

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
NÍVEL DOUTORADO**

**VANESSA KAISER**

**TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM *MINDFULNESS* E DEPRESSÃO  
RESISTENTE AO TRATAMENTO:  
Um ensaio clínico randomizado controlado**

**Porto Alegre  
2023**

VANESSA KAISER

**TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM *MINDFULNESS* E DEPRESSÃO  
RESISTENTE AO TRATAMENTO:  
Um ensaio clínico randomizado controlado**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Caroline Tozzi Reppold  
Coorientador: Dr. Leandro Almeida

Porto Alegre

2023

### Catlogação na Publicação

Kaiser, Vanessa

TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS E DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO : Um ensaio clínico randomizado controlado / Vanessa Kaiser. -- 2023.

239 p. : 30 cm.

Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2023.

Orientador(a): Caroline Tozzi Reppold ;  
coorientador(a): Leandro Almeida.

1. Depressão. 2. Transtorno Depressivo Maior. 3. Atenção Plena. 4. Psicologia Positiva. 5. MBCT. I.  
Título.

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

VANESSA KAISER

**TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM *MINDFULNESS* E DEPRESSÃO  
RESISTENTE AO TRATAMENTO:  
Um ensaio clínico randomizado controlado**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. Airton Tetelbon Stein – UFCSPA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Sacramento Zanini – PUC GOIÁS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Noronha – USF

---

Prof. Dr. Evandro Morais Peixoto – USF

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, por serem porto-seguro — eu sempre soube para onde voltar depois das minhas “travessias”. Por incentivarem meus sonhos e objetivos, por serem exemplo, afeto, colo e sustentação em todas as fases da minha vida. Por saírem de uma pequena cidade do interior de SC em busca de melhores condições de trabalho e melhores oportunidades de educação para mim. Todas as batalhas de vocês por uma vida melhor, a escola pública, o ENEM e a Universidade Federal nos trouxeram até aqui — a Educação transforma, obrigada por acreditarem.

A minha companheira de vida, Isadora, maior incentivadora e admiradora de cada simples ato meu — o amor é nosso maior poder. Amo a família linda que construímos com os filhos pets; Dora, Jorge e Vida que me deram inesgotáveis lambeijos de motivação para a escrita da tese.

Aos amigos maravilhosos que a vida fez cruzar meu caminho, fonte de inspiração, risadas, apoio e incentivo. Aprendo muito com vocês a cada dia e tenho certeza que tenho os melhores do meu lado (Vivi, Lu, Taylor, Kamila, Rebeca, Vini e Thamy).

As ex-colegas e super amigas do CAPS que com toda ajuda e dedicação se doaram a esse projeto — Adriana, Viviane, Jéssica, Luciana e Laura. Esse trabalho foi feito por muitas mãos habilidosas e corações amorosos, que sorte ter a parceria e amizade de vocês.

Aos atuais colegas de trabalho, amigos e companheiros de luta do CRAS CEDRO, que me ensinaram o potencial de ser uma equipe e que se dedicam dia após dia, mesmo com recursos ínfimos, a produzir o melhor trabalho possível para os usuários, esses já tão invisíveis para a sociedade; dando escuta, voz e acesso aos seus direitos.

A cada paciente/usuário com que trabalhei desde o início da jornada Psi e me possibilitou escutar sobre seu mundo, suas memórias, seus amores e dores.

A cada professor e professora na jornada acadêmica com quem pude aprender algo e construir a minha atuação como Psicóloga. Minha prática profissional hoje é uma construção possível pelos mestres que tive no caminho.

Ao Laboratório de Pesquisa em Avaliação Psicológica e as ricas trocas durante esses 11 anos de pesquisa. Principalmente a Carol e a Prislá, dupla incansável na produção de conhecimento. Agradeço a professora Carol por toda a aprendizagem

nessa mais de uma década de escritas e conhecimento compartilhado, na qual sempre foi um exemplo de professora e pesquisadora.

Agradeço sempre à vida e ao Universo, por ter pessoas tão especiais e iluminadas perto de mim. O caminho fica florido com vocês do meu lado.

E por fim, um agradecimento especial a todas as políticas públicas, especialmente ao SUS, ao SUAS, ao ENEM, à Educação Pública de qualidade, às bolsas de incentivo à pesquisa, às políticas de apoio estudantil, e quaisquer incentivos governamentais, estaduais ou municipais que possibilitem aos menos privilegiados alcançar lugares que antes não eram seus por direito.

O dia ele passa depressa  
A gente na pressa  
*Aquela conversa fica pra depois, depois*

Talvez amanhã fim de tarde  
Eu termino mais cedo  
*Tu acha um tempo, se não pra depois, depois*

É tanta pressa, tanta coisa por fazer  
Finjo que tá tudo bem  
E a verdade é que eu nem sei o que dizer  
Se alguém pergunta

Como anda a vida, hey você?  
Passou correndo por aqui  
E aquele amor que ficou lá pra depois?  
Ele passou e eu nem vi

A tarde ela passa correndo  
E a gente correndo  
*Nem se deu por conta que o sol já se pôs, depois*

A noite ela chega chegando  
Eu não penso em mais nada  
Só quero saber pra onde vamos depois, depois

O tempo já faz algum tempo  
Que passa voando  
Se eu paro um momento só dura até quando  
A pressa me diz pra deixar pra depois

*Preciso desacelerar*  
*Ficar só num lugar*  
*Descansar respirar*  
*Pra tentar responder*  
*Se alguém me perguntar*

*Como anda a vida, hey você?*

**Música *Pressa*, do meu amado amigo Vinícius Bühler da *Banda Da Rosa***

## RESUMO

**Introdução:** O Transtorno Depressivo Maior (TDM), especialmente quando resistente ao tratamento (DRT), traz desafios clínicos, necessitando intervenções custo-efetivas. São escassos os estudos no Brasil utilizando Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT), ainda mais com pacientes de serviços públicos de saúde mental. **Métodos:** Objetivou-se, no primeiro estudo, avaliar a eficácia da MBCT em relação a outra intervenção de comparação ativa estruturalmente equivalente, ambas associadas ao tratamento usual (TAU) em pacientes brasileiros com TDM, com ou sem DRT. O desenho metodológico foi um ensaio clínico randomizado controlado que comparou duas intervenções de 8 semanas, MBCT e o *Health-Enhancement Program* (HEP), associadas ao TAU para adultos com TDM, associado ou não ao DRT com avaliação de seguimento de 4 semanas. O desfecho primário foi os sintomas depressivos e a mudança na gravidade da depressão, medida pela redução percentual na pontuação total, além disso, foram avaliados os construtos respostas ruminativas e Aceitação e Ação; e construtos oriundos da Psicologia Positiva, entre eles, *Mindfulness*, Autocompaixão, Autorregulação Emocional, Afetos Positivos, Satisfação de Vida, Otimismo e Esperança Cognitiva. No segundo estudo, objetivou-se apresentar dados da eficácia da intervenção MBCT com pacientes brasileiros deprimidos, na melhora de sintomas depressivos, nas respostas ruminativas e nos acréscimos dos construtos da Psicologia Positiva (*Mindfulness*, autocompaixão, satisfação de vida, otimismo, esperança, afetos), analisando os resultados encontrados por análise de rede. **Resultados:** No primeiro estudo, no final do tratamento de 8 mais 4 semanas de follow-up, a amostra para análise por protocolo foi de 35 no MBCT e 32 no HEP. Em relação à condição HEP, a condição MBCT foi associada a uma taxa significativamente maior de respondedores ao tratamento no final da intervenção (48,6 vs. 15,6%;  $p = 0,01$ ). O MBCT apresentou diferenças significativas do grupo HEP em quase todos os construtos avaliados, entre eles, no escore total de Autocompaixão na S8 e S12 (MBCT 95,26 vs. HEP 77,56; MBCT 98,2 vs. HEP 78,72;  $p = 0,01$ ), nas estratégias adequadas de autorregulação emocional na S8 e S12 (MBCT 54,51 vs. HEP 43,16; MBCT 56,86 vs. HEP 44,63;  $p = 0,01$ ). Com relação à Satisfação de Vida, não houve diferenças significativas entre os grupos. MBCT melhorou significativamente as taxas de resposta ao tratamento em 8 semanas, mas não as taxas de remissão. No

segundo estudo, a amostra foi composta por 40 pacientes deprimidos (67,5% mulheres). Com relação a pré-intervenção, todos os construtos tiveram mudanças significativas pós-intervenção ( $p < 0.001$ ). Dentre as que tiveram tamanho de efeito muito grande, estão os sintomas depressivos (2,4; IC95% 1,79 a 3,01), autocompaixão (-1,69, IC95% -2,17 a -1,20), afetos positivos (-1,50; IC95% -1,95 a -1,04) e satisfação de vida (-1,36; IC95% -1,72 a -0,92). Na análise de rede, foi observada maior centralidade pós-intervenção para as facetas do *Mindfulness*, além disso, associações mais fortes com os sintomas depressivos foram encontradas.

**Conclusões:** Em ambos os estudos a intervenção MBCT melhorou vários aspectos positivos do funcionamento emocional. MBCT parece ser um complemento viável na gestão de TDM e DRT.

**Palavras-chave:** depressão; transtorno depressivo maior; atenção plena; psicologia positiva; terapia cognitiva; MBCT.

## ABSTRACT

**Introduction:** Major Depressive Disorder (MDD), especially when resistant to treatment (TRD), brings clinical challenges, requiring cost-effective interventions. There are few studies in Brazil using Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), especially with patients from public mental health services. **Methods:** The aim of the first study was to evaluate the effectiveness of MBCT in relation to another structurally equivalent active comparison intervention, both associated with treatment as usual (TAU) in Brazilian patients with MDD, with or without TRD. The methodological design was a randomized controlled clinical trial that compared two 8-week interventions, MBCT and the Health-Enhancement Program (HEP), associated with TAU for adults with MDD, associated or not with TRD with a 4-week follow-up assessment. The primary outcome was depressive symptoms and the change in the severity of depression, measured by the percentage reduction in the total score. In addition, the constructs ruminative responses and Acceptance and Action were evaluated; and constructs originating from Positive Psychology, including Mindfulness, Self-compassion, Emotional Self-regulation, Positive Affects, Life Satisfaction, Optimism and Cognitive Hope. In the second study, the objective was to present data on the effectiveness of the MBCT intervention with depressed Brazilian patients, in improving depressive symptoms, ruminative responses and the addition of Positive Psychology constructs (Mindfulness, self-compassion, life satisfaction, optimism, hope, affection), analyzing the results found by network analysis. **Results:** In the first study, at the end of treatment of 8 plus 4 weeks of follow-up, the sample for analysis per protocol was 35 in MBCT and 32 in HEP. Relative to the HEP condition, the MBCT condition was associated with a significantly higher rate of treatment responders at the end of the intervention (48.6 vs. 15.6%;  $p = 0.01$ ). The MBCT showed significant differences from the HEP group in almost all evaluated constructs, including the total Self-Compassion score at S8 and S12 (MBCT 95.26 vs. HEP 77.56; MBCT 98.2 vs. HEP 78.72;  $p = 0.01$ ), in adequate emotional self-regulation strategies in S8 and S12 (MBCT 54.51 vs. HEP 43.16; MBCT 56.86 vs. HEP 44.63;  $p = 0.01$ ). Regarding Life Satisfaction, there were no significant differences between the groups. MBCT significantly improved treatment response rates at 8 weeks, but not remission rates. In the second study, the sample consisted of 40 depressed patients (67.5% women). Regarding pre-intervention, all constructs

had significant changes post-intervention ( $p < 0.001$ ). Among those that had a very large effect size were depressive symptoms (2.4; 95% CI 1.79 to 3.01), self-compassion (-1.69, 95% CI -2.17 to -1.20), positive affects (-1.50; 95%CI -1.95 to -1.04) and life satisfaction (-1.36; 95%CI -1.72 to -0.92). In the network analysis, greater post-intervention centrality was observed for the Mindfulness facets, in addition, stronger associations with depressive symptoms were found. **Conclusions:** In both studies, the MBCT intervention improved several positive aspects of emotional functioning. MBCT appears to be a viable adjunct in the management of MDD and TRD.

**Key-words:** depression; major depressive disorder; mindfulness; positive psychology; cognitive therapy; MBCT.

## LISTA DE SIGLAS

AAQ	<i>Acceptance and Action Questionnaire</i>
AAQ-II	<i>Acceptance and Action Questionnaire — II versão brasileira</i>
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso ( <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> )
ADTs	Antidepressivos Tricíclicos
APA	Associação Americana de Psicologia ( <i>American Psychological Association</i> )
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BBS	<i>Beck Scale for Suicide Ideation</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory-II</i>
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BPI-sf	<i>Brief Pain Inventory short form</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
CABSIn	Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBASP	Psicoterapia de Sistema de Análise Cognitivo-comportamental ( <i>Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy</i> )
CBT	Terapia Cognitivo-comportamental ( <i>Cognitive Behavior Therapy</i> )
CES-D	<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>
CFT	Terapia Focada na Compaixão ( <i>Compassion Focused Therapy</i> )
CGII	<i>Clinical Global Impression Instrument</i>
CID-11	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde — Versão 11
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DALY	Ano de Vida Ajustado por Incapacidade ( <i>Disability-adjusted Life-year</i> )

DBT	Terapia Comportamental Dialética ( <i>Dialectical Behavioral Therapy</i> )
DP	Desvio Padrão
DRT	Depressão Resistente ao Tratamento
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais — versão 4 ( <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> )
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais — versão 5 ( <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> )
DSM-V TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais — versão 5 - texto revisado ( <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> )
EARE-AD	Escala de Avaliação da Autorregulação Emocional — Adultos
EBADep-A	Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto)
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EEG	Registro de Eletroencefalograma ( <i>Electroencephalogram recording</i> )
ESV	Escala de Satisfação de Vida
ETT	<i>Eye Tracking Task Four-face task</i>
FFMQ	<i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i>
FFMQ-BR	Questionário das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i>
GBD	Estudo Global da Carga de Doenças ( <i>Global Burden of Disease Study</i> )
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HAMA	<i>Hamilton Anxiety Scale</i>
HAM-D 17	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
HAM-D 21	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
HAM-D 24	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
HDRS	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HEP	Programa de Melhoria de Saúde ( <i>Health Enouncement Program</i> )
IBMs	Intervenções Baseadas em <i>Mindfulness</i>
IDS-C30	<i>Inventory of Depressive Symptomatology – Clinician rated</i>
IDS-SR	<i>Inventory of Depressive Symptomatology – Self Report</i>
IMAOs	Inibidores da Monoamina Oxidase

IMMPACT	<i>Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials</i>
IRNDs	Inibidores da Recaptação de Norepinefrina/Dopamina
IRSNs	Inibidores da Recaptação de Serotonina-Norepinefrina
ISRSs	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
LOT-R	Teste para avaliar Otimismo
MAAS	<i>Mindfulness Attention and Awareness Scale</i>
MBCT	Terapia Cognitiva Baseada em <i>Mindfulness</i> ( <i>Mindfulness Based Cognitive Therapy</i> )
MB-EAT	Programa de Treinamento de Conscientização Alimentar Baseado em <i>Mindfulness</i> ( <i>Mindfulness-Based Eating Awareness Training Program</i> )
MBPM	<i>Mindfulness</i> para Manejo de Dor ( <i>Mindfulness-Based Pain and Illness Management</i> )
MBRP	Programa <i>Mindfulness</i> para prevenção de recaída ( <i>Mindfulness-Based Relapse Prevention</i> )
MBSR	Programa de Redução de Estresse Baseada em <i>Mindfulness</i> ( <i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> )
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
MTCI	Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde ( <i>World Health Organization</i> )
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PANAS	Escala de Afetos Positivos e Negativos
PE	<i>Psychoeducation</i>
PGIC	<i>Patient Global Impression of Change</i>
PGWBI	<i>Psychological General Well Being Index</i>
PIC	Prática Integrativa e Complementar
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PP	Psicologia Positiva
PRISMA	<i>The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROSPERO	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>

QIDS-C16	<i>Quick Inventory of Depressive Symptomatology</i>
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos
RRS	Escala de Respostas Ruminativas ( <i>Ruminative Response Scale</i> )
RSES	<i>Rosenberg Self-esteem Scale</i>
SAQ	<i>Self-Acceptance Questionnaire</i>
SASS	<i>Social Adaptation Self-Evaluation Scale</i>
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSMIV-TR</i>
SCID-I/CV	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders SCID-I</i>
SCID-V-CV	Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-V - Versão clínica ( <i>Structured Clinical Interview for DSM-V</i> )
SCS	Escala de Autocompaixão ( <i>Self-Compassion Scale</i> )
SCS-sf	<i>Self-Compassion Scale short form</i>
SDS	<i>Shaheen Disability Scale</i>
SF-36	<i>Short Form Health Survey</i>
SMQ	<i>Southampton Mindfulness Questionnaire</i>
SOFAS	<i>Social and Occupational Functioning Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSPM	<i>Scale of Stigma in People with Mental Illness</i>
STAR*D	Estudo “ <i>Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression</i> ”
SUS	Sistema Único de Saúde
TAU	Tratamento Usual ( <i>Treatment As Usual</i> )
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TDM/MDD	Transtorno Depressivo Maior ( <i>Major Depressive Disorder</i> )
TDP	Transtorno Depressivo Persistente
TRAL	Estudo de Depressão Resistente ao Tratamento na América Latina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i>

WHOQOL	<i>Self-report 26-item World Health Organization Quality of Life scale</i>
WL	<i>Waitlist</i>
YLD	Ano Vivido Com Incapacidade ( <i>Years Lived with Disability</i> )

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
2.1 DEPRESSÃO.....	17
2.1 INTERVENÇÕES BASEADAS EM MINDFULNESS (IBMs).....	24
<b>2.1.1 Mindfulness: Origem e Definição.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.2 Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBMs).....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.3 Terapia Cognitiva Baseada Em Mindfulness (Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT).....</b>	<b>33</b>
2.3 O CONTEXTO BRASILEIRO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	41
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>48</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	48
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
<b>3 ARTIGO 1.....</b>	<b>49</b>
<b>4 ARTIGO 2.....</b>	<b>75</b>
<b>5 ARTIGO 3.....</b>	<b>107</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>145</b>
<b>APÊNDICE A - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 1.</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE B - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 2.</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICE C - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 3.</b>	<b>169</b>
<b>APÊNDICE D - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 4.</b>	<b>177</b>
<b>APÊNDICE E - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 5.</b>	<b>189</b>
<b>APÊNDICE F - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 6..</b>	<b>194</b>
<b>APÊNDICE G - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 7.</b>	<b>200</b>
<b>APÊNDICE H - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 8.</b>	<b>209</b>
<b>APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....</b>	<b>212</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>213</b>
<b>ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>218</b>
<b>ANEXO C - QUESTIONÁRIO DAS 5 FACETAS DE MINDFULNESS - FFMQ-BR</b>	<b>220</b>
<b>ANEXO D - ESCALA DE AUTOCOMPAIXÃO (SCS).....</b>	<b>223</b>

<b>ANEXO E - ESCALA DE RESPOSTAS RUMINATIVAS - RRS.....</b>	<b>224</b>
<b>ANEXO F - QUESTIONÁRIO DE TRAUMAS NA INFÂNCIA - QUESI.....</b>	<b>225</b>
<b>ANEXO G - QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO - AAQ-II.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXO H - ESCALA DE AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL VERSÃO ADULTO - EARE-A.....</b>	<b>228</b>
<b>ANEXO I - ESCALA DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS - PANAS.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXO J - ESCALA DE SATISFAÇÃO DE VIDA - ESV.....</b>	<b>230</b>
<b>ANEXO K - TESTE PARA AVALIAR OTIMISMO - LOT-R.....</b>	<b>231</b>
<b>ANEXO L - ESCALA DE ESPERANÇA COGNITIVA.....</b>	<b>232</b>
<b>ANEXO M – PRODUÇÕES DURANTE O CURSO DO DOUTORADO (2019 - 2023)..</b>	<b>233</b>
<b>ANEXO N – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DAS REVISTAS.....</b>	<b>236</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Iniciei a graduação de Psicologia na UFCSPA em 2012, desde o primeiro semestre fiz parte do Laboratório de Pesquisa em Avaliação Psicológica coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Caroline Tozzi Reppold, participando de pesquisas diversas com temáticas abrangentes nas áreas da Psicologia Positiva, Avaliação Psicológica e Saúde Mental. Fiz o Mestrado no Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde da UFCSPA, com ênfase em Epidemiologia e Métodos Diagnósticos. O tema da dissertação de mestrado foi “Autorregulação da Aprendizagem e Indicadores Positivos de Saúde em Universitários Brasileiros”, eleita a melhor tese do PPG daquele ano. Desde 2017, trabalho como Psicóloga Clínica, desde 2018 como psicóloga concursada em um CAPS I, atendendo pacientes de todas as faixas etárias com sintomas moderados a graves em saúde mental. A partir da metade de 2022, fui nomeada em outro concurso, atualmente trabalhando em um CRAS, com famílias em situação de vulnerabilidade psicossocial na manutenção e fortalecimento de vínculos familiares e sociais. Desde a graduação me interesse pelas temáticas de Saúde Mental, Psicologia Positiva, Políticas Públicas e SUS. Desde o início da minha jornada como psicóloga clínica pude observar a alta taxa de prevalência de indivíduos em sofrimento psíquico devido a sintomas depressivos e o quanto esses agravos na saúde mental prejudicavam todos os âmbitos de suas vidas. Pensando no campo da gestão dos serviços de saúde e políticas públicas, quando os pacientes não tinham acesso a tratamento efetivo também retornam aos serviços de origem, comumente da atenção básica, com agravamento do quadro inicial e lotação dos serviços especializados em saúde mental. Portanto, a partir da prática clínica surgiu o propósito do atual projeto. Além disso, atuar e pesquisar em políticas como SUS e SUAS é de extrema relevância para o contexto de saúde pública e particularmente de grande satisfação pessoal.

Ao longo desse tempo que estive no Laboratório de Pesquisa em Avaliação Psicológica da UFCSPA, durante o curso do Doutorado (2019 - 2023), participei de outras pesquisas e dessas derivaram cinco artigos e cinco capítulos de livro já publicados e serão listados no ANEXO M.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 DEPRESSÃO

A depressão é um transtorno mental prevalente: a estimativa é que 5% dos adultos sofrem desse transtorno no mundo (WHO, 2017). A depressão é mais comum entre as mulheres (5,1%) do que entre os homens (3,6%), sendo que essa prevalência varia conforme as variáveis sociodemográficas, como nacionalidade e idade. Prevalências menores entre os homens, por exemplo, ocorrem na Região do Pacífico Ocidental (2,6%) e entre as mulheres na Região Africana (5,9%). Nas Américas, a estimativa de prevalência são aproximadamente 4,8%, o país com menor prevalência é a Guatemala (3,7%) e os dois com maior prevalência é os Estados Unidos (5,9%) e o Brasil (5,8%). Quanto à variação por faixa etária, os dados indicam que o pico da depressão ocorre na idade adulta avançada (acima de 7,5% entre as mulheres e acima de 5,5% entre os homens de 55 a 74 anos) (WHO, 2017). O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS - WHO) estima que os transtornos depressivos sozinhos são a segunda principal causa de anos de vida saudável perdidos por incapacidade (*Years of healthy life lost to disability* - YLDs) globais, respondendo por 5,6% de todos os YLDs em 2019 (WHO, 2022a). Além disso, somam-se a esses índices as taxas de suicídio, a quarta principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos para ambos os sexos para o intervalo de 2000 a 2019 (WHO, 2021). O panorama global já era alarmante, porém, após o início da pandemia de COVID-19, houve um aumento de até 25% das taxas de prevalência do transtorno apenas no primeiro ano, de modo que hoje se somam aproximadamente 1,25 bilhões de pessoas no mundo que convivem com a depressão (WHO, 2022a).

