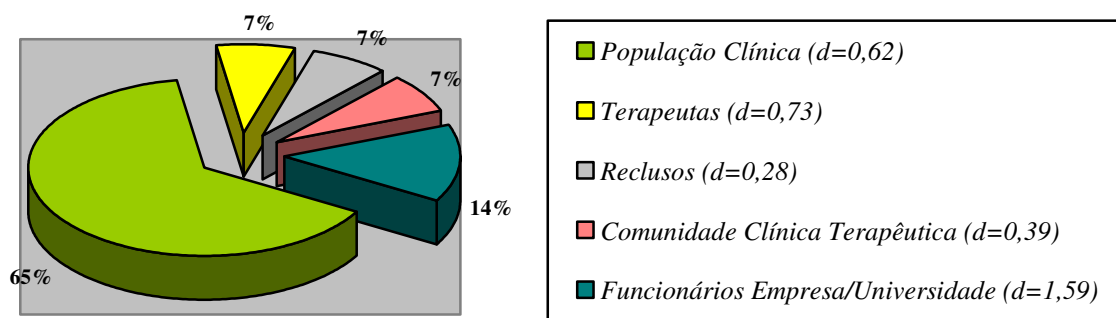


Gráfico 1 - Amostras Utilizadas

As amostras utilizadas representam uma larga franja da população em geral. A grande maioria dos estudos realizou-se com população clínica, representando assim 65% da revisão aqui realizada. Os sujeitos eram seguidos em clínicas, hospitais ou centros de saúde, sendo o apelo realizado através de cartazes, panfletos e *mass media*. A inscrição era feita voluntariamente para a realização dos respectivos estudos. Dois dos estudos analisados (14%) recorreram a funcionários de uma empresa e de uma universidade, os restantes três estudos administraram o programa baseado no *Mindfulness* a terapeutas, a reclusos e a uma comunidade clínica terapêutica, representando cada um, 7% da amostra deste estudo de revisão.

Os diagnósticos apresentados são também diversificados, como apresentamos de seguida, onde quatro dos estudos intervieram na problemática do stresse, três trabalharam com doentes oncológicos e outros três com distúrbios de humor. Mais quatro estudos

abordaram, respectivamente, a fibromialgia, a obesidade, o abuso de substâncias e diagnósticos diversos (estes últimos, relativos a utentes de um centro de saúde).

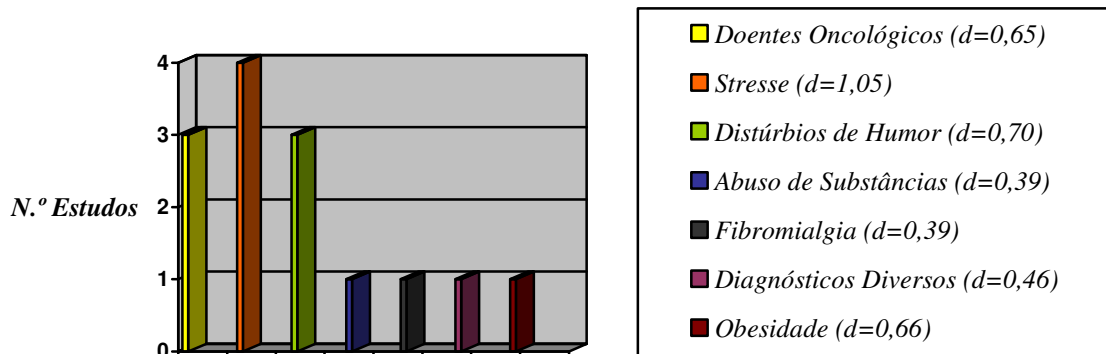


Gráfico 2 - Diagnóstico

As intervenções utilizadas nos estudos aqui revistos resumem-se a doze intervenções da Redução de Stresse Baseado no *Mindfulness* (MBSR) e a duas intervenções de Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (MBCT), como apresentamos no Gráfico 3.



Gráfico 3 - Intervenção Mindfulness

Os instrumentos de avaliação utilizados nos presentes estudos foram bastante diversificados, tendo em conta que cada um tinha como principal objectivo avaliar dimensões específicas associadas a determinadas perturbações, como por exemplo, a qualidade de vida, a auto-estima, a auto-compaixão, a ruminação, o stresse, o humor, entre outras (ver anexo I).

Nesta revisão, os estudos que tinham como objectivo avaliar as mudanças nas competências do *Mindfulness* (quatro dos catorze estudos) administraram o **MAAS** (*Mindful Attention Awareness Scale* – Brown & Ryan, 2003). Esta escala é uma medida de avaliação da consciência e atenção aos eventos e experiências do momento presente. Inclui 15 itens recodificados, pontuados de 1 a 6. Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de atenção e consciência *Mindfulness*.

Relativamente à avaliação da ansiedade e da depressão, os questionários mais utilizados foram, o **STAI** (*State-Trait Anxiety Inventory* - Spielberger, 1983) e o **BDI** (*Beck Depression Inventory* - Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), respectivamente. O STAI é um inventário que inclui duas escalas, a de ansiedade-traço, que mede sintomas de ansiedade característicos da personalidade (consistentes) no indivíduo e a ansiedade-estado, que mede sintomas (temporários) de ansiedade no momento presente. Cada escala contém 20 questões, em que os inquiridos têm que referir a sua concordância com elas, numa escala de 1 a 4. Pontuações mais elevadas indicam um nível maior de ansiedade. O BDI é usado para avaliar os sintomas depressivos, durante as últimas duas semanas. Este inventário inclui 23 questões, pontuadas de 0 a 3. Pontuações mais elevadas indicam maiores sintomas depressivos.

A escala usada para a avaliação do stresse foi a **PSS** (*Perceived Stress Scale* – Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), utilizada em 4 dos 14 estudos analisados. Esta escala mede o grau em que diferentes situações na vida são encaradas como stressantes. A PSS é uma medida de avaliação de 10 itens, em que é pedido aos sujeitos para classificarem as situações de vida quando se sentem em stresse (por exemplo, como imprevisível, incontrolável), durante a última semana (0=nunca; 4=quase sempre).

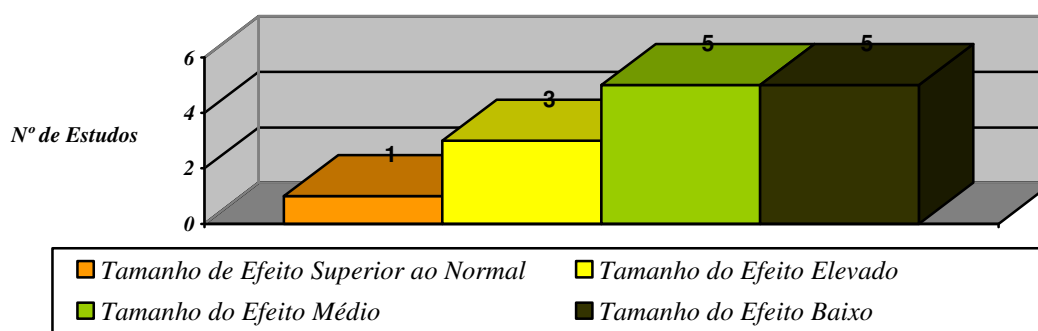


Gráfico 4 - Tamanho do Efeito

Relativamente aos resultados obtidos, como se pode observar no Gráfico 4, cinco dos estudos revistos (3, 7, 9, 10 e 13) reportaram um tamanho do efeito médio ($0.5 \leq d < 0.8$), ou seja, demonstraram uma redução significativa nas diversas patologias (alimentação compulsiva, stresse, depressão, ansiedade, etc.) após a administração do programa MBSR ou MBCT. Outros cinco estudos (2, 4, 6, 11 e 12) apresentaram um tamanho do efeito baixo ($0.2 \leq d < 0.5$), demonstrando uma ligeira mudança nas várias perturbações após a aplicação de um dos programas. No entanto, três dos resultados mais baixos encontram-se muito próximos dos valores médios, apresentando valores de d de Cohan's de 0,39 (dois

dos estudos) e 0,40. É necessário salientar o facto de que os tamanhos do efeito consistem em médias dos resultados dos questionários aplicados em cada estudo e, desta forma, apesar de estes cinco estudos apresentarem coeficientes baixos, existem factores que manifestaram mudanças estatisticamente significativas (ver anexo I).

