

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA

NÓRTHON ROBERTO FERREIRA DE MENDONÇA

**EFEITOS DA TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS SOBRE A  
REGULAÇÃO EMOCIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO  
MAIOR**

RECIFE

2020

NÓRTHON ROBERTO FERREIRA DE MENDONÇA

**EFEITOS DA TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS SOBRE A  
REGULAÇÃO EMOCIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO  
MAIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Cognitiva.

**Área de concentração:** Psicologia Cognitiva

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Maria  
Toscano Barreto Lyra Nogueira

RECIFE

2020

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

M539e Mendonça, Nórthon Roberto Ferreira de.  
Efeitos da terapia cognitiva baseada em mindfulness sobre a regulação emocional de pacientes com transtorno depressivo maior / Nórthon Roberto Ferreira de Mendonça. – 2020.  
104 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Maria Toscano Barreto Lyra Nogueira.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Recife, 2020.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia cognitiva. 2. Transtorno depressivo maior. 3. Regulação emocional. 4. Terapia cognitiva. 5. Mindfulness. I. Nogueira, Renata Maria Toscano Barreto Lyra (Orientadora). II. Título.

153 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-254)

NÓRTHON ROBERTO FERREIRA DE MENDONÇA

**EFEITOS DA TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS SOBRE A  
REGULAÇÃO EMOCIONAL DE PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO  
MAIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Cognitiva.

Aprovada em: 28/02/2020

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Maria Toscano Barreto Lyra Nogueira (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Gonçalves de Orange (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Mirela Dantas Ricarte (Examinadora Externa)  
Universidade Federal do Piauí

---

Prof. Dr. Michael Jackson Oliveira de Andrade (Examinador Externo)  
Universidade Federal da Paraíba

Dedico este trabalho aos meus pais, Failde e José Roberto, meus apoiadores incondicionais nessa vida, que me adotaram, me deram um lar, amor, carinho e amparo. A esses dois seres eu dedico todos os meus sucessos, pois foi através deles que aprendi a ser justo, aprendi valores e aprendi que através do amor e da educação é possível mudar vidas.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, em quem confio e acredito mais do que em  $p < 0.05$  e que me deu forças para chegar até aqui.

Aos meus pais, a quem credito todas as minhas conquistas.

Aos meus irmãos, Nathalie e Roberto, minha vó Nice e toda a minha família, que sempre me deram suporte, amor e motivação.

À FACEPE, pelo apoio financeiro que tornou possível a minha pesquisa, possibilitou o bem-estar de dezenas de pessoas e contribuiu para a ciência brasileira.

Aos membros do LNeC, companheiros de laboratório com quem aprendi muito.

Ao Emanuel Cordeiro, meus pés e mãos ao longo de dois anos nesse projeto.

Aos contáveis amigos que foram muito essenciais em alguma etapa ou em todo o trajeto desse mestrado: Carol Cassiano, César, Gustavo e Marília Miranda, Wellington Martins, Hayanna Oliveira, Caio Costa, Stefânio Amaral, Elaine Duarte, Avshek Das, Gabriel Ejje, Isabela Schuler, Priscylla Duarte, Rafael Genario, Douglas Flores, Marina Peruzzolo, Celine Lira, Alexandre Reis, Renê Gibran, Paula Dourado e Flávio Cabral.

Ao Felipe Lapa, que me ensinou a essência do mindfulness e me auxiliou no uso das técnicas.

Ao professor Maurício Bueno, que me ajudou diversas vezes ao longo da pesquisa.

Aos voluntários da pesquisa, que confiaram em mim e se dedicaram ao longo de dez semanas para contribuir da melhor maneira possível.

Aos funcionários e funcionárias da UFPE, especialmente ao pessoal da limpeza, recepção, ascensores de elevador e seguranças, por manterem essa enorme instituição educacional funcionando bem.

À dona Ângela, por sua receptividade matinal e seus serviços diários impecáveis.

Ao Timóteo Leitão, secretário do Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva, por seus trabalhos e esforços fundamentais para o funcionamento desse programa.

Às auxiliares administrativas Vera e Elaine e aos estagiários, por seus trabalhos junto à secretaria.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva, por todos os ensinamentos.