A depressão passou a ter a nomenclatura de Transtorno Depressivo Maior (TDM) a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) lançado em 2013, e o diagnóstico é feito pela presença de grupos de sintomas por um período específico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Atualmente, para diagnosticar TDM conforme o DSM-5-TR, cinco ou mais dos principais sintomas devem estar presentes por um período de no mínimo 2 semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda

de interesse ou prazer. Os outros sintomas são, perdas ou ganho de peso significativo; insônia ou hipersonia quase diariamente; agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva/inapropriada; capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão; pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui doenças mentais, especifica um episódio depressivo típico por meio de sintomas que incluem humor deprimido, baixa energia e baixa atividade. Além disso, os sintomas mais comuns incluem capacidade reduzida de diversão, interesse e concentração, bem como cansaço acentuado. O sono é geralmente perturbado e o apetite diminuído, com alterações no peso corporal. A autoestima e a autoconfiança estão quase sempre reduzidas e, mesmo brandamente, algumas ideias de culpa ou inutilidade costumam estar presentes. O humor rebaixado varia entre os dias, não responde às circunstâncias e pode ser acompanhado pelos chamados sintomas somáticos, como perda de interesse e sensações agradáveis, humor piorado pela manhã, retardo ou agitação psicomotora acentuada, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. Dependendo do número e gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave. Um episódio "grave" requer a presença de vários sintomas depressivos, bem como culpa acentuada, perda de autoestima e ideias/tentativas suicidas persistentes (WHO, 2022b).

Apesar da complexidade de sintomas do TDM, a maioria das pessoas com esse transtorno não recebe tratamento. Em pesquisas domiciliares comunitárias representativas de 21 países como parte das Pesquisas Mundiais de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (WHO), dos 4,6% dos indivíduos que preencheram os critérios de 12 meses para TDM, apenas uma minoria de participantes recebeu tratamento minimamente adequado: 1 em cada 5 pessoas em países de alta renda e 1 em 27 em países de renda baixa/média-baixa (THORNICROFT et al., 2017). Além da falta de disponibilidade de tratamento ao nível de saúde pública, existem várias barreiras para os pacientes com TDM que buscam tratamento eficaz, por exemplo, falta de meios financeiros para custear os cuidados, medo de ser visto como "fraco" por ter problemas de saúde mental, medo

de ser visto como “louco” e estar muito doente para pedir ajuda (LUITEL et al., 2017), estigma em relação à depressão (ARNAEZ et al., 2020), entre outros.

Sobre o tratamento do TDM, guidelines indicam inicialmente o uso de medicações na fase aguda. A Diretriz de Prática Clínica da American Psychological Association (APA) recomenda antidepressivos de segunda geração, sendo eles, inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRIs), inibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina (SNRIs) ou inibidores da recaptação de norepinefrina/dopamina (NDRIs) para o tratamento da depressão em adultos (APA, 2019). A recomendação para o uso de antidepressivos de segunda geração para fase aguda com sintomas moderados ou severos de TDM também é a principal recomendação após revisão sistemática do Comitê de Diretrizes Clínicas da Universidade Americana de Médicos (QASEEM et al., 2023). No Guideline produzido pelo Grupo de Trabalho de Manejo do Transtorno Depressivo Maior (colaboração entre Secretaria de Qualidade e Segurança do Paciente e Administração de Saúde de Veteranos) dos Estados Unidos são elencadas sugestões de tratamento conforme gravidade de sintomas, fase da doença, resposta inicial a medicação, comorbidades mentais ou clínicas, entre outros fatores. De acordo com esse material, ao escolher uma farmacoterapia inicial, ou para pacientes que já responderam bem à farmacoterapia, são sugeridas algumas medicações (não classificadas por ordem de indicação) para uso inicial (entre eles, SSRIs, SNRIs e NDRIs) e apresentadas medicações que não são sugeridas pela toxicidade. Os autores trazem ainda que não sugerem uma classe de antidepressivo específica em razão de outra em termos de melhora dos sintomas, taxas de remissão ou efeitos adversos (VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2022). Para justificar a não preferência de uma classe de antidepressivos frente a outra, os autores trazem duas meta-análises atuais sobre o tema. A primeira meta-análise incluiu 522 ensaios clínicos randomizados (ECRs) envolvendo 116.477 participantes, os resultados mostraram um efeito semelhante entre bupropiona, mirtazapina, trazodona, nefazodona, SNRIs, ISRSs, inibidores da monoamina oxidase (MAOIs) e antidepressivos tricíclicos (TCAs) em termos de melhora dos sintomas e taxas de remissão, sendo todos significativamente mais eficazes do que o placebo (CIPRIANI et al., 2018). Na segunda meta-análise com pacientes idosos, contendo 53 ECRs e um total de 9.274 participantes, as medicações mostraram frequência semelhante de eventos adversos, nenhuma se sobressaindo para indicação nessa população que

possui maiores comorbidades clínicas (KRAUSE et al., 2019). Em metanálise recente, que comparou combinações de antidepressivos com monoterapia antidepressiva para pacientes com TDM em fase aguda, 39 ECRs (6751 pacientes) foram incluídos e como principal resultado, o tratamento combinado foi estatisticamente associado a resultados de tratamento superiores em relação à monoterapia (SMD = 0,31; 95% CI, 0.19-0.44), ainda, o estudo traz algumas sugestões de combinações de medicações mais eficazes (HENSSLER et al., 2022).

Nas Diretrizes de Prática Clínica do *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* para transtornos do humor, os autores apostam numa abordagem multifacetada para o tratamento do TDM, que inclui mudança de estilo de vida (implementação de mudanças positivas quanto tratamento de hábitos negativos, como tabagismo e uso indevido de substâncias), alimentação saudável, exercício físico e tratamentos cronobiológicos (relacionados ao sono e conectados com a função circadiana), psicoeducação sobre o transtorno, suporte social/rede de apoio, tratamento psicológico e farmacoterapia (MALHI et al., 2021). Sobre o uso de medicação para fase aguda de TDM, os autores ressaltam que apesar da grande disponibilidade de antidepressivos de classes variadas e diferentes mecanismos de ação, determinando a escolha médica no tratamento é sua eficácia e gravidade de efeitos colaterais. Clinicamente, é útil considerar as principais preocupações expressas pelos pacientes, entre as principais estão a disfunção sexual, o ganho de peso e a sedação, sendo que para alguns pacientes muitos outros efeitos colaterais podem ser relatados (MALHI et al., 2021).

A incidência de TDM é influenciada por interações complexas entre fatores sociais, psicológicos e biológicos (GUO et al., 2022) e embora muitas pessoas se beneficiam de tratamentos medicamentosos para depressão, ainda existe um grupo que não responde ou responde apenas após vários episódios de tratamento (STEINERT et al., 2014). O maior e mais longo estudo sobre depressão já concluído, realizado no Instituto Nacional de Saúde Mental, o estudo *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR\*D), investigou diferentes abordagens para o tratamento do TDM. O STAR\*D inscreveu 4.041 pacientes com triagem positiva para TDM que procuravam atendimento médico ou psiquiátrico. No estudo, foram disponibilizados 12 meses de cuidados continuados gratuitos para monitorar a durabilidade dos efeitos do tratamento. O STAR\*D consistia em até 4 etapas de tratamento medicamentoso por paciente, sendo projetado para fornecer orientação

na seleção da melhor próxima etapa de tratamento para pacientes que não conseguiam obter alívio suficiente na etapa inicial. Cada etapa consistiu em um estudo aberto de 12 semanas, com 2 semanas adicionais para pacientes considerados próximos da remissão. Aqueles com um benefício aceitável, de preferência remissão dos sintomas, em qualquer etapa específica, poderiam entrar em uma fase de acompanhamento naturalista de 12 meses. As taxas de remissão observadas foram de 36,8%, 30,6%, 13,7% e 13,0% para a primeira, segunda, terceira e quarta etapas do tratamento agudo, respectivamente. A taxa de remissão cumulativa geral foi de 67%. No geral, aqueles que necessitavam de mais etapas de tratamento tiveram taxas de recaída mais altas durante a fase de acompanhamento naturalista. Além disso, taxas de recaída mais baixas foram encontradas entre os participantes que estavam em remissão na entrada do acompanhamento do que naqueles que não estavam após as três primeiras etapas do tratamento. Ou seja, quando são necessárias mais etapas de tratamento, são esperadas taxas de remissão aguda mais baixas e taxas de recaída mais altas durante a fase de acompanhamento. Porém, mesmo após quatro fases de tratamento, 33% dos participantes ainda não haviam alcançado a remissão dos sintomas (PIGOTT, 2015; RUSH et al., 2009, 2006; RUSH, 2007). Além disso, não há uma orientação clara na literatura para a questão de quanto tempo os antidepressivos devem ser continuados ou quando podem ser descontinuados com segurança, a revisão sistemática e metanálise recente de ARIKAN et al. (2023) incluiu 37 ECR, como principais resultados para esse questionamento, já era esperado que o modelo de efeitos aleatórios mostrou a superioridade da medicação ativa sobre o placebo para recaída durante a fase de acompanhamento (OR = 0,37; IC 95%, 0,32-0,42. Porém, a meta-regressão não mostrou uma relação entre a duração do tratamento e os tamanhos de efeito, ou seja, os resultados podem indicar que o uso prolongado de antidepressivos pode não ser justificado, e essa estratégia pode expor os pacientes a mais efeitos adversos (ARIKAN et al., 2023).

O TDM pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade, mas a probabilidade de início aumenta acentuadamente com a puberdade, com a idade média de início ocorrendo em meados dos 20 anos; no entanto, o primeiro aparecimento no final da vida não é incomum (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; WHO, 2022b). Segundo o CID-11, o curso do TDM é variável, na ausência de intervenção, geralmente os sintomas duram de 3 a 4 meses, com

quase metade dos indivíduos afetados apresentando redução dos sintomas em 3 meses e a maioria apresentando remissão em 1 ano; porém, alguns indivíduos raramente, ou nunca, experimentam remissão. Sobre o curso natural do transtorno e a remissão espontânea, os dados na literatura são divergentes. Em revisão sistemática e metanálise atual de MEKONEN et al. (2022), a remissão global agrupada da depressão não tratada em 12 semanas foi de 12,5% (intervalo de confiança de 95%; 7,8 a 18,0%). Além disso, os autores ressaltaram que devido à falta de dados publicados, não foi possível determinar se a gravidade dos sintomas de depressão estava associada às taxas de remissão e afirmaram que a remissão a curto prazo da depressão sem tratamento é incomum (MEKONEN et al., 2022).

As taxas de remissão e recorrência variam amplamente, com a maioria dos indivíduos experimentando uma média de quatro episódios depressivos ao longo da vida e aproximadamente metade apresentando uma recorrência nos primeiros 5 anos. O risco de recaída aumenta com cada Episódio Depressivo subsequente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022, WHO, 2022b). Características associadas a taxas de recuperação mais baixas, além da duração do episódio atual, incluem características psicóticas, ansiedade proeminente, transtornos de personalidade e gravidade dos sintomas. O curso da depressão pode refletir adversidades sócio-estruturais associadas à pobreza, racismo e marginalização. O risco de recorrência torna-se progressivamente menor ao longo do tempo, à medida que a duração da remissão aumenta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). O risco de recorrência é maior em indivíduos cujo episódio precedente foi grave, em indivíduos mais jovens e em indivíduos que já passaram por episódios múltiplos. A persistência mesmo de sintomas depressivos leves durante a remissão é um poderoso preditor de recorrência, podendo chegar a 80% em pacientes que já tiveram episódios depressivos anteriores (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; CLEVENGER et al., 2018; KATO et al., 2021).

O TDM é um transtorno heterogêneo e complexo, na literatura, conforme apresentado anteriormente, existe uma série de prerrogativas para o tratamento focando nas características individuais e em tratamento multifocal, visto a ausência de preditores robustos e generalizáveis de resultado do tratamento, especialmente de marcadores biológicos e outros marcadores mensuráveis objetivamente (ROST; BINDER; BRÜCKL, 2023). Ainda, muitos indivíduos são resistentes aos tratamentos convencionais ou não respondem aos tratamentos medicamentosos usuais. Um

estudo prospectivo naturalístico atual relatou a taxa de remissão de 43,3% após a fase aguda do tratamento antidepressivo, sendo geralmente definida para 12 semanas após o início do tratamento (KIM, 2021). Apesar de uma série de medicamentos antidepressivos, as taxas de resposta à terapia antidepressiva inicial oscilam em 60% e as remissões ocorrem em apenas 40% dos pacientes, mesmo após 12 a 24 semanas de tratamento (HENSSLER et al., 2018, 2022).

Retomando os dados da literatura, no estudo STAR\*D, a taxa de remissão cumulativa após 4 tentativas de tratamento antidepressivo foi de 67% e mesmo após tratamentos sequenciais, 10% a 20% dos pacientes com TDM permaneceram significativamente sintomáticos por 2 anos ou mais (RUSH et al., 2006). Em geral, aceita-se que, embora os medicamentos antidepressivos possam ser eficazes no tratamento do TDM, eles falham em atingir a remissão em aproximadamente um em cada três pacientes (HENSSLER et al., 2018, 2022). Na literatura não existe uma definição universal para Depressão Resistente ao Tratamento (DRT), a revisão sistemática de BROWN et al. (2019) conduzida para documentar as definições de DRT encontrou 155 definições e 48,4% de todas as definições especificaram a exigência de pelo menos duas falhas de tratamento medicamentoso. Além disso, em entrevistas, os participantes responderam que fizeram ao menos uma tentativa adequada de psicoterapia, bem como duas a três tentativas de tratamentos com medicamentos antidepressivos (BROWN et al., 2019). Já no DSM-5-TR, o diagnóstico aproximado da definição de DRT é o Transtorno Depressivo Persistente (TDP), esse transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico definido pelo DSM-IV e do transtorno distímico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). O TDP é caracterizado por humor depressivo que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos para adultos. Esse transtorno representa uma consolidação do TDM crônico, ou seja, o TDM pode preceder o TDP. Os indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para TDM por dois anos devem receber o diagnóstico complementar de TDP, além do diagnóstico de TDM anterior. Os indivíduos com esse diagnóstico entendem que esses sintomas tornaram-se uma parte presente na sua experiência cotidiana e qualquer intervalo livre de sintomas dura não mais que dois meses. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Em um estudo atual sobre a prevalência e a carga econômica nacional utilizada para tratamento da DRP e do TDM nos Estados Unidos, os dados encontrados foram alarmantes, entre eles, a prevalência estimada de 12 meses de TDM tratado com medicamentos foi de 8,9 milhões de adultos, e 2,8 milhões (30,9%) tinham DRT (ZHDANAVA et al., 2021). Ainda, entre os gastos anuais com TDM (92,7 bilhões de dólares), a carga econômica gasta com medicamentos foi 47,2% atribuíveis a DRT, 56,6% da carga econômica de cuidados de saúde e 47,7% da carga econômica com desemprego. Dessa forma, a DRT está associada a custos de saúde desproporcionais e desemprego, sugerindo ganhos econômicos e sociais potencialmente grandes com gestão eficaz no início dos sintomas (ZHDANAVA et al., 2021).

Dentre os tratamentos custo efetivos indicados em metanálises e guidelines de tratamento para TDM e DRT, na redução de sintomas e prevenção de recaídas, em modalidade de grupo, que pode ser realizado em diversos contextos (p.e. presencial e online; atenção básica e atenção especializada de saúde) está a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (*Mindfulness Based Cognitive Therapy - MBCT*) (APA, 2019; MALHI et al., 2021; MCCLINTOCK; CHOI, 2022; NICE, 2022; VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2022; VAN BRONSWIJK et al., 2019; VOINESKOS; DASKALAKIS; BLUMBERGER, 2020; ZHANG et al., 2022).

## 2.1 INTERVENÇÕES BASEADAS EM *MINDFULNESS* (IBMs)

### 2.1.1 *Mindfulness*: Origem e Definição

*Mindfulness* é uma capacidade intrínseca e modificável da mente humana definida como um estado ou processo da consciência que emerge ao prestar atenção de uma maneira particular no momento presente: intencional, sem julgamento, de maneira amorosa e amigável, compassiva e com abertura e interesse à experiência (KABAT-ZINN, 2003, 2014). O termo *Mindfulness* se originou da tradução de “*sati*”, palavra proveniente do dialeto indiano *Pali* e do seu homólogo sânscrito *smṛti*, ambos relacionados à tradição budista. *Smṛti* significam “para lembrar”, “recordar”, “ter em mente” e o termo *sati* também representa a ideia de não esquecer ou de estar continuamente atento e consciente à própria mente (KABAT-ZINN, 2014; WILLIAMS; KABAT-ZINN, 2013). A atenção plena não é

apenas “saber o que está acontecendo”, como ouvir um som, mas conhecê-lo de uma certa maneira - livre de apego, aversão e ilusão. O objetivo de desenvolver a prática de *Mindfulness* não é julgar severamente, mas aprender como não ficar preso a uma reação automática, cultivando um senso de curiosidade. Praticar para lembrar de respirar, para ter espaço em meio à adversidade, para relembrar os valores, aquilo com o que o indivíduo realmente se importa - e encontrar apoio na força interior e nas relações com os outros (SALZBERG, 2020). A tradução para o português não é consensual, o termo *Mindfulness* é geralmente traduzido por “atenção plena”, “consciência plena” e outros vocábulos menos usados como “observação vigilante” e “mente alerta”. As traduções para o português, todavia, não conseguem abarcar o significado real do termo. Tendo em vista essas complexas questões terminológicas, serão adotados os termos *mindfulness* e atenção plena, na presente tese, para se referir ao mesmo construto.

Os indivíduos para desenvolver as habilidades *mindfulness*, segundo KABAT-ZINN (2013) são orientados a ter sete atitudes/posturas básicas, entre elas:

a) Não julgamento: essa habilidade instrui o praticante a aceitar todos os sentimentos, pensamentos e sensações, sejam eles agradáveis ou desagradáveis, como legítimos e válidos.

b) Paciência: habilidade de compreender que as coisas acontecem no seu próprio tempo. Lembrar que não há nenhuma necessidade de ser impaciente consigo mesmo, comparando-se ao tempo dos outros. Praticar a paciência nos lembra que não precisamos preencher nossos momentos com atividades e pensamentos para que eles sejam produtivos/importantes.

c) Mente de principiante: Capacidade de viver as experiências como se fosse a primeira vez. Muitas vezes os pensamentos e as crenças prévias sobre o que já é conhecido impedem de viver as novas experiências como elas realmente são. Uma mente aberta de “iniciante” permite ser receptivo a novas possibilidades e evita ficar preso na rotina de ruminação da mente, que muitas vezes pensa saber mais do que realmente sabe. Nenhum momento é igual ao outro. Cada um é único e contém possibilidades únicas.

d) Confiança: essa habilidade consiste em confiar na capacidade de lidar com os sentimentos e pensamentos desagradáveis. Ao praticar a atenção plena, o participante está assumindo a responsabilidade de agir com autenticidade e aprender a ouvir e confiar em seu próprio ser.

e) Não forçar: Cultivar intencionalmente uma atitude de não-esforço. Os praticantes são orientados a apenas observar o que experienciam de momento a momento, sem exercer nenhum controle para alcançar algo, ou alguma meta. A ideia é simplesmente permitir que tudo e qualquer coisa que experimentamos de momento a momento esteja presente, como já está. O convite é simplesmente abraçá-lo e mantê-lo em consciência, sem objetivo de transformá-lo.

f) Aceitação: Significa ver as coisas como elas realmente são no presente, sem tentar fazê-las ser do jeito que gostaríamos que fosse, e sem passividade e resignação. Na prática da meditação, cultiva-se a aceitação aceitando cada momento como ele é e estando com ele plenamente. Apenas lembramos de ser receptivo e aberto a tudo o que se está sentindo, pensando ou vendo, e de aceitar o que está aqui e agora.

g) Deixar ir: os praticantes são encorajados a deixar de lado certos pensamentos, sentimentos e situações que aparecem com mais frequência na mente ou são mais intensos. A ideia é apenas observar intencionalmente esses impulsos da mente de segurar ou afastar certos pensamentos.

A prática de *Mindfulness* enfatiza a observação dos eventos presentes ao invés de compará-los com experiências do passado ou do futuro, avaliá-los como bons ou ruins, ou ainda, ruminá-los - a clareza da mente comparada a um “espelho” e sua capacidade refinada de refletir, conter, encontrar e conhecer com grande fidelidade as coisas como elas realmente são, sem julgamento (BROWN; CRESWELL; RYAN, 2015; KABAT-ZINN, 2015). O hábito das práticas de atenção plena auxilia a romper a ruminação, os julgamentos e conceitos prévios, e as interpretações negativas que o sujeito pode ter absorvido em torno de sua história pregressa, auxiliando a diminuir distorções cognitivas e avaliar as situações com mais clareza (SALZBERG, 2019; WILLIAMS; KABAT-ZINN, 2013). Embora seja uma técnica milenar na tradição oriental, a meditação *mindfulness* ganhou espaço no contexto ocidental a partir da década de 1980, sobretudo pelas possibilidades de redução do estresse. Desde o início da sua prática alterou drasticamente as perspectivas da medicina moderna sobre a capacidade de regulação e superação das vulnerabilidades humanas. De acordo com GETHIN (2011), a abstração da atenção plena de seu contexto numa ampla gama de práticas meditativas budistas pode parecer uma apropriação e distorção do budismo tradicional que perde de vista o objetivo budista de erradicar a ganância, o ódio e a ilusão. De uma perspectiva

budista diferente, pode parecer um exemplo de 'habilidade em meios', ou seja, fornece uma maneira de dar aos seres a oportunidade de dar um primeiro e importante passo inicial no caminho que leva à cessação do sofrimento, o qual é o objetivo principal das práticas meditativas budistas. O autor considera esse avanço como a união de práticas derivadas do budismo com os métodos de ciência cognitiva ocidental moderna, ou ainda, a mudança de uma situação cultural na qual antigamente buscamos a religião para curar nossas almas e agora buscamos a Ciência utilizando práticas de *Mindfulness* semelhantes.

Um dos principais responsáveis pela difusão do *Mindfulness* no Ocidente foi Jon Kabat-Zinn, médico, cientista e praticante do Zen budismo, quando apresentou seu programa de “Redução de Estresse Baseada em *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR*)” na Escola de Medicina da Universidade de Massachusetts nos Estados Unidos. Destinado a pacientes com dor crônica e quadros de estresse que, comprovadamente, não obtinham sucesso em tratamentos terapêuticos convencionais, o programa de Kabat-Zinn ganhou visibilidade por utilizar práticas meditativas como ferramentas de tratamento complementar de saúde em vários quadros de saúde física e mental (WILLIAMS; KRAFT, 2022). Desde então, seu uso para reduzir a dor e o estresse foi adotado por centenas de centros médicos, hospitais e clínicas em todo o mundo. A aplicação da atenção plena em ambientes clínicos se espalhou além da redução do estresse para a psicoterapia, onde provou ser uma ferramenta potente para auxiliar os pacientes a lidar com condições como depressão, ansiedade e transtornos obsessivo-compulsivos (WILLIAMS; KABAT-ZINN, 2013). Kabat-Zinn apresentou diversas evidências empíricas que demonstravam os efeitos dos programas de redução do estresse, baseados na atenção plena (MBSR) sobre o cérebro (no processamento das emoções) e sobre o sistema imunológico em pacientes com diferentes quadros clínicos (KABAT-ZINN, 2020). Para o uso do termo *mindfulness* nas intervenções em saúde, alguns autores operacionalizaram a definição de Kabat-Zinn em dois construtos: 1) autorregulação da atenção para o momento presente: refere-se à observação e consciência de sensações, pensamentos ou sentimentos do momento e requer tanto a capacidade de fixar a atenção sobre o que está ocorrendo, quanto à capacidade de alternar intencionalmente a atenção de um aspecto da experiência para outro; e 2) uma orientação para a experiência presente:

marcada pela curiosidade, abertura e aceitação da realidade dos acontecimentos (BISHOP et al., 2004).