Por último, três dos estudos (1, 5 e 14) manifestaram tamanhos do efeito alto ($d \geq 0.8$), apresentando valores de 0,75, 0,96 e 1,10, respectivamente. Desta forma, verificaram-se mudanças bastante significativas após a intervenção. Curiosamente, outro estudo (8) manifestou um tamanho do efeito superior aos valores tradicionais nos diversos estudos, com um valor de 2.57, que excede largamente os valores de d considerados por Cohan's (1988) entre 0.0 e 2.0.

Apresentamos também a comparação dos tamanhos do efeito (d) nos oito estudos analisados que recorreram a um grupo de controlo, facilitando assim a observação da eficácia dos programas MBSR ou MBCT.

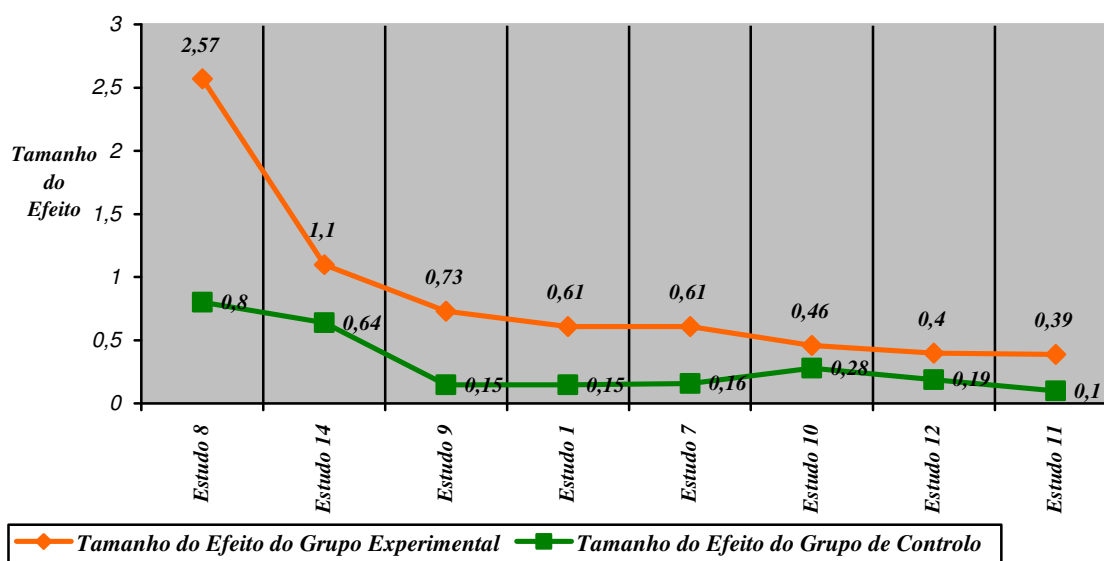


Gráfico 5 - Comparação do Tamanho do Efeito no Grupo Experimental e de Controlo

Podemos assim observar no Gráfico 5, que o tamanho do efeito no grupo experimental é, em todos os casos, substancialmente mais elevado do que no grupo de controlo. Desta forma, podemos observar que nestes estudos os programas baseados no *Mindfulness* têm um efeito positivo nos pacientes. Os grupos de controlo (em lista de espera, sem intervenção e administração de um curso teórico de psicologia), por sua vez, não apresentam qualquer mudança significativa.

Em todos estes estudos, obtivemos resultados do tamanho do efeito coincidentes com as conclusões dos respectivos autores. No **estudo 1** os pacientes com cancro,

demonstraram após intervenção, pontuações significativamente mais baixas no total da escala de distúrbios de humor e nas sub-escalas de depressão e stresse, comparativamente ao grupo de controlo. Também o **estudo 7** apresentou resultados consistentes com os nossos, concluindo que no grupo experimental se verificou um aumento de estratégias positivas de *coping* e diminuição das negativas, não havendo alterações no grupo de controlo. O **estudo 9** interveio com terapeutas, verificando-se que os sujeitos a quem foi administrado o programa MBSR reportaram diminuições significativas nos sintomas de stresse, afecto negativo, ansiedade, ruminação e aumento do afecto positivo e auto-compaixão. Similarmente, no **estudo 10** concluímos haver uma melhoria estatisticamente significativa em 6 das 8 medidas do SF-36 (que mede o estado de saúde) nos pacientes de um centro de saúde, apesar dos autores referirem apenas melhorias em 5 das 8 medidas.

Identicamente, no **estudo 11** os nossos coeficientes de *d* foram consistentes com as conclusões obtidas pelos seus autores, verificando-se que, comparativamente ao grupo de controlo, as mulheres com fibromialgia a quem foi administrado a intervenção MBSR reportaram melhorias no sentido de coerência e, conseqüentemente, originaram níveis mais baixos de stresse e depressão.

Também se verificou no **estudo 12** coeficientes de *d* não significativos, após administração do programa MBCT, nos grupos de controlo (em lista de espera) e experimental. No entanto, e apesar do valor médio de *d* no grupo experimental ter sido baixo, os nossos cálculos do tamanho do efeito verificaram que neste grupo houve melhorias significativas no que respeita aos sintomas da depressão ($d=0,61$), o que não se verificou no grupo de controlo. Relativamente à avaliação da auto-discrepância, verificou-se no grupo experimental uma diminuição na discrepância entre o “eu” real e o “eu” ideal, onde os indivíduos manifestaram um “eu” mais adaptativo e menos desfasado da realidade, ao contrário do grupo de controlo que apresentou um aumento desta discrepância. Os coeficientes de *d* foram desta forma baixos, devido à média realizada entre os resultados do inventário da depressão e o questionário de auto-discrepância.

Já os estudos 8 e 14 apresentam grupos de controlo (um em lista de espera e outro seguido em psicoterapia tradicional) com tamanhos de efeito alto ($d=0,80$) e médio ($d=0,64$), respectivamente. De salientar que estes estudos apresentam nos grupos experimentais, coeficientes bastante elevados do *d* de Cohan's: no estudo 8, *d* tem um valor de 2,57 e no estudo 14, de 1,10. No **estudo 8** os nossos resultados são bastante coerentes com as conclusões obtidas pelos autores, verificando-se no grupo experimental

melhorias elevadas no stresse percebido, assim como nas competências *Mindfulness*. No entanto, observaram-se melhorias na qualidade do sono em ambos os grupos, o que aumentou o coeficiente de d no grupo de controlo. Similarmente, no **estudo 14** os nossos cálculos foram extremamente consistentes com as conclusões do próprio estudo, verificando-se uma diminuição significativa no desconforto psicológico em ambos os grupos, uma vez que o grupo de controlo teve também intervenção psicoterapêutica. No entanto, o grupo com intervenção MBSR teve ganhos significativamente maiores do que o grupo de controlo.

Como já referimos, os resultados do tamanho do efeito obtidos na nossa revisão coincidiram, na grande maioria, com as conclusões dos autores dos estudos aqui integrados. Também as conclusões dos estudos 3, 5, 6 e 13 foram coerentes com os nossos resultados, no entanto, não apresentaram grupo de controlo na sua investigação. No **estudo 3** observou-se uma redução moderada na alimentação compulsiva após administração do programa MBSR, relacionada com o aumento na auto-aceitação e diminuição da ansiedade-estado. Igualmente, no **estudo 5** verificou-se reduções bastante significativas nos níveis de stresse e ansiedade-estado, como mudanças benéficas e significativas no ajustamento mental ao cancro e controlo do *locus* de saúde após a intervenção MBSR. No **estudo 6** os resultados são extremamente consistentes com os nossos cálculos, observando-se níveis de cortisol significativamente mais baixos ($d=0,64$) nos dependentes de substâncias após a intervenção, não obstante a diferença nos sintomas de stresse não ter sido estatisticamente significativa ($d=0,14$). Também no **estudo 13** os coeficientes de d vão de encontro às conclusões encontradas pelos autores dos estudos, onde se verificaram melhorias significativas nos sintomas da depressão, ansiedade, stresse, sintomas de insónia, auto-estima e competências *Mindfulness*.

Apenas em dois estudos (2 e 4) o d por nós obtido foi baixo, contrariando as conclusões dos investigadores, que consideraram existir melhorias significativas nos indivíduos após administração do programa terapêutico *Mindfulness*. Os autores do **estudo 2** concluíram existir melhorias significativas na qualidade de vida e stresse nos pacientes com cancro da mama e próstata, mas não no humor, após intervenção do programa MBSR. Os nossos cálculos não apresentaram diferenças significativas em nenhum dos factores e os distúrbios de humor manifestaram um coeficiente de d quase nulo, justificado pelos níveis iniciais baixos de distúrbios de humor. Também o **estudo 4** concluiu existirem melhorias significativas nas medidas de hostilidade, auto-estima e distúrbios de humor em 1350

reclusos. No entanto, os tamanhos do efeito vieram contradizer estas conclusões, considerando uma baixa eficácia clínica na hostilidade e auto-estima e apenas mais elevada no humor ($d=0,41$).