Aos membros da banca, por aceitarem o convite para avaliar meu trabalho e colaborar com esse momento tão importante.

## RESUMO

O transtorno depressivo maior (TDM) possui características agudas da depressão e consiste no tipo de transtorno depressivo mais frequente. Estimativas apontam que até o presente ano (2020) a depressão será o problema de saúde mais incapacitante do mundo, tendo consequências laborais, econômicas, sociais e emocionais. No Brasil, a depressão acomete cerca de 11,6 milhões de pessoas por ano, atingindo indivíduos de diferentes faixas-etárias. Um dos componentes cognitivos que se encontra alterado no quadro do TDM é a regulação emocional, definida como um conjunto de processos responsáveis por determinar quando e como experienciamos nossas emoções. Este processo está bastante implicado com a saúde mental e, por isso, é alvo de intervenções terapêuticas. Uma abordagem terapêutica que tem exibido bons resultados no tratamento do TDM é a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT). Essa abordagem une preceitos e práticas advindas do Mindfulness, componente do budismo, com técnicas da Terapia Cognitiva. O presente estudo clínico teve como objetivo principal avaliar os efeitos de uma intervenção de MBCT sobre a regulação emocional de pacientes diagnosticados com TDM. Além disso, objetivou-se verificar os efeitos da intervenção sobre o nível de mindfulness e de depressão. Participaram do estudo 80 indivíduos (18 a 30 anos), 40 diagnosticados com TDM e 40 indivíduos saudáveis. Adotou-se o Teste de Regulação de Emoções, o Inventário de Depressão Maior e o Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness como instrumentos de avaliação em uma etapa pré-teste e uma pós-teste. A intervenção teve oito semanas de duração, com uma sessão grupal de 2h30min por semana. Os resultados mostraram que a intervenção não foi eficaz para melhora da regulação emocional ( $p > 0.05$ ). O nível de depressão no grupo clínico diminuiu significativamente ( $p < 0.01$ ) e os níveis de mindfulness do grupo clínico e do grupo controle aumentaram de forma significativa ( $p < 0.01$ ) após a intervenção. A forma de avaliação, o tempo de intervenção, o conteúdo da intervenção e outras variáveis que não controladas podem justificar os achados diferentes do que é relatado na literatura. Conclui-se que a intervenção é, de fato, eficaz para o tratamento do TDM, mas não pela via da regulação emocional. Sugestões para futuros trabalhos incluem o aumento da duração da intervenção, um controle maior de variáveis, o uso de grupo clínico controle e comparações psicométricas.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness. Transtorno Depressivo Maior. Regulação Emocional.

## ABSTRACT

Major depressive disorder (MDD) has acute features of depression and is the most common type of depressive disorder. Estimates indicate that until the present year (2020) depression will be the most disabling health problem in the world, with labor, economic, social and emotional consequences. In Brazil, depression affects about 11.6 million people per year, affecting individuals of different age groups. One of the cognitive components that is altered in the framework of TDM is emotional regulation, defined as a set of processes responsible for determining when and how we experience our emotions. This process is quite involved with mental health and, therefore, is the target of therapeutic interventions. One therapeutic approach that has shown good results in the treatment of MDD is Cognitive Therapy Based on Mindfulness (MBCT). This approach unites precepts and practices arising from Mindfulness, a component of Buddhism, with techniques of Cognitive Therapy. The present clinical study aimed to evaluate the effects of an MBCT intervention on the emotional regulation of patients diagnosed with MDD. In addition, the objective was to verify the effects of the intervention on the level of mindfulness and depression. 80 individuals (18 to 30 years old) participated in the study, 40 diagnosed with MDD and 40 healthy individuals. The Emotion Regulation Test, the Major Depression Inventory and the Five Facets of Mindfulness Questionnaire were adopted as assessment tools in a pre-test and a post-test stage. The intervention lasted eight weeks, with a group session of 2h30min per week. The results showed that the intervention was not effective for improving emotional regulation ( $p > 0.05$ ). The level of depression in the clinical group decreased significantly ( $p < 0.01$ ) and the levels of mindfulness in the clinical group and the control group increased significantly ( $p < 0.01$ ) after the intervention. The form of assessment, the time of intervention, the content of the intervention and other variables that are not controlled can justify the findings different from what is reported in the literature. It is concluded that the intervention is, in fact, effective for the treatment of MDD, but not by means of emotional regulation. Suggestions for future work include increasing the duration of the intervention, greater control of variables, the use of a clinical control group and psychometric comparisons.