Atenção plena é um construto multifacetado, compreendido como um conjunto de habilidades ensinadas e apreendidas como: (1) observação da experiência; (2) agir com consciência; (3) não julgamento e aceitação da experiência; (4) autoaceitação; (5) não evitação/abertura à experiência; (6) não reatividade à experiência; (7) não identificação com a própria experiência; (8) discernimento; e (9) rotular/descrever a própria experiência (BERGOMI; TSCHACHER; KUPPER, 2013). A atenção plena, conforme ensinada nas intervenções baseadas em *Mindfulness*, sempre foi associada a elementos como compreensão e discernimento claros - não é meramente atenção pura, embora a atenção seja uma parte fundamental da prática. Tampouco é meramente conceitual, cognitivo ou baseado no pensamento. De acordo com WILLIAMS e KABAT-ZINN (2013), trata-se, em essência, de ter consciência, uma capacidade totalmente diferente e, pode-se dizer, maior do que o pensamento, uma vez que todo e qualquer pensamento e emoção podem ser mantidos na consciência. No cultivo da atenção plena, um espírito de autoinvestigação e autoentendimento é fundamental. Do lado objetivo, vemos que a atenção plena correta envolve a contemplação reflexiva da própria experiência, incluída nos quatro domínios objetivos do corpo, sentimentos, estados mentais e fenômenos experienciais (BODHI, 2011).

O *Mindfulness* é descrito também como um construto/traço psicológico, isto é, como uma faceta da mente humana que está presente em maior ou menor grau em todas as pessoas. Nesse sentido, faz oposição com o termo *mindlessness*, definido por estar em “piloto automático”, ou seja, motivado pela confiança em hábitos arraigados, por pensamentos pré-estabelecidos e por formas estreitas e retrógradas de compreensão e interação (LANGER, 2016). Ainda, indivíduos com padrões maiores de *Mindlessness*, possuem uma visão estreita sobre si e sobre o mundo, com possibilidades limitadas de agir a partir de regras rígidas, obsoletas e estereotipadas - levando a situações de obediência irracional, falta de crítica, escolhas irrefletidas, avaliações injustas, frustração e mal-estar (CHANOWITZ; LANGER, 1981; LANGER; MOLDOVEANU, 2000). Por outro lado, indivíduos com padrões maiores de *Mindfulness* enquanto traço psicológico percebem e identificam mais facilmente detalhes potencialmente novos de uma informação/situação, ou seja, possuem de um estado mental flexível, engajado no presente, que envolve

atividades mentais de classificação e categorização de experiências mais ampla (LANGER, 2016; LANGER; MOLDOVEANU, 2000).

O papel que a meditação desempenha no processo de cultivar a atenção plena difere nas conceituações de Langer e Kabat-Zinn e talvez seja um fator diferenciador para as duas abordagens. Langer caracteriza a atenção plena como uma capacidade humana universal que não precisa ser aprimorada por meio da prática da meditação, e sim, através da cognição por meio da atenção à variabilidade dos estados mentais e físicos de uma pessoa. A concepção de atenção plena de Kabat-Zinn é semelhante à de Langer em seu foco na consciência momento a momento, porém, o processo pelo qual a atenção plena é alcançada, no entanto, difere da ênfase de Langer, e se dá por meio de práticas múltiplas de meditação e exercícios respiratórios para melhorar vários sintomas associados à dor crônica, estresse, ansiedade, depressão e outras condições físicas e mentais (IE; NGNOUMEN, CHRISTELLET.; LANGER, ELLENJ., 2014).

A proposta das práticas de atenção plena contrasta na maioria com as experiências diárias de nossas vidas, nas quais estamos constantemente divagando em nossos próprios pensamentos, ruminando sobre o passado, preocupados com o futuro, agindo no piloto automático ou suprimindo experiências indesejáveis. Os exercícios formais de intervenção da atenção plena exigem que a pessoa tente deliberadamente se voltar e manter a atenção na experiência momento a momento, de modo que o esforço realizado durante os exercícios de treinamento da atenção plena pode promover habilidades de percepção, aprendizado e autorregulação (CRESWELL, 2017). A partir dessa compreensão de como não estamos atentos à experiência do momento presente e a importância desse estado (estar no presente) e do desenvolvimento do traço *mindfulness*, surgiram as IBMs no contexto científico que serão brevemente discutidas no próximo tópico.

### **2.1.2 Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBMs)**

As Intervenções baseadas em *Mindfulness* (IBMs - *Mindfulness-Based Interventions*) podem ser compreendidas como um treinamento mental para o cultivo de estados de atenção plena no cotidiano que servem como estratégia de enfrentamento às situações de conflitos, cada uma com sua especificidade (BOWEN et al., 2021). As IBMs tiveram crescimento exponencial nas últimas décadas, como

estratégias terapêuticas implementadas em contextos diversos e por meio de protocolos com diferentes características (de duração, abordagem, objetivo, desfecho e outras). Além disso, as IBMs podem ser aplicadas em todas as fases do desenvolvimento humano desde a infância e adolescência (BURDICK, 2018; CARRIÓN; RETTGER; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PUBLISHING, 2019; WILLARD; SALTZMAN, 2015) até a velhice (BRANDT, 2017; LI; BRESSINGTON, 2019), sendo uma abordagem não farmacológica e pode ser praticada virtualmente, com eficácia para aplicação em formato web de acordo com metanálise recente, reduzindo depressão e ansiedade e aprimorando a qualidade de vida e as habilidades de atenção plena (SEVILLA-LLEWELLYN-JONES et al., 2018).

A popularidade dos IBMs aumentou exponencialmente nos últimos anos, juntamente com o volume de pesquisas realizadas sobre sua eficácia no tratamento de várias condições psicológicas e benefícios potenciais das intervenções com atenção plena, sejam elas relativas à saúde física e mental ou aos desfechos cognitivos, afetivos e interpessoais positivos (BROWN; CRESWELL; RYAN, 2015; CRESWELL, 2017; GOLDBERG et al., 2018). IBMs são usadas com resultados positivos para reduzir sintomas em amostras clínicas variadas, por exemplo, depressão (GOLDBERG et al., 2019; HOFMANN; GÓMEZ, 2017; WANG et al., 2018), ansiedade (GHAHARI et al., 2020; HELMES; WARD, 2017; HOFMANN; GÓMEZ, 2017), transtorno de estresse pós-traumático (BOYD; LANIUS; MCKINNON, 2018; KEARNEY; SIMPSON, 2020; POLUSNY et al., 2015), dor crônica (CHERKIN et al., 2016; DAY, 2017; MAJEED; ALI; SUDAK, 2018), distúrbios do sono (KANEN et al., 2015; RUSCH et al., 2019), uso e abuso de substâncias psicoativas (BOWEN et al., 2014; LI et al., 2017), disfunções sexuais (BOSSIO et al., 2018; JADEREK; LEW-STAROWICZ, 2019), entre outros.

No final do século passado, o precursor Programa de Redução do Estresse Baseado em *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Stress Reduction Program - MBSR*), elaborado por KABAT-ZINN (1982), foi base para a proposição subsequente de diversas modalidades de IBMs. O pesquisador, que era praticante de meditação, desenvolveu um programa acessível para leigos, visando à redução do estresse em pacientes com dor crônica. Para Kabat-Zinn, o sofrimento associado à doença era resultado da atitude do indivíduo em relação à sua condição, e isso poderia ser melhorado por meio de práticas que envolvessem a aceitação da experiência individual sem reação ou julgamento, aliviando os sintomas principalmente de

ansiedade, autocrítica excessiva e julgamento (KABAT-ZINN, 2003, 2020). Assim, os pacientes poderiam se perceber mentalmente transformados de forma que lhes permitissem lidar de forma mais eficaz com suas enfermidades (HARRINGTON; DUNNE, 2015).

SHAPIRO et al. (2006) realizaram um estudo visando construir uma compreensão mais precisa dos mecanismos primários de ação envolvidos nas práticas de *Mindfulness*, que compõe as IBMs, responsáveis pelas características de mudança, e propuseram três componentes (axiomas) da atenção plena:

a) Intenção (I) – “com propósito”: é a visão pessoal do praticante que define por que ele está praticando. Muitas vezes essa visão é dinâmica e em evolução e permite ao praticante desenvolver-se com uma visão, consciência e prática de aprofundamento.

b) Atenção (A) – “prestando atenção”: consiste em observar as operações que acontecem com o próprio indivíduo e externas a ele, em uma determinada experiência momento a momento, sem interpretá-las.

c) Atitude (A) – “de forma particular”: refere-se à maneira como o indivíduo presta atenção à sua própria experiência e quais atitudes escolhe diante dessa observação. Através da intencionalidade de trazer as atitudes de paciência, compaixão e não “lutar” para a prática de atenção plena, se desenvolve a capacidade de não se esforçar continuamente para alcançar experiências agradáveis, ou afastar-se das experiências desagradáveis. O contrário pode resultar na prática que é condenar ou julgar as experiências.

Ainda, conforme os autores, os mecanismos adicionais, resultante do desenvolvimento dessa “nova perspectiva/interpretação” são:

a) Autorregulação e autogestão: cultivo da atenção sem julgamentos e com aceitação, ou seja, o indivíduo sente-se menos controlado por emoções e pensamentos particulares que surgem e por sua vez, menos propenso a reagir de forma automática a eles. Dessa forma, a ansiedade é vista apenas como um estado emocional impermanente que surge e desaparece com o tempo, auxiliando o indivíduo a ter uma gama mais ampla e adaptável de habilidades de enfrentamento.

b) Clarificação de valores: desenvolve a habilidade de refletir sobre os valores pessoais com mais objetividade e escolher os mais significativos para si. Por meio de uma consciência aberta e intencional pode-se escolher os comportamentos congruentes com as necessidades, interesses e valores pessoais.

c) Flexibilidade cognitiva, emocional e comportamental: aumenta a capacidade de observar as experiências como uma atividade mutável e assim permite observar os conteúdos psicológicos mais claramente, promovendo maior flexibilidade e menos reatividade. Possibilita, deste modo, que o indivíduo responda conforme a situação atual, em vez de reagir com pensamentos, emoções ou comportamentos desencadeados por experiências, ou hábitos prévios.

d) Exposição: o indivíduo aprende por meio da exposição direta às suas emoções, pensamentos ou sensações corporais que elas não são tão esmagadoras ou assustadoras, e que não precisam ser temidas e/ou evitadas. O que pode conduzir à extinção das respostas de medo e evitação.

As IBMs, segundo o estudo de HÖLZEL et al. (2011), envolvem os seguintes mecanismos: regulação da atenção, regulação emocional, consciência corporal e mudanças na perspectiva do “próprio eu”. O primeiro fator, regulação da atenção, contempla a sustentação da atenção em determinados pontos, também chamados de âncoras, que podem ser: a própria respiração, sensações corporais, pensamentos, emoções. Compreendida como a habilidade de autoconsciência ou auto-observação dos próprios processos mentais (metacognição) e eventos que ocorrem no momento presente, curiosamente e não-julgadora. Assim, a pessoa consegue sustentar uma atitude de aceitação diante dos seus próprios processos mentais. Um nível suficiente de regulação da atenção é necessário para se manter envolvido na meditação e quando essa regulação é bem-sucedida, torna-se um elemento fundamental para trazer os benefícios da prática. O segundo fator, a regulação emocional, contempla um conjunto de processos que influenciam as emoções, seu surgimento e o modo como os indivíduos as experienciam e as expressam. A regulação emocional está relacionada com um processo adaptativo por meio do qual eventos estressantes podem adquirir novos significados e é relativa à capacidade de gerar novas formas de reagir às emoções através da exposição àquilo que ocorre na consciência (exposição): distanciar-se, não reagir à experiência, aceitar. O terceiro mecanismo, a consciência corporal, contempla a capacidade de notar sensações corporais sutis e percepção das sensações corporais como respiração, calor, pressão, entre outros. A maior conscientização sobre a resposta do corpo frente a um estímulo emocional, por exemplo, pode levar à maior consciência das emoções. Assim, tal tomada de consciência é entendida como uma condição prévia para a regulação emocional. E por último, o quarto fator,

as mudanças na perspectiva do “próprio eu”, contempla um desapego de uma imagem fixa de si. HÖLZEL et al. (2011) abordam a importância de entender que a nossa sensação de “eu” não é tão sólida, permanente ou substancial, necessitando livrar-nos do apego e hostilidade. Quando as experiências diretas são observadas durante as práticas de *Mindfulness*, os praticantes podem notar que estas estão em constante mudança e, portanto, são transitórias. Assim, a observação consciente e não-julgadora promove o desapego da identificação com os conteúdos da consciência.

Dentre as IBMs, destacam-se os seguintes programas: Programa de Redução do Estresse Baseado em *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Stress Reduction Program* - MBSR) (KABAT-ZINN, 1982), Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* - MBCT) (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2002), Programa *Mindfulness* para prevenção de recaída (*Mindfulness-Based Relapse Prevention* - MBRP) (BOWEN; CHAWLA; MARLATT, 2011), *Mindfulness* para Manejo de Dor (*Mindfulness-Based Pain and Illness Management* - MBPM) (PENMAN; VIDYAMALA, 2013), Programa de Treinamento de Conscientização Alimentar Baseado em *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Eating Awareness Training program* - MB-EAT) (KRISTELLER; WOLEVER, 2014), entre outros. Dentre as intervenções que incorporam técnicas de *Mindfulness*, as mais comuns são a Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behavioral Therapy* - DBT) (LINEHAN, 1993), a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* - ACT) (HAYNES et al., 2016) e a Terapia Focada na Compaixão (*Compassion Focused Therapy* - CFT) (GILBERT, 2010). Na pesquisa que compõe a presente tese, foi utilizada a intervenção MBCT, dessa forma, será contextualizado e caracterizado apenas essa intervenção baseada em *Mindfulness* na seção seguinte.

### **2.2.3 Terapia Cognitiva Baseada Em *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* - MBCT)**

No início da década de 1990, os psicólogos John Teasdale, Mark Williams e Zindel Segal iniciaram os estudos e posteriormente criaram um programa de treinamento de *Mindfulness* com intuito de prevenir a recaída de pacientes com depressão recorrente, influenciados pelo programa MBSR de Kabat-Zinn (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2002; TEASDALE et al., 2000). Com isso, deram origem ao

*Mindfulness Based Cognitive-Therapy* (MBCT), com o mesmo formato de oito semanas do MBSR, também com práticas de *mindfulness*, porém, associava ainda alguns aspectos da teoria da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para depressão (BECK; RUSH, 1979; SEGAL; PEARSON; THASE, 2003). O MBCT foi desenvolvido para pessoas com histórico de depressão e, portanto, vulneráveis a futuros episódios. Inicialmente, era ministrado enquanto os participantes estavam em remissão, visando capacitá-los a aprender como trazer consciência às sensações corporais, pensamentos e emoções e responder adaptativamente aos primeiros sinais de alerta de recaída (WILLIAMS, 2007). O MBCT consiste em oito sessões de grupo semanais de 2,5 horas e tarefas de casa que incluem práticas contemplativas, utilizando o escaneamento corporal, práticas diárias de *mindfulness* e meditação em posição sentada e em movimento (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2013). Os fatores milenares do *Mindfulness* mantidos na prática do MBCT são três: 1) o cultivo da consciência através da prática da atenção plena; 2) Uma atitude particular caracterizada por não esforço, aceitação e um interesse genuíno pela experiência e 3) O processo de vincular o aprendizado à compreensão do trabalho com a vulnerabilidade - a aprendizagem experiencial pessoal é integrada em uma estrutura mais ampla de compreensão. Essa compreensão relaciona-se tanto com a natureza da vulnerabilidade e sofrimento humanos gerais quanto com a natureza particular da vulnerabilidade à recaída depressiva. Durante as sessões MBCT esta integração é facilitada através do diálogo, reflexão, exercícios de grupo e psicoeducação (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2013; TEASDALE; SEGAL; WILLIAMS, 2003).

Com relação aos aspectos cognitivos presentes no MBCT, podemos pensar que as intervenções terapêuticas da TCC visam auxiliar o paciente a detectar os pensamentos disfuncionais e a corrigir as distorções cognitivas presentes nesses pensamentos, e em seguida desenvolver pensamentos mais realistas (BECK, 2021). Segundo a autora, essa abordagem de intervenção insiste em experiências de aprendizagem altamente específicas, destinadas a ensinar ao paciente as seguintes operações: a) observar e controlar seus pensamentos negativos automáticos; b) reconhecer os vínculos entre a cognição, o afeto e o comportamento; c) examinar as evidências a favor e contra seus pensamentos automáticos distorcidos; d) substituir as cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas para o real; e, e) aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predispõe a distorcer

suas experiências. Embora a ênfase explícita da TCC seja a mudança do conteúdo do pensamento, quando bem-sucedido o tratamento leva implicitamente a mudanças nas relações dos pacientes com seus pensamentos e sentimentos negativos (CRANE, 2012). Utiliza-se o termo “distanciamento” ou “descentralização” como a capacidade de se afastar de pensamentos antes repetitivos para avaliar a precisão de seu conteúdo em vez de considerar os pensamentos necessariamente verdadeiros ou como um aspecto do eu. Dessa forma, os pacientes podem mudar para uma perspectiva na qual pensamentos e sentimentos negativos poderiam ser vistos como eventos passageiros na mente que não são necessariamente reflexos válidos da realidade, nem aspectos centrais do eu. Descentralizar significa observar os pensamentos em uma perspectiva suficientemente ampla, para poder vê-los simplesmente como “pensamentos” em vez de necessariamente refletir a realidade. Esse aspecto fundamental da terapia cognitiva protege as pessoas contra futuras depressões. Se tal descentralização não ocorresse, os pacientes ficam discutindo consigo mesmos sobre se seus pensamentos são verdadeiros ou não, organizando evidências a favor ou contra um pensamento negativo e arriscando serem simplesmente apanhados no padrão de pensamento (CRANE, 2012).

Na estrutura do MBCT há uma ênfase geral na primeira metade do programa em aprender a chamar a atenção para a experiência “interna” e ver o que acontece neste processo. Na segunda metade do programa, há ênfase na aplicação aos desafios da vida de entendimentos que estão surgindo por meio das práticas de *mindfulness*. O aprendizado é apoiado por apostilas e gravações das práticas de *mindfulness* de cada sessão para os participantes levarem e praticarem em casa (CRANE, 2012). O que é trabalhado em cada sessão conforme o programa original MBCT de SEGAL, WILLIAMS e TEASDALE (2013), incluindo as práticas realizadas durante a intervenção e durante a semana são apresentadas na tabela abaixo.

Quadro 1 – Sessões do programa MBCT

Semana 1: Além do piloto automático	
Objetivo	Compreender sobre o funcionamento frequente do piloto automático e explorar os benefícios de se manter consciente no momento presente.
Práticas	Exercício da uva-passa; Varredura corporal; Práticas para casa: Varredura corporal;

	Atenção plena em uma atividade rotineira; Espaço de Respiração de 5 minutos;
Semana 2: Outra forma de saber	
Objetivo	Explorar as experiências por meio dos sentidos e reconhecer quando fica perdido em pensamentos. Aprender a se reconectar com o conhecimento direto e consciente do corpo.
Práticas	Varredura corporal; Exercício de sentimentos e pensamentos; Meditação sentada de 10 minutos; Práticas para casa: Varredura corporal; Meditação sentada de 10 minutos; Calendário de experiências agradáveis; Atenção plena em uma atividade rotineira.
Semana 3: Voltando a estar no presente - Reunindo a mente dispersa	
Objetivo	Aumentar a percepção do participante no seu modo de reagir em situações conflituosas e auxiliá-lo na percepção de uma nova relação com essas situações, por meio da conexão com a respiração e o uso de atitudes <i>mindfulness</i>
Práticas	Meditação dos Sons e Pensamentos; Prática da Respiração e do Alongamento; Meditação sentada de 30 minutos (consciência da respiração e do corpo; como responder a sensações físicas intensas); Práticas para casa: Prática Respiração e Alongamento; Meditação sentada de 30 minutos; Calendário de experiências desagradáveis; Espaço da respiração de 5 minutos;
Semana 4: Reconhecendo a aversão	
Objetivo	Ensinar uma maneira diferente de se relacionar com sentimentos intensos e desagradáveis, sensações e pensamentos, através do foco na respiração e no momento presente e da percepção da aversão.
Práticas	Meditação sentada de 30 minutos; Espaço da respiração de 5 minutos - regular; Práticas para casa: Meditação sentada de 30 minutos; Espaço da respiração de 5 minutos - regular; Espaço da respiração de 5 minutos - responsivo;
Semana 5: Permitir que as coisas sejam como já são	
Objetivo	Ensinar a desenvolver uma atitude de aceitar as experiências como elas são, sem interferir, ou seja, sem exigir que se modifiquem ou sejam diferentes do que elas são.

Práticas	Meditação Trabalhando com dificuldades; Exercício: leitura e discussão do poema de Rumi ( <i>The Guest House</i> ). Práticas para casa: Meditação Trabalhando com dificuldades; Espaço da respiração de 5 minutos - regular; Espaço da respiração de 5 minutos - responsivo;
Semana 6: Vendo pensamentos como pensamentos	
Objetivo	Ajudar os participantes a perceber os pensamentos apenas como produtos da mente e não uma verdade sobre si ou sobre a realidade, permitindo a desidentificação com eles.
Práticas	Meditação sentada de 20 minutos – com foco em relacionar-se com os pensamentos como eventos mentais; Espaço da respiração de 5 minutos - regular; Exercício “Assinatura da recaída”: Desenvolvendo um sistema de advertência precoce da depressão; Práticas para casa: Meditação sentada de 20 minutos; Espaço da respiração de 5 minutos - regular; Espaço da respiração de 5 minutos - responsivo;
Semana 7: A bondade em ação	
Objetivo	Ensinar os participantes a melhor cuidar de si, por meio do reconhecimento cuidadoso dos sinais que avisam quando podem recair ou agravar o quadro de depressão. Aprender a ligação entre pensamento, emoções e comportamentos, identificar padrões pessoais de recaída.
Práticas	Meditação sentada de 30 minutos; Espaço da respiração de 5 minutos - regular; Exercício para reequilibrar atividades nutritivas e esgotantes: Planejar uma agenda de atividades para quando o humor ameaçar diminuir, gerando lista de atividades de prazer; Práticas para casa: Escolher uma prática aprendida de sua preferência; Espaço da respiração de 5 minutos - regular; Preparar um plano de ação;
Semana 8: E agora? Usando o que foi aprendido para lidar com humores futuros	
Objetivo	Relembrar o que foi aprendido e pensar em estratégias para manter o aprendizado após o programa
Práticas	Varredura corporal; Espaço da respiração de 5 minutos - responsivo; Exercício: discussão de como manter as práticas formais e informais no dia a dia, avaliação do curso. Prática para casa: criar um planejamento de práticas pessoais;

Fonte: Elaborado pela autora.

O termo “piloto automático” é um dos primeiros a ser trabalhado no programa MBCT, descreve um estado mental no qual a pessoa age sem intenção consciente ou consciência da percepção sensorial do momento presente. A atividade envolvida pode ser física ou mental, mas a característica principal é que a consciência do momento presente está nublada. A capacidade de operar no piloto automático é altamente desenvolvida na espécie humana e nos confere uma vantagem evolutiva considerável de poder realizar várias tarefas ao mesmo tempo, mas também cria nossa vulnerabilidade ao sofrimento emocional (CRANE, 2012). Em modo “piloto automático”, é como se o corpo estivesse fazendo uma coisa, enquanto a mente está fazendo algo a mais. A mente é, portanto, passiva por muito tempo, estando “presa” por pensamentos, memórias, planos ou sentimentos. O modo automático de fazer extrai o potencial para viver mais totalmente, com as práticas de *Mindfulness* existe a possibilidade de transformar a experiência prestando atenção intencionalmente para o momento particular, por exemplo, com foco à respiração, às sensações do corpo e aos aspectos da experiência cotidiana (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2013). O MBCT, portanto, oferece aos participantes um treinamento para acessar e permanecer no “modo de ser” da mente, no qual a intenção é aprender maneiras de estar mais plenamente na realidade da experiência do momento presente, ao mesmo tempo, em que aprende a se relacionar com ela com aceitação e curiosidade.