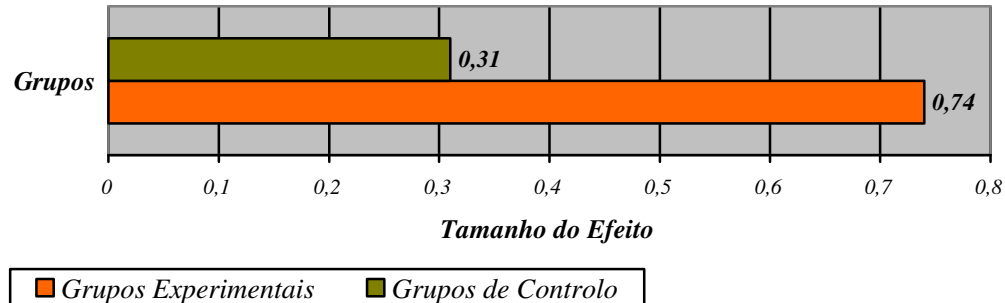


Gráfico 6 - Tamanho do Efeito Médio

Tendo em conta os resultados referidos anteriormente, podemos observar o Gráfico 6 onde se observa um tamanho de efeito médio nos grupos experimentais de **0,74**, correspondendo a uma eficácia terapêutica bastante significativa dos programas baseados no *Mindfulness*. Já a média do tamanho do efeito nos grupos de controlo foi de **0,31**, expressando que os resultados destas intervenções (lista de espera, sem intervenção, curso teórico, psicoterapia tradicional) não são significativos.

Discussão

O propósito deste estudo consistiu em avaliar os benefícios da administração dos programas de intervenção MBSR ou MBCT na saúde física e/ou mental, através de uma revisão compreensiva de estudos empíricos controlados, utilizando como medida de apoio o cálculo do tamanho do efeito de d de Cohan's que permitiu, assim, verificar a magnitude do efeito da meditação *Mindfulness* nos grupos experimentais, através da comparação com os respectivos grupos de controlo.

Os nossos resultados permitiram-nos verificar que os programas baseados no *Mindfulness* apresentam uma eficácia terapêutica bastante significativa, manifestada por um valor médio de d de Cohan's de **0,74** (tamanho de efeito médio/alto), por oposição a um coeficiente de **0,31** nos grupos de controlo. Estas melhorias clínicas verificaram-se num largo espectro de perturbações psicológicas (distúrbios de humor e ansiedade, stresse, dependência de químicos) e físicas (doenças oncológicas, obesidade, fibromialgia).

De salientar que se verificaram melhorias significativas na população clínica ($d=0,62$) após a intervenção de programas baseados no *Mindfulness*. Pelo contrário, os estudos realizados com reclusos e com uma comunidade clínica terapêutica (toxicodependentes) apresentaram uma eficácia terapêutica baixa ($d=0,28$ e $0,39$), devido provavelmente às condições muito específicas em que se encontram estes sujeitos, em que uns estão mais privados de liberdade do que outros, mas ambos fora do seu contexto natural. As melhorias mais evidentes ocorrem na população não-clínica, como o caso de estudos realizados com terapeutas ($d=0,73$) e funcionários de uma empresa e universidade ($d=1,59$), levando-nos a considerar a maior eficácia dos programas baseados no *Mindfulness* (MBSR e MBCT) como estratégia para lidar com situações stressantes do quotidiano.

Podemos desta forma explicar (com precaução devido ao pequeno número de estudos incluídos) o facto de estas intervenções serem mais eficazes em indivíduos com perturbações físicas e/ou mentais que se encontrem em contextos considerados normativos (no seu meio ambiente). Apesar dos resultados encontrados nos referidos estudos, Kabat-Zinn (1994) defende que “a questão é que a nossa felicidade, a nossa satisfação e a nossa compreensão... não será mais profunda do que a nossa capacidade de nos conhecermos interiormente, encontrar o mundo exterior a partir do conforto íntimo que advém de nos

sentirmos em casa na nossa própria pele, a partir de uma familiaridade íntima com os caminhos do nosso próprio corpo e espírito” (p.101).

Uma meta-análise realizada por Grossman, Niemann, Schmidt e Walach (2004) onde se procedeu à administração do programa MBSR com o objectivo de verificar os benefícios na saúde física e mental, apresentou um tamanho do efeito médio, com um coeficiente a rondar os 0,5. De realçar que nesta meta-análise apenas 1 dos 10 estudos incluídos na revisão se encontrava publicado, ao contrário da nossa revisão, em que todos os estudos analisados estão publicados. Este aspecto é salientado na meta-análise de Grossman *et al.* (2004) por acreditarem que estudos não publicados podem apresentar resultados menos significativos.

Já a revisão realizada por Toneatto e Nguyen (2007) concluiu que o programa MBSR parece ter efeitos equívocos nos sintomas de ansiedade e depressão. Estes autores referem que os benefícios da intervenção se mostravam mais evidentes quando não existia um grupo de controlo activo, sugerindo desta forma que as melhorias nos sintomas podem estar mais relacionadas com variáveis não específicas, do que com a intervenção *Mindfulness* por si só. Estas considerações são também evidenciadas pela revisão realizada por Bishop (2002) que refere que a inexistência de um grupo de controlo activo, pode originar resultados que se devem a factores não específicos, dificultando a atribuição das mudanças à intervenção MBSR. Apesar de alguns estudos presentes na nossa revisão não apresentarem grupo de controlo e as mesmas limitações referidas pelas revisões anteriores se poderem verificar, nos que apresentaram um grupo de comparação observou-se uma proximidade nos valores do tamanho do efeito nos grupos experimentais e de controlo que, consequentemente, podem dever-se a outros factores do que ao programa de intervenção em si.

Através destas comparações (e tendo em conta a visualização do Gráfico 5) mostrou-se evidente que as intervenções baseadas no *Mindfulness* (MBSR e MBCT) apresentaram coeficientes mais elevados do tamanho do efeito (*d*) do que outros tratamentos nos grupos de controlo (listas de espera, sem intervenção, curso teórico e psicoterapia tradicional), demonstrando desta forma maior eficácia terapêutica. No entanto, os resultados deixaram transparecer uma relação directa entre ambos os grupos, uma vez que quando os grupos experimentais apresentam um tamanho do efeito médio e, por isso, os programas MBSR e MBCT têm uma eficácia clínica significativa, os grupos de controlo apresentam efeitos terapêuticos baixos. Por outro lado, nos dois estudos em que os grupos

experimentais apresentaram tamanhos de efeito elevados, os grupos de controlo apresentaram um d de Cohan's médio/alto. Já nos estudos que apresentaram tamanhos do efeito baixos no grupo experimental, não sendo o efeito do *Mindfulness* considerado significativo, obteve-se a mesma ineficácia nos grupos de controlo. Desta forma, podemos especular o facto da maior ou menor eficácia terapêutica se poder dever a variáveis inerentes ao próprio estudo, como as mudanças de rotina dos sujeitos que passam pelas intervenções, ao facto dos participantes se encontrarem em grupo (suporte social), à própria expectativa dos sujeitos das listas de espera de virem a realizar o tratamento ou, mesmo, à atenção prestada pelos próprios terapeutas.

Relativamente ao programa de intervenção MBCT, existem vários estudos que vão de encontro às mesmas conclusões. Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby *et al.* (2000) realizaram um estudo de forma a verificarem a eficácia deste programa na prevenção da reincidência da depressão, concluindo que apenas pacientes com três ou mais episódios prévios de depressão (EPD), reduziram significativamente o risco de reincidência (não acontecendo o mesmo para pacientes com dois ou menos episódios). Um outro estudo (Ma & Teasdale, 2004) veio confirmar os resultados apresentados anteriormente, fazendo referência à maior eficácia na prevenção da recaída na depressão, quando existem mais do que 3 EPD. Reforçando estes resultados, destaca-se a revisão empírica realizada por Coelho, Canter e Ernst (2007) que chegou aos mesmos resultados que os dois estudos anteriores. Também na nossa revisão, o estudo 12, realizado por Crane *et al.* (2008) apresentou melhorias significativas no que respeita aos sintomas da depressão ($d=0,61$) após a intervenção MBCT, uma vez que a média de EPD foi de 4. No entanto, não se observaram diferenças na discrepância entre o “eu” real e o idealizado (tamanho de efeito baixo: 0,28).