Uma premissa essencial do MBCT é que a mente tem dois modos amplos através dos quais a experiência pode ser processada - o “modo fazer” e o “modo ser”. O “modo fazer” (*doing*) é ativado quando a mente registra discrepâncias entre uma ideia de como as coisas são e o ideal para aquele indivíduo (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2013). Assim, a mente tenta reduzir a lacuna entre um estado desejado e como o indivíduo está vivenciando algo naquele momento (indo em direção ao que deseja ou afastando-se do que não deseja). Esse esforço é permeado por um sentimento de insatisfação com como as coisas são, assim, os sujeitos estão mais envolvidos em pensar sobre a experiência do que vivendo plenamente naquele momento. Estando fora de contato com a experiência interna “sentida” e com a experiência do mundo, e sim em contato com o julgamento positivo ou negativo da experiência. O estilo “modo fazer” do processamento da experiência é configurado de tal forma que sempre existe um “problema” a ser resolvido, o percebido virar o ideal. A mente, portanto, permanece permanentemente

ativa por meio de um engajamento em estratégias, que visam fechar ou manter a lacuna entre onde se deseja, ou não estar e onde o indivíduo realmente está (WILLIAMS et al., 2007). No piloto automático, é fácil cair inconscientemente no “modo fazer” e os padrões de pensamento ruminativos podem levar a mente de volta a pensamentos negativos, memórias traumáticas e até mesmo estados de humor mais deprimidos.

No “modo ser” (*being*), a atenção é intencionalmente colocada na experiência do momento presente, assim, a pessoa está em contato direto com o mundo através dos sentidos - visão, audição, olfato, tato e degustação. A experiência no “modo ser” é percebida numa postura caracterizada por aceitação, gentileza, interesse, cordialidade e não-esforço; e toda experiência é percebida como eventos dentro do campo da consciência. Uma das principais intenções do programa é permitir que os participantes reconheçam o modo de pensar que estão (“fazer” ou “ser”) e consigam mudar intencionalmente de um modo para outro (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2013). Isso acontece - a capacidade de mudar de “modo mental” - enquanto está na vida diária, e pode assumir a forma de um senso momentâneo de consciência. Uma compreensão implícita do MBCT é que, para viver uma vida equilibrada e saudável, é necessário cultivar e conhecer os modos “fazer” e “ser”, para os indivíduos poderem ser flexíveis e responsivos ao que é mais necessário em cada momento. Uma habilidade chave que pode ser aprendida por meio do MBCT é o reconhecimento de qual modo mental está operando e adquirir habilidades para desvencilhar conscientemente um modo mental e entrar em outro quando for hábil fazê-lo. Os problemas potencialmente criados por permanecer persistentemente em um modo mental de fazer são particularmente destacados durante a depressão (CRANE, 2012).

A importância das sensações do corpo também é bastante trabalhada no programa MBCT, os participantes se envolvem durante as práticas na identificação de lugares precisos do corpo onde as sensações estão surgindo e na descrição das próprias sensações. Esse é o ponto de partida para entender a natureza da experiência direta e para aprender a habitar novamente o corpo. Todos os pensamentos, emoções, fala e ação são (seja consciente disso ou não) guiados por significados, expressos através da experiência corporal. Reservar um espaço para fazer uma pausa, estar presente e permitir que surja um conhecimento intuitivo da experiência oferece uma maneira diferente de abordar os desafios da vida. Na

maneira predominantemente verbal dos seres humanos de sentir e se expressar, pode parecer contra-intuitivo focar no corpo e na respiração; e permitir que o corpo revele o que está acontecendo. Um dos processos que ocorrem em um curso baseado em *Mindfulness* é aprender a confiar nesse desdobramento e a permitir o surgimento desse conhecimento e compreensão mais intuitivos e íntimos. Em última análise, o aprendizado e o *insight* que surgem dessa maneira visceral podem ser integrados aos processos de pensamento e até mesmo articulados verbalmente. Chegar a “sentir” a experiência envolve reaprender a capacidade de perceber diretamente através dos sentidos de audição, olfato, visão, paladar, tato e o sentido cinestésico de apenas sentir sensações no corpo. Este nível de consciência e discernimento da experiência direta permite ter uma visão mais precisa momento a momento - usando o corpo como um indicador de como o sujeito experimenta as coisas (CRANE, 2012; SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2013).

Originalmente, o MBCT foi desenvolvido para prevenir recaídas para pacientes com depressão recorrente em remissão (parcial), e tem se mostrado desde sua origem eficaz para estes pacientes (KUYKEN et al., 2016). Na última década, no entanto, pesquisas sobre a eficácia de *Mindfulness-Based Interventions* (MBIs) começaram a incluir pacientes deprimidos, e os resultados suportam a viabilidade e eficácia de MBCT nesta população (GOLDBERG et al., 2019; HEDMAN-LAGERLOF; HEDMAN-LAGERLOF; OST, 2018; LENZ; HALL; BAILEY SMITH, 2016; WANG et al., 2018). O MBCT atualmente está entre os tratamentos custo efetivos indicados em metanálises e guidelines de tratamento para TDM e DRT, na redução de sintomas e prevenção de recaídas, em modalidade de grupo, que pode ser realizado em diversos contextos (p.e. presencial e online; atenção básica e atenção especializada de saúde) (APA, 2019; MALHI et al., 2021; MCCLINTOCK; CHOI, 2022; NICE, 2022; VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2022; VAN BRONSWIJK et al., 2019; VOINESKOS; DASKALAKIS; BLUMBERGER, 2020; ZHANG et al., 2022). Visto ser considerado uma intervenção padrão-ouro internacionalmente para tratamento de pacientes deprimidos, a mesma foi utilizada na metodologia do presente projeto. A seguir, é apresentado a necessidade no contexto brasileiro de intervenções custo efetivas no tratamento de saúde mental, mais especificamente de sintomas depressivos, que atinge grande parte da população que demanda atendimento mental no SUS. Além disso, é

discutido em qual segmento de saúde a intervenção poderia ser inserida dentro do SUS e o panorama atual dos equipamentos de saúde.

### **2.3 O CONTEXTO BRASILEIRO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

A depressão é altamente prevalente no Brasil, em 2019 a taxa de prevalência de transtornos depressivos era estimada em 4,3% (IHME, 2019). O estudo de BONADIMAN et al. (2020) analisou os resultados do *Global Burden of Disease Study 2017* (GBD-2017) (IHME, 2018) para transtornos depressivos no Brasil e suas Unidades Federadas em 1990 e 2017, apresentando entre as métricas o “*disability-adjusted life-year*” (ano de vida ajustado por incapacidade - DALY), e o “*years lived with disability*” (anos vividos com incapacidade - YLDs). Como principais resultados, houve um aumento no número de YLDs (55,19%, 49,57 para 60,73) de 1990 para 2017, mas uma diminuição nas taxas padronizadas por idade (-9,01%, -11,66 para -6,31). A maior proporção de YLDs foi observada na faixa etária de 15 a 64 anos e no sexo feminino. Esses distúrbios ocupam o 4º e o 13º lugar como principais causas de YLDs e DALYs, respectivamente, no Brasil. Como conclusões, os autores ressaltam que os transtornos depressivos têm sido responsáveis por uma alta carga de incapacidade desde 1990, principalmente em mulheres adultas residentes na região Sul do país, sendo Santa Catarina o estado com maior prevalência de depressão. Conforme o autorrelato de diagnóstico médico prévio de depressão, a prevalência foi de 12,6% (IC 95% 11,2–13,9) no Sul e 3,1% (IC 95% 2,7–3,5) no Norte do país em 2013. Esse resultado é corroborado por outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento de medida e encontraram uma prevalência de sintomas depressivos de 20,4% (IC 95% 18,9–21,8) no Rio Grande do Sul comparado a 7% (IC 95% 6–8) no Amazonas. No estudo GBD-2017, além da alta prevalência encontrada nos estados do Sul, destacaram-se os estados de Roraima (3,67), na região Norte, e Pernambuco (3,52) e Alagoas (3,48), no Nordeste. Os autores trazem, ainda, que a comparabilidade nacional desses dados é uma tarefa complexa, uma vez que as estimativas do estudo GBD são baseadas não apenas nos dados brutos dos estudos disponíveis, mas também em ajustes baseados em co-variáveis e outros procedimentos, sendo que há escassez de estudos para algumas regiões, como norte e nordeste do país. Concluindo sobre a necessidade

de mais estudos e investimento em saúde mental visando avanços e qualidade dos serviços (BONADIMAN et al., 2020).

O estudo TRAL (Depressão Resistente ao Tratamento na América Latina) é um estudo multicêntrico, prospectivo, observacional e não intervencional de DRT e foi realizado em quatro países latino-americanos: México, Colômbia, Brasil e Argentina (SOARES et al., 2021). Dentre os resultados por país, a menor prevalência de DRT foi observada no México (21%) e a maior no Brasil (40%). No geral, a prevalência de TRD foi numericamente maior em locais públicos de atendimento (31%) do que em locais privados de atendimento (27%) e variou por categorizações mais específicas (por exemplo, 19% entre pacientes em centros clínicos psiquiátricos públicos vs 60% entre pacientes em hospitais gerais). Na Colômbia, 35% dos pacientes em ambientes privados tinham TRD versus 24% dos pacientes em ambientes públicos; em contraste, no Brasil, 17% dos pacientes em ambientes privados tinham DRT versus 45% dos pacientes em ambientes públicos. Os autores afirmam que a maior prevalência de DRT no cenário público brasileiro pode ser decorrente da natureza desses serviços públicos, em sua maioria centros de pesquisa de base universitária, e também estar relacionado com as características dos pacientes, com quadros de maior complexidade, agravados e portadores de barreiras socioeconômicas.

O estudo de THORNICROFT et al. (2017) avaliou em 21 países a prevalência de 12 meses de TDM e outros fatores relacionados ao acesso ao tratamento. Dos 51.547 entrevistados, 4,6% preencheram os critérios de 12 meses para TDM conforme o DSM-IV e destes 56,7% relataram a necessidade de tratamento. Entre os que reconheceram a necessidade de tratamento, a maioria (71,1%) fez pelo menos uma visita a profissional de saúde. Entre aqueles que receberam tratamento, apenas 41,0% receberam tratamento que atendeu aos padrões mínimos. Isso resultou em apenas 16,5% de todos os indivíduos com TDM de 12 meses recebendo tratamento minimamente adequado. Portanto, apenas uma minoria de participantes com TDM recebeu tratamento minimamente adequado: 1 em cada 5 pessoas em países de alta renda e 1 em 27 em países de renda baixa/média-baixa. Recortando os dados brasileiros, 10,1% preencheram os critérios para TDM, destes 56,1% relataram a necessidade de tratamento. Entre os que reconheceram a necessidade de tratamento, a maioria (63,8%) fez pelo menos uma visita a profissional de saúde. Entre aqueles que receberam tratamento, apenas 41,7% receberam tratamento que

atendeu aos padrões mínimos. Se considerar a amostra total brasileira, apenas 14.9% receberam tratamento minimamente adequado. Dessa forma, para ampliar os cuidados para TDM é necessário transformações fundamentais na oferta nacional de tratamento e qualidade dos serviços (THORNICROFT et al., 2017). Esses dados corroboram com os trazidos no estudo de VIGO et al. (2022) realizado em 15 países, no qual também foram avaliados dados sobre o tratamento recebido. Dentre os resultados, 41,8% receberam algum tratamento em saúde mental, 23,2% dos quais foram considerados eficazes. Essa lacuna de 90% no tratamento eficaz se deve à falta de utilização (58%) e qualidade ou adesão inadequada (32%). As defasagens estão na subutilização da psicoterapia (redução de 26 pontos percentuais na cobertura), subutilização da psicofarmacologia (redução de 13 pontos), monitoramento médico inadequado (redução de 13 pontos) e tipo de medicamento inadequado (redução de 10 pontos). Os países de alta renda dobram os países de baixa renda em qualquer utilização de serviços de saúde mental, farmacoterapia adequada, psicoterapia adequada e combinação adequada de ambos. Os autores ainda trazem que os casos graves são mais propensos do que os casos leves a moderados a receber farmacoterapia ou psicoterapia adequada, porém menos propensos a receber uma combinação adequada de tratamento eficaz (VIGO et al., 2022).

No estudo de BRITO et al. (2022), foi descrita e comparada a prevalência de depressão autorreferida entre adultos brasileiros da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019. Entre os principais resultados está o aumento da prevalência de depressão autorreferida de 2013 para 2019, de 7,6% (IC95% 7,2; 8,1) para 10,2% (IC95% 9,9; 10,6) e dos indivíduos que procuraram atendimento, de 46,4% (IC95% 43,8; 49,1) para 52,8% (IC95% 50,7; 55,0). Além disso, as clínicas privadas eram a principal fonte de cuidados de saúde. Dentre as regiões brasileiras, a região Sul apresentou a maior prevalência (15,2%; IC95% 14,2; 16,2) e, entre os estados, a maior prevalência foi observada no Rio Grande do Sul (17,9%; IC95% 16,2; 19,6). As menores prevalências foram observadas na região Norte (5,0%; IC95% 4,4; 5,6) e no estado do Pará (4,1%; IC95% 3,0; 4,1). Os autores concluíram que a prevalência de diagnóstico de depressão e utilização de serviços de saúde aumentou no período estudado que a predominância do atendimento em clínicas privadas sugere desigualdades no acesso e na cobertura de saúde mental no território brasileiro (BRITO et al., 2022). A alta prevalência de TDM observada na

região Sul é compatível com outros estudos e está associada com as altas taxas de suicídio e tentativas de suicídio nessa região, especialmente no Rio Grande do Sul (BONADIMAN et al., 2017; CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; SECRETARIA DE SAÚDE; RIO GRANDE DO SUL, 2018; MALTA et al., 2017).

A rede de atenção Psicossocial (RAPS), responsável por articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade do uso decorrente de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída em 2011 em território nacional (BRASIL, 2011). Estabelece critérios de organização e implementação do sistema em todo o país, integrando a saúde mental a todos os níveis e pontos de atenção no SUS (MACEDO et al., 2017). Fundamenta-se nos pressupostos da autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania; visa promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos de saúde e doença; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, e dando continuidade ao cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011). Em termos de estrutura organizacional, o ordenamento da atenção psicossocial em cada região de saúde deve se construir em diferentes pontos da Rede SUS, podendo ser integrada pelos seguintes serviços: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Equipamentos da Atenção Básica (p.e. Unidades Básicas de Saúde), equipamentos de urgência e emergência (p. e unidades de pronto atendimento (UPA) 24 horas), serviços de atenção Residencial de Caráter Transitório (p.e. Unidades de Acolhimento); Atenção Hospitalar (p.e Enfermaria especializada em saúde mental em hospital geral); Equipamentos da Estratégia de Desinstitucionalização (p. e. Residenciais Terapêuticos; Equipamentos de estratégias de Reabilitação Psicossocial (p. e. iniciativas de geração de trabalho e renda), entre outros (BRASIL, 2017; MACEDO, 2017).

O presente estudo se direciona aos CAPS, que tem como função principal a reabilitação psicossocial do sujeito com transtorno mental, por meio de ações articuladas com uma rede de cuidados inserida no território. Os CAPS são considerados estratégicos para a Política Nacional de Saúde Mental, compostos por

equipe multiprofissional especializada para o atendimento em Saúde Mental, capaz de operar no cotidiano do sujeito assistindo-o no território, quando ou caso esteja em crise, e também nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Os CAPS são regulamentados pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e podem ser do tipo CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Infantil, CAPS-ad (álcool e drogas) e CAPS-ad III. A determinação do tipo de CAPS a ser implantado no território é pela ordem de complexidade apresentada e volume populacional. Os CAPS devem funcionar segundo a lógica de território, serem independentes da estrutura hospitalar, e oferecer atendimento e tratamento a pessoas com transtorno mental severo e persistente (em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo). O CAPS também deve realizar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, supervisionar e capacitar os profissionais da Atenção Básica (por meio do matriciamento e de ações compartilhadas) e estar referenciado ao equipamento de urgência (BRASIL, 2002).

Apesar da abrangência da RAPS no território nacional, em todos os níveis de atenção à saúde, a mesma apresenta importantes lacunas assistenciais. Segundo o estudo de SAMPAIO e BISPO JÚNIOR (2021) apesar do cenário de expansão da RAPS, os serviços se mostraram insuficientes em face da demanda, com dificuldades de acesso dos usuários. A articulação entre os serviços evidenciou uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados e dificuldades de comunicação com a atenção primária e a rede de emergência. Além disso, inexistência de fluxos instituídos, o que gerou fragilidades na coordenação do cuidado. O desenvolvimento de ações intersetoriais, embora presentes, mostrou-se limitado e restrito a alguns setores. A estrutura insuficiente e a segmentação da RAPS constituíram-se em limitantes para o desenvolvimento do cuidado integral e longitudinal em saúde mental para os usuários. O estudo de MACEDO et al. (2017) sobre a implantação efetiva da RAPS em regiões de saúde, identificou-se que, das 438 regiões de saúde do Brasil, mais de um terço caracteriza-se por baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços. Com relação à cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, demonstrando maior cobertura nas regiões sul e nordeste, onde esses serviços cobrem, respectivamente, 57% e 55% da população, porém ainda cobrem apenas um pouco mais da metade da população (FERNANDES et al., 2020).

Com relação às intervenções propostas nacionalmente nos serviços de atenção à saúde mental que acolhem pacientes com TDM e DRT, os estudos ainda são incipientes. No Brasil, estudos investigando a eficácia de intervenção baseadas em *mindfulness* são reduzidos, em especial no campo da saúde pública com pacientes clínicos. Embora desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde venha estimulando que práticas/saberes em saúde tradicionais ou diversos da biomedicina, chamadas Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI), sejam consideradas recursos de cuidado pelos sistemas nacionais de saúde e que no Brasil o SUS tenha sido incorporado essa possibilidade na atenção primária, as ações dessa natureza na rede brasileira são escassas. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), promulgada em 2006, oficializou no SUS inicialmente cinco formas de PICs: homeopatia, acupuntura/medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais e águas termais/minerais (BRASIL, 2006). Nos anos seguintes, essa política foi ampliada, resultando em 19 modalidades em 2017 e 29 em 2018, todas destinadas à atenção básica. Entre elas: Meditação (*Mindfulness*), Medicina Ayurveda, Arteterapia, Musicoterapia, Quiropraxia, Shantala e Yoga. Essas práticas caracterizam-se por serem de baixo custo, maior valorização da cultura local, e maior participação do paciente em seu processo de cura. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), embora o uso de PICs em ambientes de atenção secundária e terciária seja mais restrito, observa-se uma tendência, ainda que tímida, para a sua utilização também nesses níveis, visto que 1.708 municípios brasileiros (30,7% do total) oferecem as PICS, sendo 78% na atenção primária, 18% na atenção secundária e 4% na atenção terciária. No entanto, esse é um recurso subutilizado na rede, conforme demonstra o estudo de TESSER, SOUSA e NASCIMENTO (2018). Para investigar a situação das PICs na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, os autores analisaram bancos de dados oficiais, legislação, normas e relatórios governamentais, confrontados com pesquisas publicadas. Concluíram que apenas 8% dos municípios desenvolvem alguma prática integrativa na rede de saúde, e que a maioria das atividades existentes é destinada aos profissionais de saúde e não aos pacientes.

Com relação às evidências científicas das PICs, em 2020 a BIREME implementou a metodologia de “Mapa de evidências” para sistematizar e facilitar o acesso às evidências disponíveis sobre aplicabilidade clínica das PICs bem como

identificar as lacunas no conhecimento nesta área. A construção desse mapa foi realizada após recomendação do Conselho Nacional de Saúde ao Ministério da Saúde, aos Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde, no sentido de ampla divulgação aos gestores, trabalhadores e usuários das evidências referentes às PICS durante a pandemia da COVID-19. Nos Mapas de Evidência os estudos selecionados são apresentados em uma estrutura de intervenções avaliadas versus resultados ou desfechos medidos, destacando graficamente as lacunas onde existem poucos ou nenhum estudo e onde há uma concentração deles. A motivação deste desenvolvimento foi a cooperação estabelecida entre a OPAS/OMS, por meio da BIREME, e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, por meio da Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, com a colaboração do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn), visando sistematizar e facilitar o acesso às evidências disponíveis sobre aplicabilidade clínica das PICs incluídas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), bem como identificar as lacunas no conhecimento. E, por consequência, apoiar os profissionais de saúde, tomadores de decisão e pesquisadores na construção de ações de saúde baseadas em evidências (BIREME, 2020). No mapa de evidências, consultando o grupo “Terapias Mente-Corpo” e o campo “*Mindfulness*”, 23 estudos foram incluídos para avaliação das evidências científicas, a maioria com níveis de confiança classificados como altos e moderados, porém, nenhum estudo brasileiro foi incluído. Não há registros oficiais de práticas envolvendo *mindfulness*, nem de ações destinadas a pacientes com Transtorno Depressivo Recorrente em âmbito nacional no SUS. Assim, diante das evidências de que a MBCT poder ser eficaz em diminuir TDM e DRT, e do fato de inexistir publicações de ensaios clínicos randomizados investigando a aplicação da MBCT em amostras de pacientes oriundos de serviços públicos de saúde com esses diagnósticos, o presente projeto de doutoramento foi elaborado. Além disso, visto a necessidade no contexto brasileiro de intervenções eficazes para tratamento de sintomas depressivos, para pacientes do SUS, tivemos em vista investigar a eficácia da intervenção para inclusão da mesma como uma prática integrativa de saúde, na atenção secundária, nos equipamentos de saúde mental, no tratamento de sintomas depressivos, que seja eficaz e com dados adaptados para a população brasileira.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a eficácia de uma intervenção baseada em Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*, em comparação com uma intervenção de Grupo de Apoio com foco em Melhoria de Saúde, em pacientes adultos com diagnóstico de Transtorno Depressivo Recorrente, oriundos de serviços de saúde mentais públicos de uma cidade na região metropolitana de Porto Alegre, no tratamento da depressão, considerando ainda os efeitos de mediação e moderação que variáveis psicológicas (autocompaixão, esperança, otimismo, autorregulação emocional, traumas emocionais e aceitação) podem exercer sobre a resposta às intervenções.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar, em uma amostra de pacientes da rede de saúde pública (CAPS /SUS), o efeito de uma intervenção em Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* em adultos com Transtorno Depressivo Recorrente (CID 11 F33) em comparação com uma intervenção de grupo de apoio, com base no protocolo apresentado por Eisendrath et al. (2014) e no estudo de seguimento apresentado por Eisendrath et al. (2016) (avaliação pré-intervenção, pós-intervenção e estudo de follow-up).
- Verificar o impacto das intervenções no aumento de afetos positivos, da satisfação de vida e do *mindfulness* (avaliação pré-intervenção, pós-intervenção e estudo de follow-up).
- Observar o impacto da intervenção na redução de afetos negativos, nas respostas ruminativas e na gravidade dos sintomas de depressão (avaliação pré-intervenção, pós-intervenção e estudo de follow-up).
- Investigar, por meio de Análise de Redes, as associações entre os construtos autocompaixão, esperança, otimismo, autorregulação emocional, traumas emocionais e aceitação com os sintomas depressivos pré e pós-intervenção.
- Comparar os resultados com os obtidos no estudo de EISENDRATH et al. (2016).

### **3 ARTIGO 1**

#### **The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy intervention for depression in adults: A systematic review of randomized controlled trials**

Apresentado na banca de Qualificação do Doutorado.

Submetido a Revista Mindfulness, Qualis A1 em Medicina I, Journal Impact Factor 4.684.

#### 4 ARTIGO 2

**Um ensaio clínico controlado randomizado de Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* para depressão resistente ao tratamento**

A ser submetido no Journal of Health Psychology, Qualis A1 em Medicina 1, Journal Impact Factor 3.231.

**5 ARTIGO 3****Psicologia Positiva e Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* com pacientes deprimidos: Eficácia e Análise de rede**

A ser submetido à Revista *Mindfulness*, Qualis A1 em Medicina I, Journal Impact Factor 4.684.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese tinha como objetivo, de forma geral, investigar a eficácia do MBCT em comparação com o HEP, em pacientes adultos com diagnóstico de TDM, oriundos do SUS, no tratamento da depressão, considerando ainda a associação de variáveis psicológicas (autocompaixão, esperança, otimismo, autorregulação emocional, traumas emocionais e aceitação) com os sintomas depressivos após a intervenção de MBCT. Dessa forma, trazer dados atuais sobre MBCT em pacientes deprimidos no contexto brasileiro, visto a importância da busca de tratamentos custo-efetivos para essa população e a escassez desses dados para a América Latina e para o Brasil. Para alcançar o objetivo foram apresentados três estudos, elaborados durante o período do Doutorado, sendo o primeiro uma revisão sistemática de literatura, apresentada na banca de qualificação do Doutorado, na qual se avaliou a eficácia da MBCT em pacientes adultos com diagnóstico atual de TDM e o risco de viés dos estudos. Dentre os resultados, na comparação entre os grupos de intervenção para o desfecho de sintomas depressivos, em 10 (65%) estudos o grupo de MBCT teve melhores resultados, em 2 (12,5%) a intervenção de comparação foi mais eficaz (CBASP) e em 4 (25%) estudos não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos comparados. Dessa forma, MBCT parece ser eficaz para amostras de pacientes adultos com sintomas depressivos atuais durante um episódio depressivo, embora um número limitado de estudos tenha testado os efeitos a longo prazo dessa intervenção por avaliações de follow-up (n=4, 25%). Na análise do risco de viés, o estudo sugere atenção na interpretação dos resultados, principalmente por comparação do MBCT com intervenções não ativas, como Lista de Espera; e na apresentação dos resultados obtidos. Nessa revisão sistemática, nenhum estudo do Brasil ou da América Latina foi incluído, demonstrando a lacuna de pesquisa dessa intervenção no contexto brasileiro e, portanto, a falta de dados para os profissionais ou ainda, numa visão macro, gestores de saúde, optarem por incluírem intervenções como o MBCT em espaços de saúde mental brasileiros.

O estudo dois apresentado, um ensaio clínico randomizado controlado, comparou duas intervenções de 8 semanas, MBCT e o Health-Enhancement Program (HEP), associadas ao TAU para adultos com TDM, associado ou não ao DRT com avaliação de seguimento de 4 semanas. O desfecho primário foi os

sintomas depressivos e a mudança na gravidade da depressão, medida pela redução percentual na pontuação total na Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A, além disso, foram avaliados os construtos respostas ruminativas e Aceitação e Ação; e os construtos oriundos da Psicologia Positiva, entre eles, *Mindfulness*, Autocompaixão, Autorregulação Emocional, Afetos Positivos, Satisfação de Vida, Otimismo e Esperança Cognitiva. Em relação à condição HEP, a condição MBCT foi associada a uma taxa significativamente maior de respondedores ao tratamento no final da intervenção (48,6 vs. 15,6%;  $p = 0,01$ ). O MBCT apresentou diferenças significativas do grupo HEP em quase todos os construtos avaliados, entre eles, no escore total de Autocompaixão na S8 e S12 (MBCT 95,26 vs. HEP 77,56; MBCT 98,2 vs. HEP 78,72;  $p = 0,01$ ), nas estratégias adequadas de autorregulação emocional na S8 e S12 (MBCT 54,51 vs. HEP 43,16; MBCT 56,86 vs. HEP 44,63;  $p = 0,01$ ), entre outros. Com relação à Satisfação de Vida, não houve diferenças significativas entre os grupos. A intervenção MBCT melhorou significativamente as taxas de resposta ao tratamento em 8 semanas, mas não as taxas de remissão. Além disso, melhorou vários aspectos positivos do funcionamento emocional. MBCT parece ser um complemento viável na gestão de TDM e TRD. Esperavam-se resultados significativos na remissão e redução dos sintomas depressivos para o grupo MBCT em comparação com o HEP, porém os mesmos não foram encontrados. Esse estudo traz dados iniciais para a amostra brasileira da efetividade do MBCT para depressão e outros construtos relacionados a aspectos emocionais positivos.

No estudo três, objetivou-se avaliar a amostra que completou a intervenção MBCT (40 pacientes) para mensurar a eficácia da intervenção MBCT na melhora de sintomas depressivos, nas respostas ruminativas e nos acréscimos dos construtos da Psicologia Positiva (*Mindfulness*, autocompaixão, satisfação de vida, otimismo, esperança, afetos). Ainda, através de análise de rede, avaliar o comportamento dos construtos mensurados pré e pós-intervenção e suas associações com os sintomas depressivos. Como resultados, na pós-intervenção todos os construtos tiveram mudanças significativas ( $p < 0,001$ ) quando comparados com os dados coletados pré-intervenção. Dentre as que tiveram tamanho de efeito muito grande, estão os sintomas depressivos (2,4; IC95% 1,79 a 3,01), autocompaixão (-1,69, IC95% -2,17 a -1,20), afetos positivos (-1,50; IC95% -1,95 a -1,04) e satisfação de vida (-1,36; IC95% -1,72 a -0,92). Na análise de rede, foi observada maior centralidade

pós-intervenção para as facetas do *Mindfulness*, além disso, associações mais fortes com os sintomas depressivos foram encontradas. Os sintomas depressivos também ocuparam maior centralidade na rede e fizeram associações mais fortes com os construtos da Psicologia Positiva, sugerindo que após a intervenção os construtos positivos têm maior força na variação dos sintomas depressivos. Dessa forma, o MBCT além de aumentar as facetas do *Mindfulness*, aspecto central, teórico e prático da intervenção, também interfere em vários outros aspectos positivos de saúde mental. Dessa forma, o MBCT apresenta ser uma intervenção efetiva para o tratamento dos sintomas depressivos, e associada ao acréscimo de fatores positivos de saúde mental em pacientes brasileiros deprimidos.

Por fim, espera-se que essa tese contribua para a discussão da inclusão do MBCT para tratamento de pacientes com TDM, associado a DRT ou não, como uma prática integrativa de saúde, seja no campo da saúde mental ou em outros setores de atenção à saúde. Considerando hoje a depressão ser um dos diagnósticos mais prevalentes no Brasil e no mundo e da preocupação no campo das políticas públicas voltadas ao sistema único de saúde no tratamento e recuperação desses pacientes. Oferecendo aos indivíduos, através do treinamento do MBCT e das práticas de *Mindfulness*, uma forma de tornar-se ativo no seu tratamento, utilizando as técnicas como tarefas de casa e se apropriando de suas sensações corporais, sentimentos, pensamentos e reconhecendo a possibilidade de uma recaída ou até mesmo uma mudança de humor. As práticas ensinadas através do MBCT são uma ferramenta importante para evitar a recaída, que podem ser cultivadas e compartilhadas entre os usuários. Essa tese também pode contribuir na discussão no campo da Psicologia Positiva, na importância que fatores emocionais positivos possuem no tratamento da depressão e, possivelmente, de outros quadros de saúde mental.

Em síntese, conclui-se que há uma demanda nacional, principalmente, por mais estudos investigando a eficácia de MBCT com amostras clínicas distintas, especialmente de outras regiões brasileiras, para uma constatação mais fidedigna dos resultados encontrados. Atualmente, temos na literatura consenso da eficácia de intervenções baseadas em *mindfulness* para várias condições físicas e mentais, porém, no campo de pesquisa brasileira necessitamos avançar na existência dessas associações. O estudo dois e três da presente tese apresentam dados animadores da influência do MBCT com pacientes deprimidos, do ponto de vista clínico, tornando-se uma aposta de tratamento custo-efetivo. Como sugestão para

investigações futuras enfatiza-se a importância dos estudos longitudinais que permitem acompanhar o fenômeno ao longo do tempo. Esses estudos podem auxiliar a compreender o processo de desenvolvimento e manutenção das práticas de *mindfulness* e seu resultado nos sintomas depressivos ao longo do tempo, podendo contar com grupos de apoio e manutenção na busca de melhores resultados.

É importante demarcar algumas limitações gerais, tanto do estudo de revisão, quanto dos estudos empíricos. Sobre o primeiro, ainda que tenha sido realizada uma busca criteriosa em portais com diversas bases de dados, periódicos relevantes podem não ter sido consultados. Em relação aos estudos empíricos (artigos 2 e 3) destaca-se que as intervenções propostas foram realizadas pela mesma equipe. Além disso, não há como garantir o comprometimento e a qualidade na realização das tarefas domiciliares propostas para o desenvolvimento das práticas de *mindfulness* pelos participantes (tarefas de casa). Durante os encontros, alguns participantes compartilharam variações na motivação e no tempo disponível para as práticas, ainda que incentivos semanais e lembretes tenham sido enviados pela instrutora durante a intervenção. Espera-se com este conjunto de estudos contribuir em futuras intervenções junto a pacientes deprimidos oriundos de serviços de saúde mental públicos, assegurando tratamentos custo-efetivos. Ao propor intervenções com esses pacientes, não apenas se proporcionou o estudo da eficácia do MBCT, mas proporcionou um espaço de apoio em grupo, escuta e aprendizagem sobre ferramentas importantes para a manutenção da saúde mental frente a desafios emocionais. Por fim, ressalta-se o aumento no interesse em intervenções, como o MBCT, e outras envolvendo o *Mindfulness* no Brasil, especialmente no campo da saúde. Desde que o *Mindfulness* foi incluído na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), criada em 2006, como mais um recurso para o cuidado integral dos indivíduos, há atualmente uma discussão nacional acerca da inclusão das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, os estudos sobre a efetividade dessas intervenções ainda são insuficientes, especialmente no contexto de saúde mental grave e persistente. Estudos adicionais podem auxiliar os pesquisadores e os profissionais da área a realizarem intervenções práticas embasadas em uma literatura científica.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (ED.). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. Fifth edition, text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (EDS.). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5th ed ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.
- APA. **Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts**. Washington, DC: American Psychological Association, 2019.
- ARIKAN, M. K. et al. When to stop medication in unipolar depression: A systematic review and a meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Affective Disorders**, v. 325, p. 7–13, mar. 2023.
- ARNAEZ, J. M. et al. The association of depression stigma with barriers to seeking mental health care: a cross-sectional analysis. **Journal of Mental Health**, v. 29, n. 2, p. 182–190, 3 mar. 2020.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J. (EDS.). **Cognitive therapy of depression**. 13. print ed. New York: Guilford Press, 1979.
- BECK, J. S. **Cognitive behavior therapy: basics and beyond**. Third edition ed. New York: The Guilford Press, 2021.
- BERGOMI, C.; TSCHACHER, W.; KUPPER, Z. The Assessment of Mindfulness with Self-Report Measures: Existing Scales and Open Issues. **Mindfulness**, v. 4, n. 3, p. 191–202, set. 2013.
- BIREME. Boletim BIREME nº 44. Publicado em 31 de maio de 2020. **"Mapa de Evidências: Traduzindo o conhecimento para aproximar a ciência da gestão em saúde."** Disponível em: <http://boletim.bireme.org/pt/2020/05/31/mapa-de-evidencias-traduzindo-o-conhecimento-para-aproximar-a-ciencia-da-gestao-em-saude/>.
- BISHOP, S. R. et al. Mindfulness: A proposed operational definition. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 11, n. 3, p. 230–241, 2004.
- BODHI, B. What does mindfulness really mean? A canonical perspective. **Contemporary Buddhism**, v. 12, n. 1, p. 19–39, 1 maio 2011.
- BONADIMAN, C. S. C. et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 191–204, maio 2017.
- BONADIMAN, C. S. C. et al. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, v. 18, n. S1, p. 6, set. 2020.

BOSSIO, J. A. et al. Mindfulness-Based Group Therapy for Men With Situational Erectile Dysfunction: A Mixed-Methods Feasibility Analysis and Pilot Study. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 15, n. 10, p. 1478–1490, 1 out. 2018.

BOWEN, S. et al. **Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide**. Second edition ed. New York: The Guilford Press, 2021.

BOWEN, S. et al. Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, v. 71, n. 5, p. 547, 1 maio 2014.

BOWEN, S.; CHAWLA, N.; MARLATT, G. A. **Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide**. New York: Guilford Press, 2011.

BOYD, J. E.; LANIUS, R. A.; MCKINNON, M. C. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. **Journal of psychiatry & neuroscience: JPN**, v. 43, n. 1, p. 7–25, jan. 2018.

BRANDT, A. **Mindful aging: embracing your life after 50 to find fulfillment, purpose, and joy**. Eau Claire, WI: PESI Publishing & Media, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde SUS. **Portaria amplia oferta de PICS**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2297](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2297).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 30 dez 2011; Seção 1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: MS, 2006.

BRITO, V. C. D. A. et al. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. spe1, p. e2021384, 2022.

BROWN, K. W.; CRESWELL, J. D.; RYAN, R. M. (EDS.). **Handbook of mindfulness: theory, research, and practice**. New York: The Guilford Press, 2015.

BROWN, S. et al. Current and Common Definitions of Treatment-Resistant Depression: Findings from a Systematic Review and Qualitative Interviews. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 64, n. 6, p. 380–387, jun. 2019.

BURDICK, D. E. **Mindfulness for kids with ADHD: skills to help children focus, succeed in school & make friends**. Oakland, CA: Instant Help Books, an imprint of New Harbinger Publications, Inc, 2018.

CARRIÓN, V. G.; RETTGER, J.; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PUBLISHING (EDS.). **Applied mindfulness: approaches in mental health for children and adolescents**. Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing, 2019.

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; SECRETARIA DE SAÚDE; RIO GRANDE DO SUL. **Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio**. Porto Alegre: Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 2018. Disponível em:  
<<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>>.

CHANOWITZ, B.; LANGER, E. J. Premature cognitive commitment. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 41, n. 6, p. 1051–1063, 1981.

CHERKIN, D. C. et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**, v. 315, n. 12, p. 1240, 22 mar. 2016.

CIPRIANI, A. et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet**, v. 391, n. 10128, p. 1357–1366, abr. 2018.

CLEVINGER, S. S. et al. The role of selective serotonin reuptake inhibitors in preventing relapse of major depressive disorder. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 8, n. 1, p. 49–58, jan. 2018.

CRANE, R. **Mindfulness-Based Cognitive Therapy Distinctive Features**. Hoboken: Taylor & Francis, 2012.

CRESWELL, J. D. Mindfulness Interventions. **Annual Review of Psychology**, v. 68, n. 1, p. 491–516, 3 jan. 2017.

DAY, M. A. **Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain: A Clinical Manual and Guide**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2017.

FERNANDES, C. J. et al. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00049519, 2020.

GETHIN, R. On some definitions of mindfulness. **Contemporary Buddhism**, v. 12, n. 1, p. 263–279, 1 maio 2011.

GHAHARI, S. et al. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. **East Asian Archives of Psychiatry**, v. 30, n. 2, p. 52–56, 30 jun. 2020.

GILBERT, P. **Compassion Focused Therapy**. 0. ed. [s.l.] Routledge, 2010.

GOLDBERG, S. B. et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 59, p. 52–60, fev. 2018.

GOLDBERG, S. et al. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. **COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY**, v. 48, n. 6, p. 445–462, 2 nov. 2019.

GUO, H. et al. Psychological Status, Compliance, Serum Brain-Derived Neurotrophic Factor, and Nerve Growth Factor Levels of Patients with Depression after Augmented Mindfulness-Based Cognitive Therapy. **GENETICS RESEARCH**, v. 2022, 4 jan. 2022.

HARRINGTON, A.; DUNNE, J. D. When mindfulness is therapy: Ethical qualms, historical perspectives. **American Psychologist**, v. 70, n. 7, p. 621–631, 2015.

HAYNES, P. L. et al. Cognitive Behavioral Social Rhythm Group Therapy for Veterans with posttraumatic stress disorder, depression, and sleep disturbance: Results from an open trial. **Journal of affective disorders**, v. 192, p. 234–243, 1 mar. 2016.

HEDMAN-LAGERLOF, M.; HEDMAN-LAGERLOF, E.; OST, L. The empirical support for mindfulness-based interventions for common psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. **PSYCHOLOGICAL MEDICINE**, v. 48, n. 13, p. 2116–2129, out. 2018.

HELMES, E.; WARD, B. G. Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. **Aging & Mental Health**, v. 21, n. 3, p. 272–278, 4 mar. 2017.

HENSSLER, J. et al. Combining Antidepressants vs Antidepressant Monotherapy for Treatment of Patients With Acute Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 79, n. 4, p. 300, 1 abr. 2022.

HENSSLER, J. et al. Trajectories of Acute Antidepressant Efficacy: How Long to Wait for Response? A Systematic Review and Meta-Analysis of Long-Term, Placebo-Controlled Acute Treatment Trials. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 79, n. 3, 27 jun. 2018.

HOFMANN, S. G.; GÓMEZ, A. F. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 40, n. 4, p. 739–749, dez. 2017.

HÖLZEL, B. K. et al. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. **Perspectives on Psychological Science**, v. 6, n. 6, p. 537–559, nov. 2011.

IE, A.; NGNOUMEN, CHRISTELLET.; LANGER, ELLENJ. (EDS.). **The Wiley Blackwell handbook of mindfulness**. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell, 2014.

IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Findings from the Global Burden of Disease Study**. 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.

IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Global Health Data Exchange Results Tool [Internet] - GHDx**. Seattle: University of Washington; 2019. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

JADEREK, I.; LEW-STAROWICZ, M. A Systematic Review on Mindfulness Meditation–Based Interventions for Sexual Dysfunctions. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 16, n. 10, p. 1581–1596, 1 out. 2019.

KABAT-ZINN, J. 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**, v. 4, n. 1, p. 33–47, abr. 1982.

KABAT-ZINN, J. **Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness**. Revised and updated edition ed. New York: Bantam Books trade paperback, 2013.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness. **Mindfulness**, v. 6, n. 6, p. 1481–1483, dez. 2015.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 10, n. 2, p. 144–156, 2003.

KABAT-ZINN, J. Moments of Silence. **Mindfulness**, v. 11, n. 10, p. 2445–2446, out. 2020.

KABAT-ZINN, J. **Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life**. 10th anniversary ed., 1st Hachette Books ed ed. New York, N.Y.: Hachette Books, 2014.

KANEN, J. et al. The Effects of Mindfulness-Based Interventions on Sleep Disturbance: A Meta-Analysis. **Adolescent Psychiatry**, v. 5, n. 2, p. 105–115, 30 abr. 2015.

KATO, M. et al. Discontinuation of antidepressants after remission with antidepressant medication in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. **MOLECULAR PSYCHIATRY**, v. 26, n. 1, p. 118–133, jan. 2021.

- KEARNEY, D. J.; SIMPSON, T. L. **Mindfulness-based interventions for trauma and its consequences**. Washington: American Psychological Association, 2020.
- KIM, Y.-K. Preface. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, v. 1305, n. (Kim Y.-K.) Department of Psychiatry Korea University Ansan Hospital College of Medicine, Ansan, South Korea, p. v–vii, 2021.
- KRAUSE, M. et al. Efficacy and tolerability of pharmacological and non-pharmacological interventions in older patients with major depressive disorder: A systematic review, pairwise and network meta-analysis. **EUROPEAN NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY**, v. 29, n. 9, p. 1003–1022, set. 2019.
- KRISTELLER, J. L.; WOLEVER, R. Q. Mindfulness-Based Eating Awareness Training. Em: **Mindfulness-Based Treatment Approaches**. [s.l.] Elsevier, 2014. p. 119–139.
- KUYKEN, W. et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. **JAMA Psychiatry**, v. 73, n. 6, p. 565, 1 jun. 2016.
- LANGER, E. J. **The power of mindful learning**. Second edition ed. Boston, MA: Da Capo Lifelong Books, 2016.
- LANGER, E. J.; MOLDOVEANU, M. The Construct of Mindfulness. **Journal of Social Issues**, v. 56, n. 1, p. 1–9, jan. 2000.
- LENZ, A. S.; HALL, J.; BAILEY SMITH, L. Meta-Analysis of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Decreasing Symptoms of Acute Depression. **The Journal for Specialists in Group Work**, v. 41, n. 1, p. 44–70, 2 jan. 2016.
- LI, S. Y. H.; BRESSINGTON, D. The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 28, n. 3, p. 635–656, jun. 2019.
- LI, W. et al. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 75, p. 62–96, abr. 2017.
- LINEHAN, M. **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. New York: Guilford Press, 1993.
- LUITEL, N. P. et al. Treatment gap and barriers for mental health care: A cross-sectional community survey in Nepal. **PLOS ONE**, v. 12, n. 8, p. e0183223, 17 ago. 2017.
- MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155–170, mar. 2017.

MAJEED, M. H.; ALI, A. A.; SUDAK, D. M. Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. 79–83, fev. 2018.

MALHI, G. et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. **AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY**, v. 55, n. 1, p. 7–117, jan. 2021.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 142–156, maio 2017.

MCCLINTOCK, S. M.; CHOI, J. (EDS.). **Neuropsychology of depression**. New York: The Guilford Press, 2022.

MEKONEN, T. et al. What is the short-term remission rate for people with untreated depression? A systematic review and meta-analysis. **JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS**, v. 296, p. 17–25, 1 jan. 2022.

NICE. **Depression in adults: treatment and management**. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022.

PENMAN, D.; VIDYAMALA, B. **Mindfulness for Health: a practical guide to Relieving Pain, Reducing Stress and Restoring Wellbeing**. first published ed. London: Piatkus, 2013.

PIGOTT, H. E. The STAR\*D Trial: It is Time to Reexamine the Clinical Beliefs That Guide the Treatment of Major Depression. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 60, n. 1, p. 9–13, jan. 2015.

POLUSNY, M. A. et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**, v. 314, n. 5, p. 456, 4 ago. 2015.

QASEEM, A. et al. Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatments of Adults in the Acute Phase of Major Depressive Disorder: A Living Clinical Guideline From the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, v. 176, n. 2, p. 239–252, fev. 2023.

ROST, N.; BINDER, E. B.; BRÜCKL, T. M. Predicting treatment outcome in depression: an introduction into current concepts and challenges. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 273, n. 1, p. 113–127, fev. 2023.

RUSCH, H. L. et al. The effect of mindfulness meditation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1445, n. 1, p. 5–16, jun. 2019.

RUSH, A. et al. STAR\*D Revising Conventional Wisdom. **CNS DRUGS**, v. 23, n. 8, p. 627–647, 2009.

RUSH, A. J. et al. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR\*D Report. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 11, p. 1905–1917, nov. 2006.

RUSH, A. J. STAR\*D: what have we learned? **The American journal of psychiatry**, v. 164, n. 2, p. 201–204, fev. 2007.

SALZBERG, S. **Real change: mindfulness to heal ourselves and the world**. First edition ed. New York: Flatiron Books, 2020.

SALZBERG, S. **Real happiness: a 28-day program to realize the power of meditation**. 10th anniversary edition ed. Now York: Workman Publishing, 2019.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SEGAL, Z. V.; WILLIAMS, J. M. G.; TEASDALE, J. D. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse**. New York: Guilford Press, 2002.

SEGAL, Z. V.; WILLIAMS, J. M. G.; TEASDALE, J. D. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression**. 2nd ed ed. New York: Guilford Press, 2013.

SEGAL, Z.; PEARSON, J.; THASE, M. Challenges in preventing relapse in major depression - Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. **JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS**, v. 77, n. 2, p. 97–108, nov. 2003.

SEVILLA-LLEWELLYN-JONES, J. et al. Web-Based Mindfulness Interventions for Mental Health Treatment: Systematic Review and Meta-Analysis. **JMIR MENTAL HEALTH**, v. 5, n. 3, 25 set. 2018.

SHAPIRO, S. L. et al. Mechanisms of mindfulness. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 3, p. 373–386, mar. 2006.

SOARES, B. et al. Prevalence and Impact of Treatment-Resistant Depression in Latin America: a Prospective, Observational Study. **Psychiatric Quarterly**, v. 92, n. 4, p. 1797–1815, dez. 2021.

STEINERT, C. et al. The prospective long-term course of adult depression in general practice and the community. A systematic literature review. **Journal of Affective Disorders**, v. 152–154, p. 65–75, jan. 2014.

TEASDALE, J. D.; SEGAL, Z. V.; WILLIAMS, J. M. G. Mindfulness training and problem formulation. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 10, n. 2, p. 157–160, 2003.

TEASDALE, J. et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. **JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY**, v. 68, n. 4, p. 615–623, ago. 2000.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. D.; NASCIMENTO, M. C. D. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 174–188, set. 2018.