Por outro lado, no estudo 13, realizado por Ree e Craigie (2007) onde a média de episódios prévios de depressão foi de 2.4, obtivemos um d de Cohan's de 0,60 e como tal, uma eficácia significativa do programa MBCT na prevenção da reincidência de episódios depressivos. Apesar deste estudo expor resultados que vêm de alguma forma contrariar as conclusões da literatura anterior, estas diferenças podem ser justificadas pela ausência de grupo de controlo, pelo facto da amostra ser pequena e heterogénea ou por factores como a desejabilidade social. Também é importante salientar que neste estudo se calculou uma média de episódios depressivos anteriores, o que nos leva a conjecturar que os sujeitos que

tiveram mais do que 3 EPD podem ter manifestado melhorias bastante acentuadas, o que aumentou o coeficiente médio do tamanho do efeito.

Quanto à influência do MBSR em profissionais de saúde, um estudo realizado em 2005 por Shapiro, Astin, Bishop e Cordova, que interveio com enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas e psicólogos, revelou que esta intervenção diminuiu o stress percebido e aumentou a auto-compaixão, quando comparada com o grupo de controlo (apesar das diferenças não serem significativas). Também o estudo 9 incluído na nossa revisão (Shapiro, Brown & Biegel, 2007) manifestou diferenças bastante significativas após a administração do MBSR a terapeutas, apresentando um tamanho de efeito de 0,73, por oposição a um coeficiente de 0,15 no grupo de controlo (curso teórico de psicologia administrado a terapeutas).

Também a eficácia do *Mindfulness* na obesidade mórbida foi verificada num estudo (Singh, Lancioni, Singh, Winton, Singh *et al.*, 2008) que concluiu haver redução significativa de peso, aumento da actividade física e da alimentação saudável, através de uma consciencialização de alimentação *mindful* e estratégias de auto-controlo. Também o estudo 3, presente na nossa análise, interveio com pacientes com obesidade, manifestando um tamanho do efeito médio/alto ($d=0,66$) na redução moderada da alimentação compulsiva e aumento da auto-aceitação e diminuição da ansiedade (apesar de não ter sido avaliado o peso). Verificou-se, desta forma, a eficácia terapêutica desta intervenção em amostras com o presente diagnóstico.

Nos estudos incluídos nesta revisão, obteve-se um tamanho do efeito médio ($d=0,65$) após a intervenção MBSR em doentes oncológicos. Observaram-se em dois dos estudos (1 e 5) uma eficácia clínica alta, com um d de 0,75 e 0,96, respectivamente. Pelo contrário, constatou-se um tamanho do efeito pequeno ($d=0,25$) no estudo 2, que pode ser explicado pelo nível baixo das pontuações iniciais de distúrbios de humor e stresse, ou então, devido aos pacientes se encontrarem numa fase precoce da doença, com um mínimo de 3 meses após a cirurgia. Como é do conhecimento geral, o período de diagnóstico e de tratamento activo é associado a um maior desconforto psicológico, assim, estudos que reúnam grupos mais heterogéneos (tipo e estágio do cancro) podem obter resultados mais consistentes. Uma revisão empírica realizada por Ott, Norris e Bauer-Wu (2006) que teve como objectivo analisar o impacto da meditação *Mindfulness* em pacientes oncológicos, concluiu existirem benefícios consistentes, como melhorias no funcionamento psicológico, redução nos sintomas de stresse, melhorias nas estratégias de *coping* e bem-estar. De

qualquer forma estes autores aconselham mais investigação nesta área, recorrendo a desenhos experimentais controlados, métodos rigorosos e diagnósticos distintos de cancro, assim como contextos diferentes de tratamento.

Apesar da consistência dos nossos resultados, consideramos existirem algumas limitações na nossa revisão que delimitam de certa forma as nossas conclusões. Primeiramente, todos os estudos incluídos têm o mesmo desenho experimental, devido às condições necessárias para o cálculo do tamanho do efeito, o que restringe o número de estudos incluídos nesta revisão empírica, mas que facilita a quantificação dos efeitos terapêuticos e, assim, a comparação entre estudos e entre grupos experimentais e de controlo. Optámos por esta delimitação tendo em conta a revisão empírica realizada por Baer (2003) que expôs dificuldades em avaliar mudanças clínicas significativas na administração do *Mindfulness*. Na opinião desta autora, esta situação deveu-se ao facto de vários estudos apenas descreverem as pontuações brutas das variáveis dependentes e as alterações percentuais ou estatísticas das pontuações. Desta forma, não era possível descrever o grau de severidade dos problemas dos participantes antes e após o tratamento. Assim, Baer apenas sugere que o treino do *Mindfulness* pode aproximar do intervalo dito normal, os participantes com perturbações psicológicas ligeiras a moderadas.

Também o facto das intervenções implicarem administração dos programas em grupo pode ter efeitos positivos após os mesmos, uma vez que a própria rotina dos sujeitos foi alterada. Podemos então especular que a interação social dos indivíduos pode trazer ganhos terapêuticos, que não se devem à intervenção específica em si.

Os 14 estudos analisados representam também amostras de diferentes populações, assim como diagnósticos muito diversificados, dificultando por isso a comparação entre eles, em termos de maior ou menor eficácia clínica dos programas MBSR ou MBCT em cada perturbação específica.

Na nossa revisão, procedemos apenas à avaliação pré e pós administração dos programas MBSR e MBCT, não avaliando os tamanhos do efeito dos resultados nas respectivas sessões de seguimento (*follow-up*). Desta forma, não pudemos analisar se a eficácia terapêutica do *Mindfulness* é ou não constante no tempo.

Tendo em conta estas limitações, sugerimos que futuros estudos consigam de alguma forma homogeneizar estas variáveis (amostras e diagnósticos), facilitando assim resultados mais concretos. Igualmente, recomendamos a avaliação do *follow-up* após a

administração das técnicas *Mindfulness*, para assim se verificar a eficácia a longo termo destes programas. Seria também interessante comparar pacientes a quem foi administrado um programa baseado no *Mindfulness* em grupo, com sujeitos a quem foi administrado individualmente. Ou mesmo, comparar os resultados terapêuticos do treino do *Mindfulness*, com outras intervenções grupais, como por exemplo, o psicodrama, possibilitando desta forma a delimitação da variável “interacção social”.

De forma conclusiva podemos referir, que os programas baseados no *Mindfulness* apresentam resultados terapêuticos bastante significativos e consistentes num largo leque de perturbações físicas e mentais, salientado por uma média do tamanho do efeito bastante elevada nos grupos experimentais. Em todos os estudos analisados, verificaram-se melhorias independentemente de umas serem mais significativas do que outras. Também na nossa revisão da literatura analisámos vários estudos com diagnósticos distintos (desde dificuldades de aprendizagem a perturbações psicóticas) que alcançaram melhorias significativas após intervenções baseadas no *Mindfulness*.

O desenvolvimento de competências *Mindfulness* permite não só lidar com situações clínicas mais complexas, como também com situações quotidianas, possibilitando não apenas “olhar” mas “ver” realmente o que nos rodeia, pois como disse Henry Thoreau (*cit. in* Kabat-Zinn, 1994, p.24) “o dia só nasce para o que estamos despertos”.

O objectivo da prática da meditação não é a iluminação; é prestar atenção, mesmo em alturas extraordinárias, ao ser do presente, nada a não ser o presente, ter em mente esta consciencialização do agora em cada acontecimento da vida quotidiana.