THORNICROFT, G. et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. **British Journal of Psychiatry**, v. 210, n. 2, p. 119–124, fev. 2017.

VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. **VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder**. Washington, DC: The Management of Major Depressive Disorder Work Group, 2022.

VAN BRONSWIJK, S. et al. Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. **PSYCHOLOGICAL MEDICINE**, v. 49, n. 3, p. 366–379, fev. 2019.

VIGO, D. et al. Toward measuring effective treatment coverage: critical bottlenecks in quality- and user-adjusted coverage for major depressive disorder. **Psychological Medicine**, v. 52, n. 10, p. 1948–1958, jul. 2022.

VOINESKOS, D.; DASKALAKIS, Z. J.; BLUMBERGER, D. M. Management of Treatment-Resistant Depression: Challenges and Strategies. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. Volume 16, p. 221–234, jan. 2020.

WANG, Y. et al. Mindfulness-based interventions for major depressive disorder: A comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials. **JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS**, v. 229, p. 429–436, 15 mar. 2018.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO. **International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)**. Geneva:

WHO. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. Geneva: World Health Organization; 2021.

WHO. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022a.

WILLARD, C.; SALTZMAN, A. (EDS.). **Teaching mindfulness skills to kids and teens**. New York: The Guilford Press, 2015.

WILLIAMS, J. M. G. et al. (EDS.). **The mindful way through depression: freeing yourself from chronic unhappiness**. New York: Guilford Press, 2007.

WILLIAMS, J. M. G.; KABAT-ZINN, J. **Mindfulness: diverse perspectives on its meanings, origins and applications**. London: Routledge, 2013.

WILLIAMS, R. E.; KRAFT, J. S. **The mindfulness workbook for addiction: a guide to coping with the grief, stress, & anger that trigger addictive behaviors**. Second edition ed. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2022.

World Health Organization; 2022b.

ZHANG, L. et al. Economic Evaluations of Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review. **Mindfulness**, v. 13, n. 10, p. 2359–2378, out. 2022.

ZHDANAVA, M. et al. The Prevalence and National Burden of Treatment-Resistant Depression and Major Depressive Disorder in the United States. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 82, n. 2, 16 mar. 2021.

## APÊNDICE A - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 1



# PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS

Nome: \_\_\_\_\_



Esta pesquisa é desenvolvida pelo grupo de pesquisa em Avaliação  
Psicológica da UFCSPA  
Local de realização: CAPS (Re)Começo



# RESUMO DA SEMANA 1

## CONSCIENTIZAÇÃO E PILOTO AUTOMÁTICO

Sabe quando já estamos fora de casa e vem alguma dessas dúvidas: Tranquei a porta de casa? Desliguei o ferro de passar roupas? Guardei as chaves na bolsa?



Quando estamos no piloto automático, nossos botões estão pressionados... eventos ao nosso redor podem nos levar a pensamentos, sentimentos e sensações, a velhos hábitos de pensamentos disfuncionais, que às vezes pioram nosso humor.

O objetivo deste programa é aumentar a consciência, para que possamos responder às situações com escolha, em vez de reagir automaticamente. Fazemos isso praticando exercícios de atenção plena, nos tornando mais conscientes de onde está nossa atenção e mudando o foco quando precisarmos.

### PARA COMEÇAR...

- 1 Usamos a atenção para **comer passas** para explorar como **sair do piloto automático**;
- 2 Usamos a **atenção para diferentes partes do corpo** como um foco para ancorar nossa **consciência no momento**;
- 3 Também estaremos nos treinando para colocar atenção e consciência em diferentes lugares de acordo com a nossa vontade.



Este é o objetivo do exercício de varredura corporal, que constitui o principal exercício de prática em casa para a próxima semana.

## PRÁTICA EM CASA

1

Faça o exercício de varredura corporal todos os dias da semana. Não espere sentir nada de especial ao praticar. Não julgue, apenas continue fazendo isso, e conversaremos sobre isso na próxima semana.



2

Abaixo, no Formulário de Registro de Prática em Casa, registre cada vez que fizer a prática. Além disso, anote tudo o que surgir na prática em casa para que possamos falar sobre isso na próxima reunião.



3

Escolha uma atividade de rotina em sua vida diária e faça um esforço para trazer consciência momento a momento para essa atividade cada vez que você fizer isso, assim como fizemos no exercício de passas. As possibilidades incluem acordar, escovar os dentes, tomar banho, fazer compras e assim por diante.



Ao pensar, concentre-se no que está fazendo da maneira que está acontecendo.

4

Observe todas as ocasiões em que você perceber o que come da mesma forma que notou a passa.



5

Coma pelo menos uma refeição “conscientemente” da mesma forma que comeu a uva passa.



## SEMANA 1 RELATO DE UM PACIENTE

Esta paciente havia sido hospitalizada por depressão 4 anos antes, após seu marido e filhos a deixarem. Não houve mais contato, exceto por meio de advogados. Ela ficou muito deprimida e solitária, embora não tivesse estado no hospital novamente. Ela já havia superado o pior de sua depressão e começou a usar o exercício de varredura corporal para ajudar a prevenir uma piora do seu humor. Estes foram os comentários dela em retrospectiva após 8 semanas:

“Nos primeiros 10 dias foi como um fardo. Eu ficava 'vagando' e então me preocupava se estava fazendo certo. Por exemplo, continuei tendo pensamentos fantasiosos. Minha mente estava em todo lugar. Eu tentei muito parar isso, eu acho”.

“Outro problema no início foi ele dizer: 'Aceite as coisas como estão agora.' Achei isso totalmente irracional. Pensei comigo mesmo: 'Não posso fazer isso'”.

“Eventualmente, eu apenas coloquei as faixas de áudio e esperava entrar numa cascata de pensamentos. Não me preocupava se surgissem preocupações. Aos poucos, os minutos se passaram sem que eu me preocupasse e, a partir daí, a próxima vez foi mais fácil”.





## SEMANA 1 RELATÓRIO DE UM PACIENTE

“Depois de 10 dias relaxei mais, parei de me preocupar se estava pensando em outra coisa. Quando parei de me preocupar com isso, na verdade parei com os pensamentos automáticos/fantasiosos. Se eu pensei em outra coisa, voltei as faixas de áudio novamente quando parei de pensar. Gradualmente, os pensamentos fantasiosos foram diminuindo. Fiquei feliz em ouvi-lo e comecei a obter algum valor disso”.



“Logo eu o desenvolvi para que pudesse realmente sentir a respiração descendo para a base do meu pé. Às vezes eu não sentia nada, mas então pensava: 'Se não há sentimento, posso ficar satisfeito com o fato de que não há sentimento”.

“Não é algo que você pode fazer meia dúzia de vezes. Tem que ser uma coisa diária. Torna-se mais real quanto mais você tenta. Comecei a desejar, ter vontade que isso aconteça”.

“Se as pessoas conseguem se organizar nesses minutos de exercícios, podem se estruturar frente a outros fatores de suas vidas também. As gravações provaram que isso pode ser possível”.



## APÊNDICE B - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 2



# PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS

Nome: \_\_\_\_\_



Esta pesquisa é desenvolvida pelo grupo de pesquisa em Avaliação  
Psicológica da UFCSPA  
Local de realização: CAPS (Re)Começo



## RESUMO DA SEMANA 2

### VIVENDO EM NOSSAS CABEÇAS

O exercício de varredura corporal traz a oportunidade de praticar uma consciência para o momento, **sem ter que fazer nada para mudar as coisas.**



#### Dicas para a varredura corporal

- ✓ Mesmo que aconteça algo (por exemplo, você dormir no meio da tarefa), continue persistindo! Preste atenção nas experiências que teve;
- ✓ Se você está pensando em muitas coisas, tente apenas observar estes pensamentos como passageiros e, em seguida, traga a mente de volta suavemente para a varredura do corpo;
- ✓ Isso não é uma competição. Tente não pensar em fazer "bem" ou "mal", não há uma maneira certa. Apenas faça sempre que possível;
- ✓ A varredura só precisa de condições certas - paz e tranquilidade, prática regular e frequente.
- ✓ Não tente lutar contra seus pensamentos. Esteja atento, não se force, aceite as coisas como elas são.



## RESUMO DA SEMANA 2



### Atenção plena da respiração

- 1** Sente-se em um local confortável. Se estiver em uma cadeira, tente não encostar as costas. Se estiver no chão, tente fazer com que seus joelhos encostem no chão. Seja qual for o lugar em que você se sentar, organize as coisas de forma que os joelhos fiquem abaixo do quadril;
- 2** Na cadeira, deixe sua coluna reta. Coloque os pés encostados no chão e mantenha as pernas descruzadas. Feche os olhos suavemente;
- 3** Tente focar nas sensações físicas, perceba o peso de seu corpo, onde ele entra em contato com o chão/cadeira. Passe um ou dois minutos explorando essas sensações, exatamente como na varredura corporal;
- 4** Agora preste a atenção no movimento que sua barriga faz quando você respira. Você pode tentar colocar sua mão na barriga para tomar consciência do movimento que ocorre;
- 5** Depois, perceba as sensações de leve alongamento à medida que seu abdômen se movimenta quando você inspira e expira. Tente fazer um caminho mental de como o ar entra no seu corpo;
- 6** Não tente controlar a respiração de forma alguma - simplesmente deixe a respiração respirar sozinha. Não há nada a ser consertado, apenas sinta sua experiência;



## RESUMO DA SEMANA 2



### Atenção plena da respiração

- 7** Em algum momento, seus pensamentos irão fugir do foco da respiração. Isso é perfeitamente normal, não se trata de uma falha ou um erro na tarefa. Quando você perceber que está pensando em outras coisas, você deve se parabenizar por ter prestado atenção nisso! Após se dar conta, retorne para a atenção no seu corpo e movimento do abdômen;
- 8** Algumas vezes você pode perceber que você se distraiu, tudo bem quando isso acontecer. Parabenize-se a cada vez por se reconectar com sua experiência no momento. Leve suavemente a atenção de volta para a respiração e retome a seguir com consciência o padrão de mudança das sensações físicas que vem com cada inspiração e expiração;
- 9** Traga bondade para sua consciência, enxergue as distrações como oportunidades de trazer paciência e uma curiosidade gentil à sua experiência;
- 10** Continue com a prática por 10-15 minutos, ou mais se desejar. Lembre-se que a intenção é apenas estar ciente de sua experiência em cada momento. A respiração serve como guia para ajudar você a se conectar no aqui e agora.



## PRÁTICA EM CASA

1

Faça a varredura corporal todos os dias e registre suas reações no Formulário de Registro de Prática em Casa.

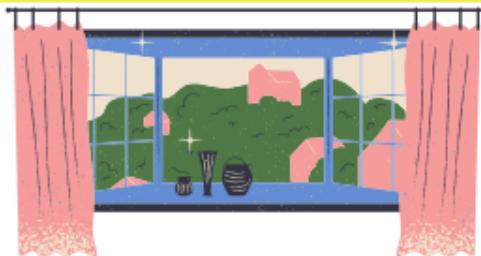


2

Durante a semana, pratique a Meditação sentada de 10 minutos, ele ajuda a ter consciência de como é estar conectado e presente no momento, sem ter que **fazer** alguma coisa. Anote os dias que você praticar.

3

Complete o Calendário de Experiências Agradáveis (uma anotação por dia). Observe e registre, assim que puder, em detalhe algum evento agradável (por exemplo, use as palavras ou imagens reais das quais os pensamentos vieram - a natureza e localização exatas das sensações corporais).



4

Escolha uma nova atividade de rotina para ficar especialmente atento (por exemplo, escovar os dentes, lavar a louça, tomar banho, levar o lixo para fora, ler para as crianças, fazer compras, comer).







## FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PRÁTICA EM CASA - SEM. 2

Dia: Data:	Experiência	Sensações do corpo	Humor e sentimentos	Pensamentos	Pensamentos enquanto escreve
<b>Exemplo</b>	Tomar uma bebida quente (chá, café, ...)	Relaxamento, aquecimento do corpo, prazer do toque e do sabor, calor na boca e na mão	Tranquilidade, aconchego, completude, sentir-se energizado e estimulado	"Que bom esse momento", "que saboroso"; "esperei o dia inteiro por isso"	"Nunca tinha percebido o valor desse momento" "Como isso é importante no meu dia"
<b>Exemplo</b>	Tomar um banho	Sensação agradável da água tocando no corpo, temperatura da água, sabão em contato com o corpo, cheiros, toques	Sentir-se renovado, tranquilidade ou energia, sensação estar limpo, autocuidado, intimidade e conexão com o corpo	"Estava esperando por esse momento", "que prazer estar em contato com a água fria/quente" "como é bom ter esse momento só meu"	"Que momento importante do meu dia" "gosto de ter momentos só meus" "esse é meu momento de autocuidado"

**FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PRÁTICA EM CASA - SEM. 2**

<b>Pensamentos enquanto escreve</b>						
<b>Pensamentos</b>						
<b>Humor e sentimentos</b>						
<b>Sensações do corpo</b>						
<b>Experiência</b>						
<b>Dia: Data:</b>						

## APÊNDICE C - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 3



# PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS

Nome: \_\_\_\_\_



Esta pesquisa é desenvolvida pelo grupo de pesquisa em Avaliação  
Psicológica da UFCSPA  
Local de realização: CAPS (Re)Começo



## RESUMO DA SESSÃO 3

### FOCO NA RESPIRAÇÃO



- ✓ Traz você de volta a este exato momento - o aqui e o agora;
- ✓ Está sempre disponível como âncora e refúgio, não importa onde você esteja;
- ✓ Pode realmente mudar sua experiência, conectando-o a um espaço mais amplo e a uma perspectiva mais ampla para ver as coisas.



### MEDITAÇÃO SENTADA: INFORMAÇÕES BÁSICAS

Ajuda a adotar uma postura ereta, com a cabeça, o pescoço e as costas alinhados verticalmente.

Pratique em uma cadeira ou no chão. Se você usar uma cadeira, escolha uma que tenha as costas retas e permita que seus pés fiquem apoiados no chão. Se possível, sente-se afastado do encosto da cadeira para que sua coluna se sustente sozinha.

Se você decidir sentar no chão, sente em uma almofada firme e grossa (ou um travesseiro dobrado).





Independente do local que estiver sentado, veja se é possível sentar-se de forma que seus quadris fiquem um pouco acima dos joelhos.



## RESUMO DA SESSÃO 3



### O MOVIMENTO CONSCIENTE NOS PERMITE:

-  Construir a base da varredura corporal, aprendendo como podemos trazer consciência e “habitar” a experiência/sensação corporal;
-  Enxergar velhos padrões habituais da mente - especialmente aqueles que enfatizam o piloto automático;
-  Trabalhar com limites físicos e aprender a aceitar esses limites;
-  Aprender novas maneiras de cuidar de nós mesmos.

Esses movimentos fornecem uma maneira direta de se conectar com a consciência do corpo. Nosso corpo é um lugar onde as emoções são frequentemente expressas, sob a superfície e sem nossa consciência. Portanto, tornar-nos mais conscientes do corpo nos dá mais um lugar onde nos posicionamos e olhamos nossos pensamentos.



## RESUMO DA SESSÃO 3



### O ESPAÇO DE RESPIRAÇÃO DE 5 MINUTOS

#### Instruções básicas

#### Etapa 1: Tornando-se consciente

Fique mais ciente de como as coisas estão neste momento.

Esteja com uma postura ereta, seja sentado ou em pé. Se possível, feche os olhos. Então, trazendo sua consciência para sua experiência interior e reconhecendo-a, pergunte: "Qual é a minha experiência agora mesmo?"

- Quais **pensamentos** estão passando pela sua mente? Da melhor maneira que puder, reconheça os pensamentos como eventos mentais, tente colocar em palavras;
- Quais **sentimentos** estão aqui? Volte-se para qualquer sentimento de desconforto ou sentimento desagradável, reconhecendo-os;
- Quais **sensações corporais** estão aqui e agora? Talvez faça uma varredura rápida no corpo para detectar qualquer sensação de aperto ou contração, reconhecendo as sensações.

#### Etapa 2: Recolhimento

Em seguida, redirecione sua atenção para se concentrar nas sensações físicas da própria respiração. Aproxime-se da sensação da respiração no abdômen. . . sentindo as sensações da parede abdominal se expandindo conforme a respiração entra. . . e caindo para trás quando a respiração sai. Siga a respiração para dentro e para fora, usando a respiração para se ancorar no presente.

#### Etapa 3: Expansão

Agora expanda o campo de sua consciência em torno da respiração, de modo que inclua uma sensação do corpo como um todo, sua postura e expressão facial. Se você perceber quaisquer sensações de desconforto, tensão ou resistência, leve sua atenção até lá, respirando nelas na inspiração. Então expire a partir dessas sensações, suavizando-se e abrindo-se com a expiração.



Da melhor maneira que puder, traga essa consciência expandida para os próximos momentos do seu dia.



## PRÁTICA EM CASA

**1**

Todos os dias use a "Prática da respiração e do alongamento" e registre suas reações no Formulário de Registro em Casa.

**2**

Todo os dias: Pratique usando o espaço de respiração de 5 minutos (de 1 a 3 vezes por dia) em horários definidos que você decidiu com antecedência. Marque cada vez que fizer no Registro de Prática em Casa.

**3**

Todos os dias: Preencha o Calendário de experiências desagradáveis (uma vez por dia). Use isso como uma oportunidade para se tornar realmente consciente dos pensamentos, sentimentos e sensações corporais em um evento desagradável de cada dia, no momento em que estão ocorrendo. Observe e registre, assim que puder, em detalhes (por exemplo, coloque os sentimentos e pensamentos reais que surgiram e as partes do corpo onde presenciou as sensações corporais). Quais são os eventos desagradáveis que o "tiram para fora do centro" ou "o derrubam"? Não importa quão grande ou pequeno seja o evento.







## FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PRÁTICA EM CASA - SEM. 3

<b>Dia:</b>	<b>Experiência</b>	<b>Sensações do corpo</b>	<b>Humor e sentimentos</b>	<b>Pensamentos</b>	<b>Pensamentos enquanto escreve</b>
<b>Data:</b>					
<b>Exemplo</b>	Estar chegando na parada de ônibus e perder o transporte	Coração acelera e o rosto aquece. Você se sente mais ofegante	Raiva, irritação, desamparo	"Não acredito que o motorista teve coragem de fazer isso"; "vou me atrasar para o trabalho"; "será que vão me demitir?"	"Tomara que isso não aconteça de novo"; "eu sei que não foi culpa do motorista"
<b>Exemplo</b>	Discutir com alguém que você gosta	Angústia, dor de cabeça, tremor, aperto no peito, lágrimas	Tristeza, raiva, ansiedade, desamparo	"Essa pessoa não vai mais gostar de mim"; "Será que fiz algo de errado?"; "Será que nunca vamos nos entender?"	"Será que eu deveria ter dito tudo aquilo?"; "Será que a conversa precisava ter tomado esse rumo?"; "Como posso falar aquelas coisas sem brigar?"

**FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PRÁTICA EM CASA - SEM. 3**

<b>Pensamentos enquanto escreve</b>						
<b>Pensamentos</b>						
<b>Humor e sentimentos</b>						
<b>Sensações do corpo</b>						
<b>Experiência</b>						
<b>Dia:</b>						
<b>Data:</b>						

## APÊNDICE D - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 4



# PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS

Nome: \_\_\_\_\_



Esta pesquisa é desenvolvida pelo grupo de pesquisa em Avaliação  
Psicológica da UFCSPA  
Local de realização: CAPS (Re)Começo

## SESSÃO 4

# QUESTIONÁRIO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS



Abaixo estão listados vários pensamentos que surgem na nossa cabeça. Após ler, reflita sobre as questões abaixo:



- Você reconhece algum deles? Quais pensamentos parecem mais familiares para você?
- Quando você se sente muito deprimido, com que frequência pensamentos como esses ocorrem? E até que ponto você acredita neles? Eles parecem convincentes?
- E quando você está se sentindo bem? Com que frequência os pensamentos ocorrem então? E até que ponto você acredita neles? Eles são convincentes?

- 1** Eu sinto que estou lutando contra o mundo.
- 2** Eu não sou bom.
- 3** Por que não consigo ter sucesso?
- 4** Ninguém me entende.
- 5** Eu decepcionei as pessoas.

Continua...

## SESSÃO 4

# QUESTIONÁRIO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS



- 6 Eu não acho que posso continuar.
- 7 Eu gostaria de ser uma pessoa melhor.
- 8 Estou tão fraco.
- 9 Minha vida não está indo do jeito que eu quero.
- 10 Eu estou tão desapontado comigo mesmo.
- 11 Nada mais parece bom.
- 12 Eu não aguento mais isso.
- 13 Eu não consigo começar.
- 14 O que há de errado comigo?
- 15 Eu gostaria de estar em outro lugar.
- 16 Eu não consigo organizar as coisas.
- 17 Eu me odeio.
- 18 Eu sou inútil.
- 19 Eu gostaria de poder simplesmente desaparecer.
- 20 Qual é o problema comigo?
- 21 Eu sou um perdedor.

## SESSÃO 4

# QUESTIONÁRIO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS



- 22** Minha vida é uma bagunça.
- 23** Eu sou uma falha.
- 24** Eu nunca vou conseguir.
- 25** Eu me sinto tão impotente.
- 26** Algo precisa mudar.
- 27** Deve haver algo de errado comigo.
- 28** Meu futuro é sombrio.
- 29** Simplesmente não vale a pena.
- 30** Não consigo terminar nada.

Quando nos sentimos desanimados, muitas vezes pensamentos como esses parecem “a verdade” sobre nós. Mas, na verdade, são sintomas de depressão - assim como a febre é um sintoma de gripe.

Ter consciência, por meio da atenção plena, de que eles são apenas “a voz da depressão falando” nos permite afastar-nos deles e começar a escolher se os levamos a sério ou não. Talvez, de fato, possamos aprender simplesmente a notá-los, reconhecer sua presença e deixá-los partir.



## RESUMO DA SESSÃO 4

### RECONHECENDO A AVERSÃO

Coisas difíceis são parte integrante da própria vida. É como lidamos com essas coisas que faz a diferença, para nos relacionarmos de forma mais leve com elas.

Tornar-se mais consciente dos pensamentos, sentimentos e sensações corporais evocados pelos eventos nos dá a possibilidade de nos libertarmos das formas habituais e automáticas de reagir, de modo que, em vez disso, possamos responder conscientemente de maneiras mais eficazes.

Em geral, reagimos à experiência de uma das três maneiras:

- 1 Com afastamento ou tédio, de modo que nos afastamos do momento presente e partimos para outro lugar "em nossas cabeças".
- 2 Com o desejo de se apegar às coisas - não nos permitindo abrir mão das experiências que estamos tendo agora, ou desejando que estivéssemos tendo experiências que não estamos tendo agora.
- 3 Querendo que vá embora, ficando com raiva - querendo nos livrar das experiências que estamos tendo agora ou evitando experiências futuras que não queremos.



Mais adiante discutiremos como cada uma dessas maneiras de reagir pode causar algum problema. Por enquanto, a questão principal é nos tornarmos mais conscientes de nossa experiência, para que possamos responder com atenção em vez de reagir automaticamente.



## RESUMO DA SESSÃO 4

### RECONHECENDO A AVERSÃO

Praticar regularmente a meditação sentada nos dá muitas oportunidades de notar quando nos afastamos da consciência do momento, de notar com uma consciência amigável o que quer que tenha desviado nossa atenção e de trazer nossa atenção de volta para o nosso foco com suavidade e firmeza, nos reconectando com consciência momento a momento.



Em outras horas do dia, usar deliberadamente o espaço para respirar sempre que notarmos sensações desagradáveis ou uma sensação de "aperto" ou "desconforto" no corpo, fornece uma oportunidade para começar a responder ao invés de reagir.



## SESSÃO 4 CAMINHADA CONSCIENTE

- 1 Encontre um lugar onde você possa andar de um lado para o outro, sem se preocupar se as pessoas podem ver você. A distância da sua “caminhada” pode variar entre 7 e 10 passos.