Peter Matthiessen, The Snow Leopard

Referências Bibliográficas

- Arch, J. & Craske, M.(2005). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behavior research and therapy*, 1-10.
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A conceptual and empirical review. *American Psychological Association*, 10, 125-143.
- Beauchemin, J., Hutchins, T. & Patterson, F. (2008). Mindfulness Meditation May Lessen Anxiety, Promote Social Skills, and Improve Academic Performance Among Adolescents With Learning Disabilities. *Complementary Health Practice Review*, 13 (1), 34-45.
- Bishop, S. (2002). What Do We Really Know About Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Botella, J. & Gambara, H. (2006). Doing and reporting a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 425-440.
- Briggs, D. (2005). Meta-Analysis: A Case Study. *Evaluation Review*, 29, 87-127.
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and social Psychology*, 4, 822-848.
- Chadwick, P., Taylor, K. & Abba, N. (2005). Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351–359.
- Chambers, R., Yee Lo, B. & Allen, N. (2008). The Impact of Intensive Mindfulness Training on Attentional Control, Cognitive Style, and Affect. *Cognitive Therapy Research*, 32, 303-322.
- Coelho, H., Canter, P. & Ernst, E. (2007). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Evaluating Current Evidence and Informing Future Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1000-1005.
- Coffey, K. & Hartman, M. (2008). Mechanisms of Action in the Inverse Relationship Between Mindfulness and Psychological Distress. *Complementary Health Practice Review*, 13, 79-91.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. et al. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.

- Duvall, N. (2008). Mindfulness and Psychotherapy. In Germer, C., Siegel, R. & Fulton, P. (Eds.), *Journal of Psychology and Theology*, 36, 1, 65-69.
- Gilbert, P. (2006). Old and new ideas on the evolution of mind and psychotherapy. *Clinical Neuropsychiatry*, 3, 2, 139-153.
- Gregg, J., Callaghan, G. & Hayes, S. (2007). Improving Diabetes Self-Management Through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 336-343.
- Günther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2, 201-210.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits – A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. In S. Hayes & V. Follette & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*, 1-29. New York: Guilford Press.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Ishak, K., Platt, R., Joseph, L., Hanley, J. & Caro, J. (2007). Meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Trials*, 4, 525-539.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of Mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Aonde quer que eu vá*. Cascais: Sinais de Fogo Publicações Lda.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2, 144-156.
- Kisamore, J. & Brannick, M. (2007). An Illustration of the Consequences of Meta-Analysis Model Choice. *Organizational Research Methods*, 11, 35-53.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Ma, S. & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 31-40.
- Martinussen, M. & Bjørnstad, J. (1999). Meta-Analysis Calculations Based on Independent and Nonindependent Cases. *Educational and Psychological Measurement*, 59, 928-950.
- Mullen, B., Muellerleile, P. & Bryant, B. (2001). Cumulative Meta-Analysis: A Consideration of Indicators of Sufficiency and Stability. *Personality and Social Psychology*, 11, 1450-1462.
- Ott, M., Norris, R. & Bauer-Wu, S. (2006). Mindfulness Meditation for Oncology Patients: A Discussion and Critical Review. *Integrative Cancer Therapies*, 5(2), 98-108.
- Plews-Ogan, M., Owens, J., Goodman, M., Wolfe, P., & Schorling, J. (2005). *A Pilot Study Evaluating Mindfulness-Based Stress Reduction and Massage for the Management of Chronic Pain*, 1136-1138.
- Sandelowski, M. (2004). Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14, 1366-1386.
- Schmidt, F. (2008). Meta-Analysis: A Constantly Evolving Research Integration Tool. *Organizational Research Methods*, 11, 96-113.
- Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 2, 164-176.
- Shapiro, S., Schwartz, G. & Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 6, 581-599.
- Shigaki, C., Glass, B. & Schopp, L. (2006). Mindfulness-Based Stress Reduction in Medical Settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(3), 209-216.
- Singh, N., Lancioni, G., Singh, A., Winton, A., Singh, J., McAleavey, K. et al. (2008). A Mindfulness-Based Health Wellness Program for Managing Morbid Obesity. *Clinical Case Studies*, 7, 327-339.
- Song, F., Sheldon, T., Sutton, A., Abrams, K. & Jones, D. (2001). Methods for Exploring Heterogeneity in Meta-Analysis. *Evaluation & The Health Professions*, 2, 126-151.

- Sutton, A. & Abrams, K. (2001). Bayesian methods in meta-analysis and evidence synthesis. *Statistical Methods in Medical Research*, 10, 277-303.
- Teasdale, J., Segal, Z. & Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J. & Lau, M. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 615-623.
- Toneatto, T. & Nguyen, L. (2007). Does Mindfulness Meditation Improve Anxiety and Mood Symptoms? A Review of the Controlled Research. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 52, 4, 260-266.
- University of Colorado (2000). *Effect Size*. Acedido a 16 Novembro 2008 em <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm>.
- Weick, C. & Putnam, T. (2006). Organizing for Mindfulness: Eastern Wisdom and Western Knowledge. *Journal of Management Inquiry*, 3, 275-287.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. UK: Wiley.
- Whittemore, R., Chase, S. & Mandle, C. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11, 522-537.
- Yang, B. (2002). Meta-Analysis Research and Theory Building. *Advances in Developing Human Resources*, 4, 296-316.
- Zylowska, L., Ackerman, D., Yang, M., Futrell, J., Horton, N., Hale, T., et al. (2008). Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents With ADHD: A Feasibility Study. *Journal of Attention Disorders*, 6, 737-746.

-
- ¹ Speca, M., Carlson, L., Goodey, E. & Angen, M. (2000). Randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
 - ² Carlson, L., Speca, M., Patel, K. & Goodey, E. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction in Relation to Quality of Life, Mood, Symptoms of Stress, and Immune Parameters in Breast and Prostate Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
 - ³ Smith, B., Shelley, B., Leahigh, L. & Vanleit, B. (2006). A Preliminary Study of the Effects of a Modified Mindfulness Intervention on Binge Eating. *Complementary Health Practice Review*, 11, 133-143.
 - ⁴ Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J. & Bratt, M. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction in Massachusetts Correctional Facilities. *The Prison Journal*, 87, 254-268.
 - ⁵ Tacón, A., Caldera, Y. & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in Women With Breast Cancer. *Families, Systems, & Health*, 2, 193-203.
 - ⁶ Marcus, M., Fine, P., Moeller, F., Khan, M., Pitt, K., Swank, P. et al. (2003). Change in Stress Levels Following Mindfulness-based Stress Reduction in a Therapeutic Community. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 3, 63-68.
 - ⁷ Walack, H., Nord, E., Zier, C., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. & Schupbach, H. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction as a Method for Personnel Development: A Pilot Evaluation. *International Journal of Stress Management*, 2, 188-198.
 - ⁸ Klatt, M., Buckworth, J. & Malarkey, W. (2008). Effects of Low-Dose Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR-ld) on Working Adults. *Health Education & Behavior*.
 - ⁹ Shapiro, S., Brown, K. & Biegel, G. (2007). Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 105-115.
 - ¹⁰ Roth, B. & Robbins, D. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and Health-Related Quality of Life: Findings From a Bilingual Inner-City Patient Population. *Psychosomatic Medicine*, 66, 113-123.

- ¹¹ Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J., Floyd, A., Dedert, E. & Sephton, S. (2001). Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women With Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4, 297-307.
- ¹² Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D., Hepburn, S., Fennell, M. & Williams, J. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Discrepancy in Recovered Depressed Patients with a History of Depression and Suicidality. *Cognitive Therapy Research*, 32, 775-787.
- ¹³ Ree, M. & Craigie, M. (2007). Outcomes Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy in a Heterogeneous Sample of Adult Outpatients. *Behaviour Change*, 2, 70-86.
- ¹⁴ Weiss, M., Nordlie, J. & Siegel, E. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as an Adjunct to Outpatient Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 108-112.

Anexo I

Tabelas dos cálculos dos tamanhos do efeito

Tabela 1 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 1

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
POMS	37,1	32,7	14,7	29,8	34,9	35,0	32,9	33,0
	$d = 14,7-37,1/\sqrt{(29,8^2+32,7^2)}/2 = 22,4/31,2836 = \mathbf{0,72}$				$d = 32,9-34,9/\sqrt{(33^2+35^2)}/2 = 2/34,015 = \mathbf{0,06}$			
SOSI	101,8	43,7	68,9	40,4	111,1	59,6	97,6	54,0
	$d = 68,9-101,8/\sqrt{(40,4^2+43,7^2)}/2 = 32,9/41,9865 = \mathbf{0,78}$				$d = 97,6-111,1/\sqrt{(54^2+59,6^2)}/2 = 13,5/56,869 = \mathbf{0,24}$			
	Média $d = (0,72+0,78)/2 = \mathbf{0,75}$				Média $d = (0,06+0,24)/2 = \mathbf{0,15}$			

M = Média; DP = Desvio Padrão; POMS = Profile of Mood States; SOSI = Symptoms of Stress Inventory.