- 2 Fique em pé em uma das pontas da caminhada, com os pés paralelos uns aos outros, separados por cerca de 10 a 15 centímetros, e os joelhos “destravados” para que possam flexionar suavemente. Deixe os braços soltos ao longo do corpo ou junte as mãos frouxamente na frente do corpo. Direcione seu olhar, suavemente, para frente.



- 3 Traga o foco da sua consciência para a planta dos pés, obtendo uma sensação direta das sensações físicas do contato dos pés com o chão e do peso do seu corpo passando pelas pernas e pés ao chão. Você pode achar útil flexionar os joelhos levemente algumas vezes para ter uma noção mais clara das sensações nos pés e nas pernas.



- 4 Quando estiver pronto, transfira o peso do corpo para a perna direita, percebendo a mudança no padrão de sensações físicas nas pernas e pés conforme a perna esquerda “se esvazia” e a direita assume o suporte do resto do corpo.



## SESSÃO 4 CAMINHADA CONSCIENTE

5 Com a perna esquerda "vazia", permita que o calcanhar esquerdo levante-se lentamente do chão, percebendo as sensações nos músculos da panturrilha ao fazer isso, e continue, permitindo que todo o pé esquerdo se levante suavemente até que apenas os dedos do pé estejam em contato com o chão. Ciente das sensações físicas nos pés e nas pernas, levante lentamente o pé esquerdo, mova-o cuidadosamente para a frente, sentindo o pé e a perna enquanto se movem no ar, e coloque o calcanhar no chão. Deixe o resto da planta do pé esquerdo entrar em contato com o chão enquanto você transfere o peso do corpo para a perna e o pé esquerdo, ciente do aumento das sensações físicas na perna e no pé esquerdo e do "esvaziamento" da perna direita e o calcanhar direito saindo do chão.

6 Com o peso totalmente transferido para a perna esquerda, permita que o resto do pé direito se levante e mova-o lentamente para a frente, ciente das mudanças nos padrões das sensações físicas no pé e na perna ao fazer isso. Focalizando sua atenção no calcanhar direito quando ele faz contato com o solo, transfira o peso do corpo para o pé direito enquanto ele é colocado suavemente no chão, ciente da mudança no padrão de sensações físicas nas duas pernas e pés.

7 Desta forma, mova-se lentamente de uma ponta à outra de sua caminhada, ciente principalmente das sensações na planta dos pés e calcanhares quando eles fazem contato com o chão, e das sensações nos músculos das pernas quando balançam frente.





## SESSÃO 4 CAMINHADA CONSCIENTE

- 8** No final da caminhada, pare por alguns momentos, depois vire-se lentamente, ciente e apreciando o complexo padrão de movimentos através dos quais o corpo muda de direção, e continue caminhando.

- 9** Caminhe de um lado para o outro dessa forma, estando ciente, da melhor maneira possível, das sensações físicas nos pés e nas pernas e do contato dos pés com o chão. Mantenha seu olhar dirigido suavemente à frente.




- 10** Quando você perceber que a mente se afastou da consciência das sensações de andar, leve suavemente o foco de atenção de volta às sensações nos pés e nas pernas, usando as sensações quando os pés tocam o chão, em particular, como uma "âncora" para se reconectar com o momento presente, assim como você usou a respiração na meditação sentada. Se você descobrir que sua mente está divagando, pode ser útil ficar parado por alguns momentos, reunindo o foco da atenção antes de retomar a caminhada.





## SESSÃO 4 CAMINHADA CONSCIENTE

- 11**  Continue a caminhar por 10 a 15 minutos ou mais, se desejar.

- 12** Para começar, caminhe em um ritmo mais lento do que o normal, para ter uma melhor chance de estar totalmente ciente das sensações de caminhar. Uma vez que você se sinta confortável caminhando lentamente com consciência, você também pode experimentar caminhar em velocidades mais rápidas, até e além da velocidade normal de caminhada. Se você estiver se sentindo particularmente agitado, pode ser útil começar a andar rápido, com consciência, e diminuir o ritmo naturalmente à medida que se acomoda.

- 13** Sempre que puder, traga o mesmo tipo de consciência que você cultiva na meditação andando para suas experiências normais de caminhada.



## SESSÃO 4 PRÁTICA EM CASA

### PRÁTICA EM CASA PARA A SEMANA SEGUINTE À SESSÃO 4

**1**

Pratique a Meditação Sentada de 20 minutos todos os dias e registre suas reações no Formulário de Registro de Prática em Casa.

**2**

Espaço para respiração de 5 minutos - regular: Pratique de uma a três vezes ao dia, nos horários que você decidiu com antecedência. Registre cada vez que fizer no Formulário de Registro de Prática em Casa. Anote quaisquer comentários ou dificuldades.

**3**

Espaço para respiração de 5 minutos - responsivo: pratique sempre que você notar sentimentos desagradáveis. Registre cada vez que fizer no Formulário de Registro de Prática em Casa. Anote quaisquer comentários e dificuldades.






## APÊNDICE E - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 5



**PROGRAMA DE  
ATENÇÃO PLENA DE  
8 SEMANAS**

Nome: \_\_\_\_\_



 **SEMANA 5**

Esta pesquisa é desenvolvida pelo grupo de pesquisa em Avaliação Psicológica da UFCSPA

Local de realização: CAPS (Re)Começo



## Resumo da Sessão 5



### OLHANDO PARA O DIFÍCIL

Você já tentou evitar pensamentos e sentimentos difíceis?

Já tentou se livrar deles reprimindo ou negando?



**Na sessão 5, vamos começar a prestar atenção e abordar com bondade nossas experiências dolorosas. A diretriz básica nesta prática é tornar-se consciente de tudo o que é predominante em nossa experiência, momento a momento.**

### DUAS ETAPAS:

1

Se a mente é repetidamente atraída para um determinado lugar, para determinados pensamentos, sentimentos ou sensações corporais, podemos **tomar consciência de forma gentil e amigável** para o que está chamando nossa atenção, observando a sensação de ser puxado de novo e de novo para o mesmo lugar.

A segunda é perceber **como estamos nos relacionando com o que quer que esteja surgindo no corpo/mente**. Nossas reações aos nossos próprios pensamentos e sentimentos podem determinar se são eventos passageiros ou se persistem. Muitas vezes, podemos estar com um pensamento, sentimento ou sensação corporal surgindo, mas de uma maneira não permissiva.

2

Se gostamos, vamos poder se apegar a ele e tentar segurá-lo. Se, por outro lado, não gostamos porque é doloroso, desagradável ou desconfortável de alguma forma, podemos sentir medo ou irritação, ficar tensos e contrair, ou tentar afastá-lo.



**Cada uma dessas respostas é o oposto de permitir.**



## Resumo da Sessão 5

### DEIXAR IR e DEIXAR SER



**Permitir a experiência** significa simplesmente permitir espaço para o que quer que esteja acontecendo, em vez de tentar criar algum outro estado.

Ao cultivar uma “vontade de experimentar”, voltamos à consciência do que já está presente. *Deixamos estar* — simplesmente notamos e observamos o que já está aqui.



Essa é a melhor maneira de se relacionar com experiências que exercem forte atração sobre nossa atenção, por mais poderosas que pareçam. Quando as vemos claramente, isso ajuda a evitar que sejamos atraídos para ruminar sobre elas, ou tentar suprimi-las ou evitá-las. Começamos o processo de nos libertar delas.

### Para começar uma nova prática... Espaço de Respiração!

- 1 CONSCIÊNCIA:** Perceba o que está acontecendo em seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais. Você pode achar útil descrever e identificar o que está surgindo – colocar experiências em palavras (por exemplo, diga em sua mente: “Um sentimento de raiva está surgindo” ou “Pensamentos autocríticos estão aqui”).
- 2 RESPIRAÇÃO:** Redirecione sua atenção - Foque na sua respiração e tente contar a cada vez que inspira e expira.
- 3 AMPLIANDO A ATENÇÃO:** Torne-se consciente do seu corpo (postura, expressão facial e sensações) . Diga a si mesmo: "Está tudo bem... Deixe-me sentir isso"





## Prática em casa

### Para a semana seguinte à sessão 5



Pratique a meditação "**Trabalhando com Dificuldades**" todos os dias e registre suas reações no Formulário da Prática em Casa abaixo.

**Espaço para respiração de 5 minutos - regular:** Pratique de uma a três vezes ao dia, nos horários que você decidiu com antecedência. Registre cada vez que fizer no Formulário de Registro de Prática em Casa. Anote quaisquer comentários ou dificuldades.



**Espaço para respiração de 5 minutos - responsivo:** pratique sempre que você notar sentimentos desagradáveis. Registre cada vez que fizer no Formulário de Registro de Prática em Casa. Anote quaisquer comentários e dificuldades.



A diretriz básica nesta prática é nos tornarmos conscientes daquilo que é mais predominante em nossa experiência momento a momento.





## SESSÃO 5 - APOSTILA 5


### FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PRÁTICA EM CASA - SESSÃO 5

Nome: \_\_\_\_\_

Registre cada vez que praticar no Formulário de Registro de Prática em Casa. Além disso, anote tudo o que surgir na prática em casa para que possamos falar sobre isso na próxima reunião.

DIA da semana DATA do mês	PRÁTICA	COMENTÁRIOS
Dia:	Meditação trabalhando c/ dificuldades: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação trabalhando c/ dificuldades: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação trabalhando c/ dificuldades: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação trabalhando c/ dificuldades: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação trabalhando c/ dificuldades: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação trabalhando c/ dificuldades: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	

## APÊNDICE F - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 6



# PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS

Nome: \_\_\_\_\_



## SEMANA 6

Esta pesquisa é desenvolvida pelo grupo de pesquisa em Avaliação Psicológica da UFCSPA

Local de realização: CAPS (Re)Começo



## Resumo da Sessão 6



### PENSAMENTOS NÃO SÃO FATOS

Você já teve a sensação de que os pensamentos simplesmente surgiam na mente? Ou de que eles exercem um grande efeito sobre como nos sentimos?

**NÓS NÃO SOMOS  
NOSSOS**

**PENSAMENTOS**

- Nossos pensamentos podem ter efeitos muito poderosos sobre como nos sentimos e o que fazemos.
- Tornando-se consciente dos pensamentos e deixando eles irem, à medida que voltamos nossa atenção para a respiração – assim é possível obter alguma distância deles.
- Isso pode nos permitir ver que pode haver outras maneiras de pensar sobre as situações, libertando-nos da tirania dos **velhos padrões de pensamento** que automaticamente “surgem à mente”.

### Para começar...

**1**

**Observe os seus pensamentos:** Esteja atento aos pensamentos negativos e pessimistas que muitas vezes podem ser características dos estados de humor depressivo.

**2**

Anote 10 principais padrões de pensamentos habituais que são inúteis ou prejudiciais para você.

**3**

Reflita a partir de suas anotações e questione esses pensamentos de maneira a desconstruí-los.





## DIFERENTES MANEIRAS DE INTERPRETAR SEUS PENSAMENTOS

- ➔ Apenas observe-os entrar e sair da mente, sem sentir que precisa segui-los.
- ➔ Veja se é possível perceber os sentimentos que dão origem aos pensamentos, ou seja, o contexto em que ocorrem.
- ➔ Veja seu pensamento como um **evento mental** em vez de um fato. Pode ser verdade que esse evento frequentemente ocorra com outros sentimentos, mas depende de você decidir se é uma verdade absoluta e como deseja lidar com isso.
- ➔ Escreva seus pensamentos no papel. Isso permite que você visualize-os com mais clareza e permite tomar uma decisão de como agir.
- ➔ A atitude fundamental a ser adotada com seus pensamentos é o interesse gentil e a curiosidade.

## PREVINA RECAÍDAS



**Configure um sistema de alerta precoce:** Escreva as mudanças que você observar que podem ser indícios que sintomas depressivos estão se aproximando.

*Exemplos:* Irritação; diminuição do contato social – apenas “não querer ver as pessoas”; mudanças nos hábitos de sono; mudanças nos hábitos alimentares; ficar facilmente exausto; desistir de exercitar-se; adiar prazos...



Se for confortável, inclua pessoas importantes com quem você compartilha sua vida para também te auxiliar a reconhecer esses sinais .



## OBSERVANDO OS PRIMEIROS SINAIS DE DEPRESSÃO

Abaixo são feitas algumas perguntas para ampliar sua consciência sobre o que acontece com você quando surge a depressão. O objetivo é, com cuidado e curiosidade, investigar os pensamentos, sentimentos, sensações corporais e padrões de comportamento que indicam que seu humor está começando a cair.



O que causa depressão em você? Observe os **gatilhos** internos e externos pequenos ou grandes (às vezes, algo que parece bastante trivial pode desencadear uma espiral negativa de humor).

Que tipo de **pensamento** passa por sua mente quando você sente seu humor cai pela primeira vez? Que **emoções** surgem?

O que acontece em seu **corpo**? O que você faz ou deseja fazer?

Existem **velhos hábitos de pensamento ou comportamento** que podem, sem querer, mantê-lo preso à depressão? Por exemplo, tentar sumir ou afastar-se de pensamentos e sentimentos dolorosos, lutar contra eles em vez de aceitá-los e explorá-los.

As respostas dessas perguntas são a sua "**assinatura da depressão**".

O que é isso? A forma individual e subjetiva que cada um demonstra e percebe a depressão.

*Guarde essas respostas para ficar mais fácil de identificar esses padrões.*





## Prática em casa

### Para a semana seguinte à sessão 6



Pratique a "**Meditação sentada de 20 minutos**" todos os dias e registre suas reações no Formulário da Prática em Casa abaixo.

**Espaço para respiração de 5 minutos - regular:** Pratique de uma a três vezes ao dia, nos horários que você decidiu com antecedência. Registre cada vez que fizer no Formulário de Registro de Prática em Casa. Anote quaisquer comentários ou dificuldades.



**Espaço para respiração de 5 minutos - responsivo:** pratique sempre que você notar sentimentos desagradáveis. Registre cada vez que fizer no Formulário de Registro de Prática em Casa. Anote quaisquer comentários e dificuldades.



A diretriz básica nesta prática é nos tornarmos conscientes daquilo que é mais predominante em nossa experiência momento a momento.





## SESSÃO 6 - APOSTILA 6

### FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PRÁTICA EM CASA - SESSÃO 6

Nome: \_\_\_\_\_

Registre cada vez que praticar no Formulário de Registro de Prática em Casa. Além disso, anote tudo o que surgir na prática em casa para que possamos falar sobre isso na próxima reunião.

DIA da semana DATA do mês	PRÁTICA	COMENTÁRIOS
Dia:	Meditação sentada de 20 minutos: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( )	
	Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação sentada de 20 minutos: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( )	
	Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação sentada de 20 minutos: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( )	
	Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação sentada de 20 minutos: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( )	
	Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação sentada de 20 minutos: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( )	
	Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Meditação sentada de 20 minutos: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( )	
	Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	

## APÊNDICE G - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 7



# PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS

Nome: \_\_\_\_\_



Esta pesquisa é desenvolvida pelo grupo de pesquisa em Avaliação  
Psicológica da UFCSPA  
Local de realização: CAPS (Re)Começo



## RESUMO DA SESSÃO 7

### COMO POSSO CUIDAR DE MIM DA MELHOR MANEIRA?

O que fazemos com o nosso tempo pode afetar nosso bem-estar geral. Comece com essas perguntas:

- 1 Das coisas que faço o que aumenta minha sensação de estar **realmente vivo e presente**, em vez de apenas existir?
- 2 Das coisas que faço, o que me esgota? O que diminui minha sensação de estar realmente **vivo e presente**, o que faz sentir que simplesmente estou existindo, ou pior?
- 3 Aceitando que existem alguns aspectos da minha vida que simplesmente não posso mudar, estou escolhendo conscientemente **aumentar o tempo e o esforço que dedico às atividades nutritivas** e diminuir o tempo e o esforço que dedico às atividades esgotantes?



Uma das maneiras mais simples de cuidar do seu bem-estar físico e mental é fazer exercícios físicos diários. Algumas dicas são:

- ✓ **Caminhar** por, pelo menos, 10 minutos;
- ✓ **Alongamento** consciente;
- ✓ **Ioga**;
- ✓ **Andar de bicicleta**.



Tire um tempo para respirar!!



## ETAPA DE AÇÃO

### USANDO O ESPAÇO DE RESPIRAÇÃO

Quando você se sentir mal, pergunte para si mesmo:  
O que eu preciso agora? Como posso cuidar de mim?  
Aqui vai algumas sugestões:



#### 1 FAÇA ALGO PRAZEROSO

- ✓ Tome um banho quente;
- ✓ Tire uma soneca;
- ✓ Coma sua comida preferida;
- ✓ Dê um passeio;
- ✓ Faça sua atividade favorita;
- ✓ Faça um exercício;
- ✓ Ouça uma música;
- ✓ Passe um tempo com alguém que você gosta.

#### 2 FAÇA ALGO EM QUE VOCÊ SE SINTA SATISFEITO E COM CONTROLE DA SITUAÇÃO

- ✓ Arrume a casa;
- ✓ Faça alguma atividade;
- ✓ Faça alguma tarefa atrasada.

Divida em pequenas tarefas e faça sem pressa

**Se parabenize a cada etapa concluída**

#### 3 FAÇA TUDO COM ATENÇÃO

- ✓ Preste atenção no que está realizando;
- ✓ Sinta o que suas mãos e pés estão tocando;
- ✓ Perceba como funciona sua respiração;
- ✓ Foque no agora.



## LEMBRETES

Tudo é uma tentativa.

Não tente imaginar como  
irá se sentir após as  
experiências.

Mantenha a mente aberta.

Faça diferentes atividades,  
não apenas as favoritas;

Explore novos hábitos. Isso  
já é uma vitória!

Tente fazer o que você  
planejou, mas não se  
pressione;

As sugestões são para  
que você treine seu  
sentimento de controle  
sobre si mesmo.





## LIDANDO COM SABEDORIA COM A TRISTEZA

Se você começar a ter sensações desagradáveis, responda em um papel as seguintes perguntas:

- 1** No passado, o que você notou que ajudou quando você estava ficando deprimido?
- 2** Qual resposta pode aliviar a dor da depressão? Como você pode lidar com os pensamentos e sentimentos sem aumentá-los?
- 3** Como você pode cuidar melhor de si nesse momento difícil? Pense em coisas que você gosta e te dão prazer.



### O QUE VOCÊ PODE FAZER

- Escreva sugestões para você mesmo;
- Tenha um momento consciente (ex. meditação gravada);
- Preste atenção em sua respiração;
- Use sugestões e atitudes feitas até o momento que deram certo para você.



## PRÁTICA EM CASA

1

Escolha uma das práticas de atenção plena e faça essa tarefa todos os dias até nossa próxima aula. Registre no Formulário de Registro de Prática em Casa abaixo.



2

Complete o **Plano de Ação** para se preparar para os momentos em que o humor ameaça dominá-lo. Pode incluir outras pessoas - família ou amigos - nesse planejamento.

3

**Espaço para respiração de 5 minutos - regular:** Pratique de uma a três vezes ao dia, nos horários que você decidiu com antecedência. Registre cada vez que fizer no Formulário de Registro de Prática em Casa. Anote quaisquer comentários ou dificuldades.

4

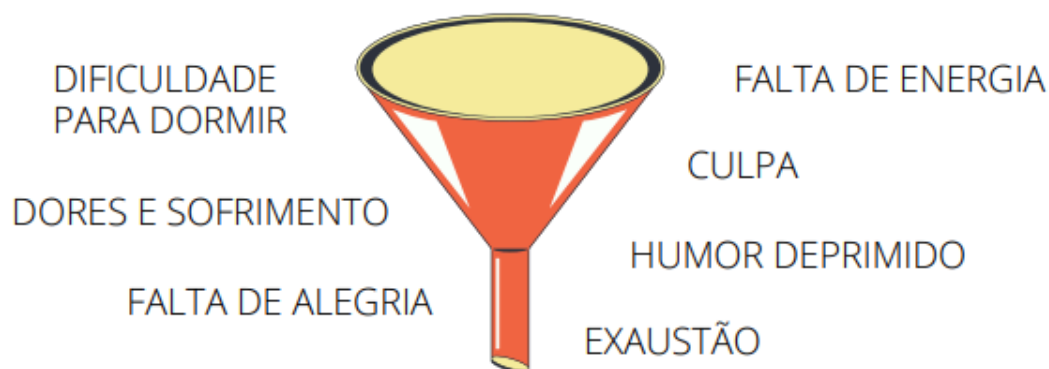
**Espaço para respiração de 5 minutos - responsivo:** pratique sempre que você notar sentimentos desagradáveis. Registre cada vez que fizer no Formulário de Registro de Prática em Casa. Anote quaisquer comentários e dificuldades.



# Respire

# PLANO DE AÇÃO

## O FUNIL DA EXAUSTÃO



A área estreita dos círculos ilustra o estreitamento de nossas vidas à medida que desistimos das coisas que gostamos, mas que parecem “opcionais”. O resultado é que deixamos de fazer atividades que nos nutririam, deixando apenas o trabalho ou outros estressores que muitas vezes esgotam nossos recursos. O funil mostra a sequência de “sintomas” acumulados experimentados por um participante à medida que o funil se estreitava e ele ficava cada vez mais exausto.

- Que sintomas fariam parte do seu funil de exaustão? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- No passado, o que você notou que ajudou quando você estava ficando deprimido? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Como você pode cuidar melhor de si mesmo neste momento difícil e doloroso (por exemplo, coisas que o acalmam, atividades que podem nutrir você, pessoas com quem você pode entrar em contato, pequenas coisas que você pode fazer para responder sabiamente à angústia)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# PLANO DE AÇÃO

## SEU PLANO DE AÇÃO



Agora anote sugestões para si mesmo para um Plano de Ação que você possa usar como estrutura para lidar com isso, uma vez que você ou seus amigos/família tenham notado os primeiros sinais de alerta.

Exemplos: uma meditação guiada, espaços de meditação, leia algo que o “reconecte” com sua mente, faça atividades prazerosas, encontro com alguém que você gosta.

O QUE FAZ MAIS SENTIDO PARA VOCÊ?

---

---

---

---

---

---

---

---



## SESSÃO 7 - APOSTILA 7

### FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PRÁTICA EM CASA - SESSÃO 7

Nome: \_\_\_\_\_

Registre cada vez que praticar no Formulário de Registro de Prática em Casa. Além disso, anote tudo o que surgir na prática em casa para que possamos falar sobre isso na próxima reunião.

DIA da semana DATA do mês	PRÁTICA	COMENTÁRIOS
Dia:	Escolha a meditação que você quiser: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Escolha a meditação que você quiser: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Escolha a meditação que você quiser: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Escolha a meditação que você quiser: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Escolha a meditação que você quiser: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	
Dia:	Escolha a meditação que você quiser: Sim ( ) Não ( )	
Data:	Espaço de respiração de 5m - regular: Sim ( ) Não ( ) Espaço de respiração de 5m - responsivo: Sim ( ) Não ( )	

## APÊNDICE H - PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS - SEMANA 8



# PROGRAMA DE ATENÇÃO PLENA DE 8 SEMANAS

Nome: \_\_\_\_\_



Esta pesquisa é desenvolvida pelo grupo de pesquisa em Avaliação  
Psicológica da UFCSPA  
Local de realização: CAPS (Re)Começo



## RESUMO DA SESSÃO 8

### MANTER E AMPLIAR O QUE FOI APRENDIDO

Quando a situação estiver ruim e difícil de mudar, tente pensar que você não tem controle de tudo e aceite o momento. Se trate de forma gentil.



#### Para ajudar...

- ✓ Defina uma rotina de atividades para a próxima semana;
- ✓ Anote qualquer dificuldade que encontrar;
- ✓ **Respire** sempre que se sentir estressado ou em momentos difíceis.

### *Mindfulness diário*

- ✓ De manhã, antes de sair da cama: preste atenção em 5 respirações suas;
- ✓ Repare como seu corpo muda quando você senta ou levanta;



- ✓ Preste atenção nos sons: passarinhos cantando, buzinas na rua, etc;
- ✓ Ao longo do seu dia, preste atenção em 5 respirações conscientes;
- ✓ Quando estiver comendo ou bebendo algo, tente pensar nos benefícios dessa alimentação e em como ela foi parar em seu prato, quem produziu?