Tabela 2 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 2

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
EORTC	66,3	16,3	71,8	14,8	X			
	$d = 71,8-66,3/\sqrt{(14,8^2+16,3^2)}/2 = 5,5/15,568 = \mathbf{0,35}$							
SOSI	82,4	47,6	66,5	42,6				
	$d = 66,5-82,4/\sqrt{(42,6^2+47,6^2)}/2 = 15,9/45,169 = \mathbf{0,35}$							
POMS	15,9	29,8	13,9	33,0				
	$d = 13,9-15,9/\sqrt{(33^2+29,8^2)}/2 = 2/31,441 = \mathbf{0,06}$							
	Média $d = (0,35+0,35+0,06)/3 = \mathbf{0,25}$							

EORTC = European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire;

SOSI = Symptoms of Stress Inventory; POMS = Profile of Mood States.

Tabela 3 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 3

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
BES	10,12	9,60	7,12	7,12	X			
	$d = 7,12-10,12/\sqrt{(7,12^2+9,60^2)}/2 = 3/8,451 = \mathbf{0,36}$							
STAI	37,72	9,03	32,20	9,99				
	$d = 32,20-37,72/\sqrt{(9,99^2+9,03^2)}/2 = 5,52/9,522 = \mathbf{0,58}$							
BDI	11,64	7,49	4,32	4,76				
	$d = 4,32-11,64/\sqrt{(4,76^2+7,49^2)}/2 = 7,32/6,2753 = \mathbf{1,17}$							
MAAS	3,70	0,85	4,23	0,76				
	$d = 4,23-3,70/\sqrt{(0,76^2+0,85^2)}/2 = 0,53/0,806257 = \mathbf{0,66}$							
SA	4,46	1,12	5,00	0,96				
	$d = 5-4,46/\sqrt{(0,96^2+1,12^2)}/2 = 0,54/1,04307 = \mathbf{0,52}$							
	Média $d = (0,36+0,58+1,17+0,66+0,52)/5 = \mathbf{0,66}$							

BES = Binge Eating Scale; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; MAAS = Mindful Awareness Attention Scale; SA = Self-acceptance measure from Scales of Psychological Well-Being.

Tabela 4 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 4

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
CMHS	25,4	8,1	23,5	8,7	X			
	$d = 23,5 - 25,4 / \sqrt{(8,7^2 + 8,1^2)} / 2 = 1,9 / 8,405 = \mathbf{0,23}$							
RS-ES	29,3	6,4	30,7	6,7				
	$d = 30,7 - 29,3 / \sqrt{(6,7^2 + 6,4^2)} / 2 = 1,4 / 6,552 = \mathbf{0,21}$							
MOOD	49,8	39,7	34,2	36,7				
	$d = 34,2 - 49,8 / \sqrt{(36,7^2 + 39,7^2)} / 2 = 15,6 / 38,229 = \mathbf{0,41}$							
Média $d = (0,23 + 0,21 + 0,41) / 3 = \mathbf{0,28}$								

CMHS = Cook and Medley Hostility Scale; **RS-ES** = Rosenberg Self-Esteem Scale; **MOOD** = Profile of Mood States – Total Mood Disturbance.

Tabela 5 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 5

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
STRESS	6,64	1,89	3,84	1,49	X			
	$d = 3,84 - 6,64 / \sqrt{(1,49^2 + 1,89^2)} / 2 = 2,8 / 1,702 = \mathbf{1,65}$							
STAI	45,12	14,64	27,72	10,07				
	$d = 27,72 - 45,12 / \sqrt{(10,07^2 + 14,64^2)} / 2 = 17,4 / 12,57 = \mathbf{1,38}$							
H-MAC	9,92	3,04	8,52	2,80				
	$d = 8,52 - 9,92 / \sqrt{(2,80^2 + 3,04^2)} / 2 = 1,4 / 2,92 = \mathbf{0,48}$							
AP-MAC	23,32	4,34	22,08	3,20				
	$d = 22,08 - 23,32 / \sqrt{(3,20^2 + 4,34^2)} / 2 = 1,24 / 3,81 = \mathbf{0,33}$							
FS-MAC	28,00	4,17	29,06	3,67				
	$d = 29,06 - 28 / \sqrt{(3,67^2 + 4,17^2)} / 2 = 1,06 / 3,93 = \mathbf{0,27}$							
F-MAC	16,10	2,74	15,53	2,11				
	$d = 15,53 - 16,10 / \sqrt{(2,11^2 + 2,74^2)} / 2 = 0,57 / 2,45 = \mathbf{0,23}$							
IL-MHLC	26,44	5,73	24,24	3,58				
	$d = 24,24 - 26,44 / \sqrt{(3,58^2 + 5,73^2)} / 2 = 2,2 / 4,78 = \mathbf{0,46}$							
CL-MHLC	18,60	6,08	15,00	5,50				
	$d = 15 - 18,60 / \sqrt{(5,50^2 + 6,08^2)} / 2 = 3,6 / 5,8 = \mathbf{0,62}$							
POL-MHLC	22,43	5,57	20,96	4,04				
	$d = 20,96 - 22,43 / \sqrt{(4,04^2 + 5,57^2)} / 2 = 1,47 / 4,87 = \mathbf{0,30}$							
Média $d =$ $[(1,65 + 1,38) + (0,48 + 0,33 + 0,27 + 0,23) / 4 + (0,46 + 0,62 + 0,30) / 3] / 4 =$ 0,96								

STRESS = Level of Stress on a 10-Point Scale; **STAI** = State-Trait Anxiety Inventory; **H-MAC** = Helplessness-hopelessness subscale of Mental Adjustment to Cancer Scale; **AP-MAC** = Anxious Preoccupation subscale of Mental Adjustment to Cancer Scale; **FS-MAC** = Fighting Spirit subscale of Mental Adjustment to Cancer Scale; **F-MAC** = Fatalism-Stoic Acceptance subscale of Mental Adjustment to Cancer Scale; **IL-MHLC** = Internal Locus of Multidimensional Health Locus of Control Scale; **CL-MHLC** = Chance Locus of Multidimensional Health Locus of Control Scale; **POL-MHLC** = Powerful Others Locus of Multidimensional Health Locus of Control Scale.

Tabela 6 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 6

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
CORTISOL	1,246	0,445	0,958	0,442	X			
	$d = 0,958 - 1,246 / \sqrt{(0,442^2 + 0,445^2)} / 2 = 0,288 / 0,447 = \mathbf{0,64}$							
PSS	18,6	4,0	17,8	7,0				
	$d = 17,8 - 18,6 / \sqrt{(7^2 + 4^2)} / 2 = 0,8 / 5,7 = \mathbf{0,14}$							
Média $d = (0,64 + 0,14) / 2 = \mathbf{0,39}$								

CORTISOL = Salivary Cortisol; **PSS** = Perceived Stress Scale.

Tabela 7 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 7

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
PS-SVF	51,7	13,6	57,6	9,8	47,9	7,6	48,4	10,7
	$d = 57,6 - 51,7 / \sqrt{(9,8^2 + 13,6^2)} / 2 = 5,9 / 11,85 = \mathbf{0,50}$				$d = 48,4 - 47,9 / \sqrt{(10,7^2 + 7,6^2)} / 2 = 0,5 / 9,28 = \mathbf{0,05}$			
NS-SVF	50,6	9,9	44,5	6,8	47,2	9,7	44,7	8,4
	$d = 44,5 - 50,6 / \sqrt{(6,8^2 + 9,9^2)} / 2 = 6,1 / 8,49 = \mathbf{0,72}$				$d = 44,7 - 47,2 / \sqrt{(8,4^2 + 9,7^2)} / 2 = 2,5 / 9,07 = \mathbf{0,28}$			
Média $d = (0,50 + 0,72) / 2 = \mathbf{0,61}$					Média $d = (0,05 + 0,28) / 2 = \mathbf{0,16}$			

PS-SVF = Positive Strategies of the Stress Questionnaire SVF 120; **NS-SVF** = Negative Strategies of the Stress Questionnaire SVF 120.

Tabela 8 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 8

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
MAAS	55,14	2,90	60,50	2,65	63,15	3,08	63,70	2,57
	$d = 60,50 - 55,14 / \sqrt{(2,65^2 + 2,90^2)} / 2 = 5,36 / 2,78 = \mathbf{1,93}$				$d = 63,70 - 63,15 / \sqrt{(2,57^2 + 3,08^2)} / 2 = 0,55 / 2,8365 = \mathbf{0,19}$			
PSS	28,09	1,19	25,00	0,96	26,20	1,30	25,55	1,46
	$d = 25 - 28,09 / \sqrt{(0,96^2 + 1,19^2)} / 2 = 3,09 / 1,08 = \mathbf{2,86}$				$d = 25,55 - 26,20 / \sqrt{(1,46^2 + 1,30^2)} / 2 = 0,65 / 1,38 = \mathbf{0,47}$			
PSQI	6,73	0,69	5,00	0,46	6,68	0,67	5,50	0,68
	$d = 5 - 6,73 / \sqrt{(0,46^2 + 0,69^2)} / 2 = 1,73 / 0,59 = \mathbf{2,93}$				$d = 5,50 - 6,68 / \sqrt{(0,682 + 0,672)} / 2 = 1,18 / 0,675 = \mathbf{1,75}$			
Média $d = (1,93 + 2,86 + 2,93) / 3 = \mathbf{2,57}$					Média $d = (0,19 + 0,47 + 1,75) / 3 = \mathbf{0,80}$			

MAAS = Mindful Attention Awareness Scale; **PSS** = Perceived Stress Scale; **PSQI** = Pittsburgh Sleep Quality Index.

Tabela 9 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 9

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
PANAS-P	4,87	0,75	5,45	0,94	5,14	0,74	4,90	0,95
	$d = 5,45-4,87/\sqrt{(0,94^2+0,75^2)}/2 = 0,58/0,85 = \mathbf{0,68}$				$d = 4,90-5,14/\sqrt{(0,95^2+0,74^2)}/2 = 0,24/0,85 = \mathbf{0,28}$			
PANAS-N	3,09	0,90	2,55	1,01	3,04	1,03	2,99	0,89
	$d = 2,55-3,09/\sqrt{(1,01^2+0,90^2)}/2 = 0,54/0,96 = \mathbf{0,57}$				$d = 2,99-3,04/\sqrt{(0,89^2+1,03^2)}/2 = 0,05/0,96 = \mathbf{0,05}$			
STAI-P	3,17	1,19	2,18	1,09	2,67	1,11	2,76	1,01
	$d = 2,18-3,17/\sqrt{(1,09^2+1,19^2)}/2 = 0,99/1,14 = \mathbf{0,54}$				$d = 2,76-2,67/\sqrt{(1,01^2+1,11^2)}/2 = 0,09/1,06 = \mathbf{0,08}$			
STAI-PM	3,43	0,90	2,51	0,77	3,33	1,05	3,44	1,14
	$d = 2,51-3,43/\sqrt{(0,77^2+0,90^2)}/2 = 0,92/0,84 = \mathbf{1,1}$				$d = 3,44-3,33/\sqrt{(1,14^2+1,05^2)}/2 = 0,11/1,1 = \mathbf{0,10}$			
PSS	24,64	7,81	18,36	5,15	21,72	7,14	22,91	7,64
	$d = 18,36-24,64/\sqrt{(5,15^2+7,81^2)}/2 = 6,28/6,62 = \mathbf{0,95}$				$d = 22,91-21,72/\sqrt{(7,64^2+7,14^2)}/2 = 1,19/7,34 = \mathbf{0,16}$			
RRQ	3,42	0,83	2,78	0,63	3,15	0,92	3,11	0,90
	$d = 2,78-3,42/\sqrt{(0,63^2+0,83^2)}/2 = 0,64/0,74 = \mathbf{0,87}$				$d = 3,11-3,15/\sqrt{(0,90^2+0,92^2)}/2 = 0,04/0,91 = \mathbf{0,04}$			
SCS	18,06	3,97	20,92	3,84	19,41	3,75	19,22	4,12
	$d = 20,92-18,06/\sqrt{(3,84^2+3,97^2)}/2 = 2,86/3,91 = \mathbf{0,73}$				$d = 19,22-19,41/\sqrt{(4,12^2+3,75^2)}/2 = 0,19/3,94 = \mathbf{0,05}$			
MAAS	3,72	0,80	4,01	0,51	4,05	0,64	3,80	0,62
	$d = 4,01-3,76/\sqrt{(0,51^2+0,80^2)}/2 = 0,25/0,67 = \mathbf{0,37}$				$d = 3,80-4,05/\sqrt{(0,62^2+0,64^2)}/2 = 0,25/0,63 = \mathbf{0,40}$			
	Média $d =$ $[(0,68+0,57)/2+(0,54+1,1)/2+(0,95+0,87+0,73+0,37)]/6$ $= \mathbf{0,73}$				Média $d =$ $[(0,28+0,05)/2+(0,08+0,10)/2+(0,16+0,04+0,05+0,40)]/6$ $= \mathbf{0,15}$			

PANAS-P = Positive Affectivity Negative Affectivity Shedule-Positive; **PANAS-N** = Positive Affectivity Negative Affectivity Shedule-Negative; **STAI-P** = State-trait Anxiety Inventory-Present; **STAI-PM** = State-trait Anxiety Inventory-Past Month; **PSS** = Perceived Stress Scale; **RRQ** = Reflection Rumination Questionnaire; **SCS** = Self-Compassion Scale; **MAAS** = Mindful Attention Awareness Scale.

Tabela 10 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 10

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
GH	41,76	23,16	52,41	24,35	37,44	18,83	35,18	16,70
	$d = 52,41 - 41,76 / \sqrt{(24,35^2 + 23,16^2)} / 2 = 10,65 / 23,76 = \mathbf{0,45}$				$d = 35,18 - 37,44 / \sqrt{(16,70^2 + 18,83^2)} / 2 = 2,26 / 17,8 = \mathbf{0,13}$			
PF	55,00	27,64	57,28	29,47	71,18	24,35	65,28	24,40
	$d = 57,28 - 55 / \sqrt{(29,47^2 + 27,64^2)} / 2 = 2,28 / 28,57 = \mathbf{0,08}$				$d = 65,28 - 71,18 / \sqrt{(24,40^2 + 24,35^2)} / 2 = 5,9 / 24,38 = \mathbf{0,24}$			
RP	31,98	40,94	55,15	43,10	60,29	44,60	31,94	40,95
	$d = 55,15 - 31,98 / \sqrt{(43,10^2 + 40,94^2)} / 2 = 23,17 / 42,03 = \mathbf{0,55}$				$d = 31,94 - 60,29 / \sqrt{(40,95^2 + 44,60^2)} / 2 = 28,35 / 42,81 = \mathbf{0,66}$			
BP	41,26	22,91	55,03	28,66	40,78	25,34	42,67	27,79
	$d = 55,03 - 41,26 / \sqrt{(28,66^2 + 22,91^2)} / 2 = 13,77 / 25,95 = \mathbf{0,53}$				$d = 42,67 - 40,78 / \sqrt{(27,79^2 + 25,34^2)} / 2 = 1,89 / 26,59 = \mathbf{0,07}$			
VT	40,44	20,14	58,09	25,35	32,50	29,91	37,78	24,08
	$d = 58,09 - 40,44 / \sqrt{(25,35^2 + 20,14^2)} / 2 = 17,65 / 22,89 = \mathbf{0,77}$				$d = 37,78 - 32,50 / \sqrt{(24,08^2 + 29,91^2)} / 2 = 5,28 / 27,15 = \mathbf{0,19}$			
SF	48,32	26,73	71,08	27,63	44,85	31,52	46,10	30,83
	$d = 71,08 - 48,32 / \sqrt{(27,63^2 + 26,73^2)} / 2 = 22,76 / 27,18 = \mathbf{0,84}$				$d = 46,10 - 44,85 / \sqrt{(30,83^2 + 31,52^2)} / 2 = 1,25 / 31,18 = \mathbf{0,04}$			
RE	29,41	37,56	62,50	43,32	31,48	43,50	42,59	43,99
	$d = 62,50 - 29,41 / \sqrt{(43,32^2 + 37,56^2)} / 2 = 33,09 / 40,54 = \mathbf{0,82}$				$d = 42,59 - 31,48 / \sqrt{(43,99^2 + 43,50^2)} / 2 = 11,11 / 43,75 = \mathbf{0,25}$			
MH	44,41	21,18	61,88	24,55	28,71	21,18	34,89	20,98
	$d = 61,88 - 44,41 / \sqrt{(24,55^2 + 21,18^2)} / 2 = 17,47 / 22,93 = \mathbf{0,76}$				$d = 34,89 - 28,71 / \sqrt{(20,98^2 + 21,18^2)} / 2 = 6,18 / 21,08 = \mathbf{0,29}$			
PCS	37,78	11,32	39,91	11,22	44,66	11,01	39,91	11,22
	$d = 39,91 - 37,78 / \sqrt{(11,22^2 + 11,32^2)} / 2 = 2,13 - 11,27 = \mathbf{0,19}$				$d = 39,91 - 44,66 / \sqrt{(11,22^2 + 11,01^2)} / 2 = 4,75 / 11,12 = \mathbf{0,43}$			
MCS	34,85	12,02	47,04	13,20	26,94	16,52	32,38	13,61
	$d = 47,04 - 34,85 / \sqrt{(13,20^2 + 12,02^2)} / 2 = 12,19 / 12,62 = \mathbf{0,97}$				$d = 32,38 - 26,94 / \sqrt{(13,61^2 + 16,52^2)} / 2 = 5,44 / 15,14 = \mathbf{0,36}$			
SQ	2,51	1,13	3,13	1,17	1,59	0,94	2,00	1,00
	$d = 3,13 - 2,51 / \sqrt{(1,17^2 + 1,13^2)} / 2 = 0,62 / 1,15 = \mathbf{0,54}$				$d = 2 - 1,59 / \sqrt{(1^2 + 0,94^2)} / 2 = 0,41 / 0,97 = \mathbf{0,42}$			
FH	3,05	1,06	3,29	1,00	3,53	1,28	3,35	1,22
	$d = 3,29 - 3,05 / \sqrt{(1^2 + 1,06^2)} / 2 = 0,24 / 1,03 = \mathbf{0,23}$				$d = 3,35 - 3,53 / \sqrt{(1,22^2 + 1,28^2)} / 2 = 0,18 / 1,25 = \mathbf{0,14}$			
	Média $d =$ [(0,45+0,08+0,55+0,53+0,77+0,84+0,82+0,76+0,19+0,97) /10+(0,54+0,23)]/12 = 0,46				Média $d =$ [(0,13+0,24+0,66+0,07+0,19+0,04+0,25+0,29+0,43+0,3 6)/10+(0,42+0,14)]/12 = 0,28			