## RESUMO DA SESSÃO 8

### *Mindfulness diário*

- ✓ Olhe seu corpo enquanto caminha ou fica em pé. Sinta seus pés em contato com o chão e o ar que toca seu rosto e corpo enquanto caminha;

- ✓ Preste atenção ao ouvir e falar. Você consegue pensar antes de falar? Fale apenas o que está sentindo.



- ✓ Quando você tiver que esperar em uma fila, use esse tempo para olhar a posição que você está. Sinta os seus pés no chão e como seu corpo se sente. Olhe para sua barriga e veja como ela fica quando você respira. Você está se sentindo impaciente?



- ✓ Preste atenção em tensões em seu corpo (pescoço, ombros, braços) e tente respirar para "expulsar" elas. Respire fundo e quando expirar, coloque para fora todo o ar e elimine o excesso de tensão. Se possível, alongue-se ou faça uma prática guiada uma vez ao dia.

- ✓ Concentre a atenção nas atividades diárias, como escovar os dentes, tomar banho, escovar o cabelo, calçar os sapatos ou fazer seu trabalho. Traga atenção plena para cada atividade.

- ✓ Antes de dormir à noite, pare alguns minutos e concentre-se na respiração. Preste atenção em 5 respirações conscientes.



## APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

1. Nome:
2. Data de Nascimento: ____/____/____
3. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
4. Escolaridade: <input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Técnico <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Pós-Graduação Incompleta <input type="checkbox"/> Pós-Graduação Completa
5. Profissão:
6. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a)/ Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a)
7. Possui filhos? ( ) Sim ( ) Não Se possui filhos, quantos? _____
8. Já fez tratamento psicológico/terapia? ( ) Sim ( ) Não
9. Já fez tratamento psiquiátrico? ( ) Sim ( ) Não
10. Toma medicamentos para depressão atualmente? ( ) Sim ( ) Não
11. Quantos anos tinha quando teve depressão pela primeira vez? _____
12. Já teve quantos episódios de depressão durante a vida? <input type="checkbox"/> menos que 3 <input type="checkbox"/> mais que 3

**ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.274.482

afetos negativos e ruminação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória apresentados.

**Recomendações:**

Recomendamos, no TCUD, que nos próximos projetos de pesquisa, que seja colocada data completa, dia/mês e ano.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do Relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1552468.pdf	29/08/2020 21:04:39		Aceito
Outros	cartaprojetomindfulness.pdf	29/08/2020 21:04:15	Caroline Reppold	Aceito
Outros	TCUD2908.pdf	29/08/2020 20:46:49	Caroline Reppold	Aceito
Outros	Termorelatorios2908.pdf	29/08/2020 20:46:04	Caroline Reppold	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2908.pdf	29/08/2020 20:43:51	Caroline Reppold	Aceito
Outros	termoanueciacaps.pdf	08/07/2020 19:27:10	Caroline Reppold	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa_VanessaKaiser2.pdf	08/07/2020 19:25:58	Caroline Reppold	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoPesquisa.pdf	14/05/2020 12:28:52	Caroline Reppold	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245  
**Bairro:** Sarmento **CEP:** 90.050-170  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.274.482

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Fernanda Bordignon Nunes**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245  
**Bairro:** Sarmento **CEP:** 90.050-170  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## ANEXO C - QUESTIONÁRIO DAS 5 FACETAS DE *MINDFULNESS* - FFMQ-BR

### Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* - FFMQ

**Instrução:** Por favor, circule a resposta que melhor descreva a frequência com que as sentenças são verdadeiras para você.

		Nunca ou raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Não tenho certeza	Normalmente verdadeiro	Quase sempre ou sempre verdadeiro
1	Quando estou caminhando, eu deliberadamente percebo as sensações do meu corpo em movimento.	1	2	3	4	5
2	Sou bom para encontrar palavras que descrevam os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3	Eu me critico por ter emoções irracionais ou inapropriadas.	1	2	3	4	5
4	Eu percebo meus sentimentos e emoções sem ter que reagir a eles.	1	2	3	4	5
5	Quando faço algo, minha mente voa e me distraio facilmente.	1	2	3	4	5
6	Quando eu tomo banho, eu fico alerta às sensações da água no meu corpo.	1	2	3	4	5
7	Eu consigo facilmente descrever minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.	1	2	3	4	5
8	Eu não presto atenção no que faço porque fico sonhando acordado, preocupado com outras coisas ou distraído.	1	2	3	4	5
9	Eu observo meus sentimentos sem me perder neles.	1	2	3	4	5
10	Eu digo a mim mesmo que eu não deveria me sentir da forma como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
11	Eu percebo como a comida e a bebida afetam meus pensamentos, sensações corporais e emoções.	1	2	3	4	5
12	É difícil para mim encontrar palavras para descrever o que estou pensando.	1	2	3	4	5
13	Eu me distraio facilmente.	1	2	3	4	5
14	Eu acredito que alguns dos meus pensamentos são maus ou anormais e eu não deveria pensar daquela forma.	1	2	3	4	5

15	Eu presto atenção em sensações, tais como o vento em meus cabelos ou o sol no meu rosto.	1	2	3	4	5
16	Eu tenho problemas para encontrar as palavras certas para expressar como me sinto sobre as coisas.	1	2	3	4	5
17	Eu faço julgamentos sobre se meus pensamentos são bons ou maus.	1	2	3	4	5
18	Eu acho difícil permanecer focado no que está acontecendo no momento presente.	1	2	3	4	5
19	Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu "dou um passo atrás" e tomo consciência do pensamento ou imagem sem ser levado por eles.	1	2	3	4	5
20	Eu presto atenção aos sons, tais como o tic tac do relógio, o canto dos pássaros ou dos carros passando.	1	2	3	4	5
21	Em situações difíceis, eu consigo fazer uma pausa, sem reagir imediatamente.	1	2	3	4	5
22	Quando tenho uma sensação no meu corpo, é difícil para mim descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.	1	2	3	4	5
23	Parece que eu estou "funcionando no piloto automático" sem muita consciência do que estou fazendo.	1	2	3	4	5
24	Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu me sinto calmo logo depois.	1	2	3	4	5
25	Eu digo a mim mesmo que eu não deveria pensar da forma como estou pensando.	1	2	3	4	5
26	Eu percebo o cheiro e o aroma das coisas.	1	2	3	4	5
27	Mesmo quando me sinto terrivelmente aborrecido, consigo encontrar uma maneira de me expressar em palavras.	1	2	3	4	5
28	Eu realizo atividades apressadamente sem estar realmente atento a elas.	1	2	3	4	5
29	Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos aflitivos, eu sou capaz de apenas notá-los, sem reagir a eles.	1	2	3	4	5
30	Eu acho que algumas das minhas emoções são más ou inapropriadas e eu não deveria senti-las.	1	2	3	4	5

31	Eu percebo elementos visuais na arte ou na natureza tais como: cores, formatos, texturas ou padrões de luz e sombra.	1	2	3	4	5
32	Minha tendência natural é colocar minhas experiências em palavras.	1	2	3	4	5
33	Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos ruins, eu apenas os percebo e os deixo ir.	1	2	3	4	5
34	Eu realizo tarefas automaticamente, sem prestar atenção no que estou fazendo.	1	2	3	4	5
35	Normalmente quando tenho pensamentos ruins ou imagens estressantes, eu me julgo como bom ou mau, dependendo do tipo de imagens ou pensamentos.	1	2	3	4	5
36	Eu presto atenção em como minhas emoções afetam meus pensamentos e comportamento.	1	2	3	4	5
37	Normalmente eu consigo descrever detalhadamente como me sinto no momento presente.	1	2	3	4	5
38	Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção a elas.	1	2	3	4	5
39	Eu me reprovo quando tenho ideias irracionais.	1	2	3	4	5

## ANEXO D - ESCALA DE AUTOCOMPAIXÃO (SCS)

### Escala de Autocompaixão – Versão Brasileira

Por favor, leia com cuidado antes de responder. Para cada frase, marque o número que mostra com que frequência você se comporta da forma descrita. Use a escala de 1 até 5 para marcar sua escolha, sendo que 1 corresponde a "quase nunca" (QN), e 5 significa "quase sempre" (QS).

Não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos de sua opinião pessoal. Você pode escolher qualquer número de 1 até 5.

Por favor, para cada frase, marque com um "X" a sua resposta.	QN				QS
	1	2	3	4	5
1. Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeitos.					
2. Quando fico "pra baixo", não consigo parar de pensar em tudo que está errado comigo.					
3. Quando as coisas vão mal para mim, vejo as dificuldades como parte da vida e que acontecem com todo mundo.					
4. Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo.					
5. Tento ser amável comigo quando me sinto emocionalmente mal.					
6. Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimentos de incompetência.					
7. Quando me sinto realmente mal, lembro que há outras pessoas no mundo se sentindo como eu.					
8. Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo.					
9. Quando algo me deixa aborrecido, tento buscar equilíbrio emocional.					
10. Quando percebo que fui inadequado, tento lembrar que a maioria das pessoas também passa por isso.					
11. Sou intolerante e impaciente com os aspectos de que não gosto na minha personalidade.					
12. Quando estou passando por um momento realmente difícil, eu me dou o apoio e o cuidado de que preciso.					
13. Quando fico "pra baixo", sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu.					
14. Quando algo doloroso acontece, tento ver a situação de forma equilibrada.					
15. Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.					
16. Quando vejo características que eu não gosto em mim, sou duro comigo mesmo.					
17. Quando eu falho em algo importante para mim, tento ver as coisas por outro ângulo.					
18. Quando passo por dificuldades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas.					
19. Sou bondoso comigo quando estou passando por algum sofrimento.					
20. Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos.					
21. Costumo ser um pouco insensível comigo quando estou sofrendo.					
22. Quando fico "pra baixo", tento aceitar e entender meus sentimentos.					
23. Sou tolerante com meus próprios erros e defeitos.					
24. Quando algo doloroso acontece comigo, costumo reagir de forma exagerada.					
25. Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação.					
26. Tento ser compreensivo e paciente com os aspectos da minha personalidade dos quais não gosto.					

## ANEXO E - ESCALA DE RESPOSTAS RUMINATIVAS - RRS

### ESCALA DE RESPOSTAS RUMINATIVAS

Por favor, leia a lista de situações a seguir e, considerando a escala de resposta que se apresenta abaixo, marque um número para cada questão. Lembre-se que é importante escolher as alternativas conforme você se sente realmente **quando está triste ou deprimido(a)**, não como você gostaria de se sentir.

1	2	3	4
Quase nunca se aplica a mim	Raramente se aplica a mim	As vezes se aplica a mim	Quase sempre se aplica a mim

1. Pensa: "O que eu estou fazendo para merecer isto?"	1	2	3	4
2. Analisa eventos recentes para tentar entender porque você está deprimido(a).	1	2	3	4
3. Pensa: "Por que eu sempre reajo desse jeito?"	1	2	3	4
4. Vai embora sozinho(a) e pensa sobre por que você se sente desse jeito.	1	2	3	4
5. Toma nota do que você está pensando e analisa isso.	1	2	3	4
6. Pensa sobre uma situação recente, desejando tivesse sido melhor.	1	2	3	4
7. Pensa: "Por que eu tenho problemas que as outras pessoas não têm?"	1	2	3	4
8. Pensa: "Por que eu não consigo lidar melhor com as coisas?"	1	2	3	4
9. Analisa sua personalidade e tenta entender por que você está deprimido(a).	1	2	3	4
10. Vai para algum lugar sozinho(a) para pensar sobre seus sentimentos.	1	2	3	4

## ANEXO F - QUESTIONÁRIO DE TRAUMAS NA INFÂNCIA - QUESI

### Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI)

Marque a opção que é mais adequada a você, em relação às frases abaixo, e a sua infância.

Todas as afirmações são precedidas pela seguinte oração: **“Enquanto eu crescia...”**

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu tive que usar roupas sujas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu me senti amado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu tive uma ótima infância.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu tive a melhor família do mundo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Alguém me molestou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eu acredito que fui abusado sexualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO G - QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO - AAQ-II

*Acceptance and Action Questionnaire-II - Versão Brasileira*

### AAQ-II

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha.

1	2	3	4	5	6	7
nunca	<b>muito raramente</b>	raramente	<b>algumas vezes</b>	frequentemente	quase sempre	sempre

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho medo dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Emoções causam problemas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.	1	2	3	4	5	6	7
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	1	2	3	4	5	6	7

**Sexo** [ F ] [ M ] **Idade** \_\_\_\_\_

**ANEXO H - ESCALA DE AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL VERSÃO ADULTO -  
EARE-A**

13. Tento me animar					
14. Tento achar uma solução diferente para a situação					
15. Brigo com os outros					
16. Não sei o que fazer					
17. Fico perdido					
18. Acho que o que sinto é importante para o meu crescimento					
19. Acredito que tudo vai piorar					
20. Acho que eu sou uma pessoa ruim					
21. Acho que eu não tenho valor					
22. Acho que eu sou pior do que os outros					
23. Acho que eu sou incompetente					
24. Acredito que vai demorar muito para eu melhorar					
25. Penso que o futuro será melhor					
26. Penso que isso vai passar					
27. Procuro relaxar					
28. Acho que sou capaz de resolver o problema					
29. Maltrato outras pessoas					
30. Grito/berro					
31. Bato os pés					
32. Culpo os outros por coisas que eles não têm culpa					
33. Soco as coisas/quebro as coisas					
34. Faço alguma coisa que eu gosto					

**ANEXO I - ESCALA DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS - PANAS****Escala de Afetos Positivos e Negativos – PANAS**

- 1 = nem um pouco
- 2 = um pouco
- 3 = moderadamente
- 4 = bastante
- 5 = extremamente

Esta escala consiste de um número de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois marque a resposta adequada no espaço ao lado da palavra. Indique até que ponto você tem se sentido desta forma ultimamente.

- 1. aflito \_\_\_\_\_
- 2. amável \_\_\_\_\_
- 3. amedrontado \_\_\_\_\_
- 4. angustiado \_\_\_\_\_
- 5. animado \_\_\_\_\_
- 6. apaixonado \_\_\_\_\_
- 7. determinado \_\_\_\_\_
- 8. dinâmico \_\_\_\_\_
- 9. entusiasmado \_\_\_\_\_
- 10. forte \_\_\_\_\_
- 11. humilhado \_\_\_\_\_
- 12. incomodado \_\_\_\_\_
- 13. inquieto \_\_\_\_\_
- 14. inspirado \_\_\_\_\_
- 15. irritado \_\_\_\_\_
- 16. nervoso \_\_\_\_\_
- 17. orgulhoso \_\_\_\_\_
- 18. perturbado \_\_\_\_\_
- 19. rancoroso \_\_\_\_\_
- 20. vigoroso \_\_\_\_\_

## ANEXO J - ESCALA DE SATISFAÇÃO DE VIDA - ESV

### ESCALA DE SATISFAÇÃO DE VIDA

Abaixo você encontrará cinco afirmativas. Assinale na escala abaixo de cada afirmativa o quanto ela descreve a sua situação pessoal. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante você marcar com sinceridade como você se sente com relação a cada uma dessas afirmativas.

**1) A minha vida está próxima do meu ideal.**

Discordo Plenamente  1  2  3  4  5  6  7  Concordo Plenamente

**2) Minhas condições de vida são excelentes.**

Discordo Plenamente  1  2  3  4  5  6  7  Concordo Plenamente

**3) Eu estou satisfeito com a minha vida.**

Discordo Plenamente  1  2  3  4  5  6  7  Concordo Plenamente

**4) Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.**

Discordo Plenamente  1  2  3  4  5  6  7  Concordo Plenamente

**5) Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada.**

Discordo Plenamente  1  2  3  4  5  6  7  Concordo Plenamente

## ANEXO K - TESTE PARA AVALIAR OTIMISMO - LOT-R

### Teste Para Avaliar Otimismo (LOT-R)

#### Instruções

Abaixo você encontrará 10 frases. Assinale na escala o quanto você concorda ou discorda com cada uma delas. A escala varia de 1 (Discordo Plenamente) a 5 (Concordo Plenamente). Não há respostas certas ou erradas. O importante é você responder com sinceridade como se sente em relação a cada uma das frases.

1	Diante de dificuldade, acho que tudo vai dar certo. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
2	Para mim é fácil relaxar. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
3	Se alguma coisa pode dar errado comigo, com certeza vai dar errado. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
4	Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
5	Eu gosto muito dos meus amigos. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
6	Eu considero importante me manter ocupado. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
7	Em geral, eu não espero que as coisas vão dar certo para mim Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
8	Eu não me incomodo com facilidade. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
9	Eu não espero que coisas boas aconteçam comigo. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
10	Em geral, eu espero que aconteçam mais coisas boas do que ruins para mim. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente

## ANEXO L - ESCALA DE ESPERANÇA COGNITIVA

### ESCALA DE ESPERANÇA COGNITIVA

#### Instruções

Na escala abaixo há duas colunas. Na coluna da esquerda você deve marcar o quanto você deseja que o item aconteça. Considere 0 para aquilo que você absolutamente **não deseja** e 5 para aquilo que você **deseja muito**. Na coluna da direita você deve marcar o quanto você acredita que esse mesmo item vai acontecer, sendo 0 para aquilo que absolutamente **não acredita** que vai acontecer e 5 para aquilo que você **acredita muito** que vai acontecer. Utilize os números intermediários entre 0 e 5 para situações que sejam intermediárias entre a extrema falta de desejo/crença (0) e o extremo desejo/crença de que vai ocorrer (5).

Quanto você deseja		Quanto você acha que vai acontecer
0 1 2 3 4 5	1) Ter sucesso na escola e/ou no trabalho.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	2) Ter mais amigos.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	3) Ter boa saúde.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	4) Ser competente.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	5) Atingir objetivos de longo prazo.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	6) Ser feliz.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	7) Ter dinheiro/segurança financeira.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	8) Ter tempo para lazer.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	9) Que outras pessoas sejam felizes.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	10) Não ser vítima de crime.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	11) Ver o país se tornar mais produtivo.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	12) Ser entendido pela minha família.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	13) Ver o mundo se tornar mais justo.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	14) Ver o fim das guerras e paz para todos.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	15) Ter liberdade pessoal.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	16) Que todos tenham boas condições de vida.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	17) Ter um bom relacionamento amoroso.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	18) Viajar para lugares diferentes/ conhecer lugares novos.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	19) Ter mais satisfação sexual.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	20) Ter filhos bem-sucedidos na vida.	0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5	21) Ter condições para ajudar as pessoas que necessitam.	0 1 2 3 4 5

## ANEXO M – PRODUÇÕES DURANTE O CURSO DO DOUTORADO (2019 - 2023)

### Artigos

- 1) Título: Escala de Satisfação com a Vida: Evidências de validade e precisão junto de universitários portugueses.  
Link para acesso: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/71677>  
Referência: REPPOLD, C.T.; KAISER, V. ; ZANON, C. ; HUTZ, C. ; CASANOVA, J. ; ALMEIDA, L. S. Escala de Satisfação com a Vida: Evidências de validade e precisão junto de universitários portugueses. REVISTA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGIA Y EDUCACIÓN, v. 6, p. 15-23, 2019.
  
- 2) Título: The prefrontal cortex conscious and unconscious response to social/emotional facial expressions involve sex, hemispheric laterality, and selective activation of the central cardiac modulation.  
Link para acesso: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32544509/>  
Referência: FOGAZZI, D. V. ; NEARY, J. P. ; SONZA, A. ; REPPOLD, C. T. ; KAISER, V. ; SCASSOLA, C. M. ; CASALI, K. R. ; RASIA FILHO, A. The prefrontal cortex conscious and unconscious response to social/emotional facial expressions involve sex, hemispheric laterality, and selective activation of the central cardiac modulation. BEHAVIOURAL BRAIN RESEARCH, v. 393, p. 112773, 2020.
  
- 3) Título: Contributions of Positive Psychology in Self-Regulated Learning: A Study With Brazilian Undergraduate Students  
Link para acesso:  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02980/full>  
Referência: KAISER, V. ; REPPOLD, C. T. ; HUTZ, C. S. ; ALMEIDA, L. S. Contributions of positive psychology in self-regulated learning: A study with Brazilian undergraduate students. Frontiers in Psychology, v. 10, p. 2980, 2020.
  
- 4) Título: Teste Informatizado e Dinâmico de Escrita: Evidências de Validade Baseadas na TRI.  
Link para acesso:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-0471202100100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-0471202100100005)  
Referência: GURGEL, Léia Gonçalves et al . Teste Informatizado e Dinâmico de Escrita: Evidências de Validade Baseadas na TRI. Aval. psicol., Campinas, v. 20, n. 1, p. 33-42, mar. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2021.2001.18908.04>.
  
- 5) Título: TIDE: Evidências de validade baseadas em critérios externos.  
Link para acesso:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712022000100010&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712022000100010&script=sci_abstract)

Referência: GURGEL, Léia Gonçalves et al . TIDE: Evidências de validade baseadas em critérios externos. *Aval. psicol.*, Campinas, v. 21, n. 1, p. 84-92, mar. 2022. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2022.2101.20480.09>.

### Capítulos de Livro

- 1) Título: Avaliação em *mindfulness* e aplicações do construto: práticas, intervenções e pesquisas.  
Referência: REPPOLD, C. T.; CALVETTI, P. U. ; KAISER, V. ; CESA, M. Avaliação em *mindfulness* e aplicações do construto: práticas, intervenções e pesquisas. In: Oliveira, K; Reppold, C. T.; Peixoto, E.; Zanini, D. (Org.). Avaliação em Psicologia Positiva. 1ed. Petrópolis: Vozes, 2023, v. 1, p. 151-160.
  
- 2) Título: *Mindfulness*.  
Link para download:  
<https://ufcspa.edu.br/noticias/noticias-para-as-comunidades-interna-e-externa/3641-editora-da-ufcspa-publica-livro-sobre-a-contribuicao-das-praticas-da-psicologia-positiva>  
Referência: KAISER, V. *Mindfulness*. In REPPOLD, C. T.; SERAFINI, A. J. ; TOCCHETTO, B. (Orgs). Habilidades para a vida: práticas da psicologia positiva para promoção de bem-estar e prevenção em saúde mental para além da pandemia. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFCSPA, 2022. v. 1. p 94 - 100.
  
- 3) Título: Regulação emocional.  
Link para download:  
<https://ufcspa.edu.br/noticias/noticias-para-as-comunidades-interna-e-externa/3641-editora-da-ufcspa-publica-livro-sobre-a-contribuicao-das-praticas-da-psicologia-positiva>  
Referência: KAISER, V. Regulação Emocional. In REPPOLD, C. T.; SERAFINI, A. J. ; TOCCHETTO, B. (Orgs). Habilidades para a vida: práticas da psicologia positiva para promoção de bem-estar e prevenção em saúde mental para além da pandemia. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFCSPA, 2022. v. 1. p 102 - 111.
  
- 4) Título: Intervenções em autoeficácia no contexto escolar: revisão da literatura.  
Referência: KAISER, V. ; REPPOLD, C. T. Intervenções em autoeficácia no contexto escolar: revisão da literatura. In: Caroline Tozzi Reppold; Claudio Simon Hutz. (Org.). Intervenções em Psicologia Positiva no Contexto Escolar e Educacional. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2021, v. 1, p. 159-180.
  
- 5) Título: Intervenções em regulação emocional no contexto escolar: revisão da literatura.  
Referência: REPPOLD, C. T.; KAISER, V. Intervenções em regulação emocional no contexto escolar: revisão da literatura. In: Caroline Tozzi Reppold; Claudio Simon Hutz. (Org.). Intervenções em Psicologia Positiva no

Contexto Escolar e Educacional. 1ed. São Paulo: Vetor, 2021, v. 1, p. 201-228.

**ANEXO N – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DAS REVISTAS**

<b>Revista</b>	<b>Link de Acesso</b>
Mindfulness	<a href="https://www.springer.com/journal/12671/submission-guidelines">https://www.springer.com/journal/12671/submission-guidelines</a>
Journal of Health Psychology	<a href="https://journals.sagepub.com/author-instructions/HPQ">https://journals.sagepub.com/author-instructions/HPQ</a>