GH = General Health; PF = Physical Functioning; RP = Role Physical; BP = Bodily Pain; VT = Vitality; SF = Social Functioning; RE = Role-Emotional; MN = Mental Health; PCS = Physical Component Summary; MCS = Mental Component Summary; SQ = Sleep Quality; FH = Family Harmony.

Tabela 11 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 11

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
OLQ	130,51	27,40	139,54	21,34	132,42	25,51	130,08	23,42
	$d = 139,54 - 130,51 / \sqrt{(21,34^2 + 27,40^2)} / 2 = 9,46 / 24,56 = \mathbf{0,39}$				$d = 130,08 - 132,42 / \sqrt{(23,42^2 + 25,51^2)} / 2 = 2,34 / 24,49 = \mathbf{0,1}$			
	Média $d = \mathbf{0,39}$				Média $d = \mathbf{0,1}$			

OLQ = Orientation to Life Questionnaire.

Tabela 12 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 12

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
BDI	16,58	14,23	8,40	12,59	12,78	9,83	12,90	11,76
	$d = 8,40 - 16,58 / \sqrt{(12,59^2 + 14,23^2)} / 2 = 8,18 / 13,44 = \mathbf{0,61}$				$d = 12,90 - 12,78 / \sqrt{(11,76^2 + 9,83^2)} / 2 = 0,12 / 10,84 = \mathbf{0,01}$			
ISS	10,89	4,43	12,47	2,84	11,87	4,58	10,22	3,61
	$d = 12,47 - 10,89 / \sqrt{(2,84^2 + 4,43^2)} / 2 = 1,58 / 3,72 = \mathbf{0,43}$				$d = 10,22 - 11,87 / \sqrt{(3,61^2 + 4,58^2)} / 2 = 1,65 / 4,12 = \mathbf{0,40}$			
ISL	14,42	3,91	14,95	2,66	15,09	2,66	13,48	3,20
	$d = 14,95 - 14,42 / \sqrt{(2,66^2 + 3,91^2)} / 2 = 0,53 / 3,34 = \mathbf{0,16}$				$d = 13,48 - 15,09 / \sqrt{(3,20^2 + 2,66^2)} / 2 = 1,61 / 2,94 = \mathbf{0,55}$			
OSS	12,00	4,23	11,89	4,28	14,00	3,69	13,19	4,20
	$d = 11,89 - 12 / \sqrt{(4,28^2 + 4,23^2)} / 2 = 0,11 / 4,26 = \mathbf{0,03}$				$d = 13,19 - 14 / \sqrt{(4,20^2 + 3,69^2)} / 2 = 0,81 / 3,95 = \mathbf{0,21}$			
OSL	14,74	4,52	15,37	2,56	16,39	2,99	15,33	4,29
	$d = 15,37 - 14,74 / \sqrt{(2,56^2 + 4,52^2)} / 2 = 0,63 / 3,67 = \mathbf{0,17}$				$d = 15,33 - 16,39 / \sqrt{(4,29^2 + 2,99^2)} / 2 = 1,06 / 3,698 = \mathbf{0,29}$			
	Média $d = [(0,61 + (0,43 + 0,16 + 0,03 + 0,17)) / 4] / 2 = \mathbf{0,40}$				Média $d = [(0,01 + (0,40 + 0,55 + 0,21 + 0,29)) / 4] / 2 = \mathbf{0,19}$			

BDI = Beck Depression Inventory; **ISS** = Ideal Self-Similarity of Self-Description Questionnaire; **ISL** = Ideal Self-Likelihood of Self-Description Questionnaire; **OSS** = Ought Self-Similarity of Self-Description Questionnaire; **OSL** = Ought Self-Likelihood of Self-Description Questionnaire.

Tabela 13 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 13

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
BDI	16,18	10,06	10,41	8,87	X			
	$d = 10,41 - 16,18 / \sqrt{(8,87^2 + 10,06^2)} / 2 = 5,77 / 9,484 = \mathbf{0,61}$							
MAAS	49,14	17,07	54,57	17,22				
	$d = 54,57 - 49,14 / \sqrt{(17,22^2 + 17,07^2)} / 2 = 5,43 / 17,145 = \mathbf{0,32}$							
DASS Stress	18,21	10,34	11,80	9,18				
	$d = 11,80 - 18,21 / \sqrt{(9,18^2 + 10,34^2)} / 2 = 6,41 / 9,777 = \mathbf{0,66}$							
DASS Anxiety	10,78	7,99	7,56	7,04				
	$d = 7,56 - 10,78 / \sqrt{(7,04^2 + 7,99^2)} / 2 = 3,22 / 7,5299 = \mathbf{0,43}$							
DASS-D Depression	15,06	10,55	8,30	9,13				
	$d = 8,30 - 15,06 / \sqrt{(9,13^2 + 10,55^2)} / 2 = 6,76 / 9,866 = \mathbf{0,69}$							
ISI	10,22	5,83	5,34	4,40				
	$d = 5,34 - 10,22 / \sqrt{(4,40^2 + 5,83^2)} / 2 = 4,88 / 5,165 = \mathbf{0,95}$							
RS-ES	23,98	6,09	28,13	9,82				
	$d = 28,13 - 23,98 / \sqrt{(9,82^2 + 6,09^2)} / 2 = 4,15 / 8,17 = \mathbf{0,51}$							
	Média $d = [(0,61 + 0,32) + (0,66 + 0,43 + 0,69) / 3 + (0,95 + 0,51) / 5] / 5 = \mathbf{0,60}$							

BDI = Beck Depression Inventory; **DASS** = Depression Anxiety and Stress Scales; **ISI** = Insomnia Severity Index; **RS-ES** = Rosenberg Self Esteem Scale.

Tabela 14 – Cálculos do tamanho do efeito do estudo 14

	<i>Grupo Experimental</i>				<i>Grupo de Controlo</i>			
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
GSI	0,64	0,34	0,33	0,20	0,46	0,35	0,27	0,23
	$d = 0,33 - 0,64 / \sqrt{(0,20^2 + 0,34^2)} / 2 = 0,31 / 0,283 = \mathbf{1,1}$				$d = 0,27 - 0,46 / \sqrt{(0,23^2 + 0,35^2)} / 2 = 0,19 / 0,296 = \mathbf{0,64}$			
	Média $d = \mathbf{1,1}$				Média $d = \mathbf{0,64}$			

GSI = Global Severity Index of the Symptom Checklist-90-R.