**Keywords:** Mindfulness Based Cognitive Therapy. Emotional Regulation. Major Depressive Disorder

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Exemplo de sequência emocional .....	28
Figura 2 - Processo de regulação emocional.....	30
Quadro 1 - Revisão de literatura: MBCT para indivíduos com TDM.....	38
Quadro 2 - Dados sociodemográficos .....	50
Figura 3 - Fluxograma do processo de amostragem.....	51
Quadro 3 - Estatísticas descritivas – Grupo clínico e grupo controle.....	64
Gráfico 1 - Nível de depressão.....	65
Gráfico 2 - Nível de mindfulness .....	66
Gráfico 3 - Regulação emocional – Estratégias eficazes .....	67
Gráfico 4 - Regulação emocional – Estratégias ineficazes .....	68
Quadro 4 - Teste Post-hoc de Bonferroni – Grupo clínico e grupo controle.....	69
Quadro 5 - Teste Post-hoc de Bonferroni – Grupo clínico x Grupo controle.....	70

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

FFMQ Five Facets Mindfulness Questionnaire

MBCT Mindfulness Based Cognitive Therapy

MBSR Mindfulness Based Stress Reduction

MDI Major Depressive Inventory

OMS Organização Mundial da Saúde

RE Regulação Emocional

TCC Terapia Cognitivo-Comportamental

TDM Transtorno Depressivo Maior

TRE Teste de Regulação de Emoções

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
2.1	MINDFULNESS.....	16
2.1.1	Conceitos.....	16
2.1.2	Mindfulness como ferramenta terapêutica.....	19
2.1.3	Mecanismos de ação.....	23
2.1.4	Limitações.....	25
2.2	REGULAÇÃO EMOCIONAL.....	26
2.2.1	Emoções.....	26
2.2.2	Regulação das emoções.....	28
2.3	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR.....	31
2.3.1	Características.....	31
2.3.2	Neurobiologia e etiologia da depressão maior.....	32
2.3.3	Terapêuticas para o transtorno depressivo maior.....	35
<b>3</b>	<b>REGULAÇÃO EMOCIONAL, TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E OS EFEITOS DA TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS.....</b>	<b>36</b>
3.1	MBCT E TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR.....	37
3.2	MBCT E REGULAÇÃO EMOCIONAL.....	42
<b>4</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>HIPÓTESES.....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>47</b>
6.1	OBJETIVO GERAL.....	47
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
<b>7</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>48</b>
7.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	48
7.2	TIPO DE ESTUDO.....	48
7.3	LOCAL DE ESTUDO.....	48
7.4	RECRUTAMENTO, CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	48
7.5	AMOSTRA.....	49
7.6	INSTRUMENTOS.....	51
7.7	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	54
7.8	INTERVENÇÃO.....	55
7.9	ANÁLISE DE DADOS.....	62

<b>8</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>64</b>
8.1	ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS.....	64
8.2	ESTATÍSTICAS INFERENCIAIS.....	68
<b>9</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>10</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
	<b>APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico.....</b>	<b>92</b>
	<b>APÊNDICE B – Anamnese.....</b>	<b>93</b>
	<b>APÊNDICE C – Questionário para desistentes.....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE D – Diário de mindfulness.....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE E – Registro diário de pensamentos disfuncionais.....</b>	<b>97</b>
	<b>ANEXO A – Inventário de Depressão Maior.....</b>	<b>98</b>
	<b>ANEXO B – Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness.....</b>	<b>100</b>
	<b>ANEXO C – Teste de Regulação de Emoções (TRE).....</b>	<b>102</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre estimativas globais em saúde mental lançado no início de 2017, a depressão, até o corrente ano de 2020, será a doença mais incapacitante do planeta. No Brasil, estima-se que esse transtorno atinge cerca de 5,8% da população, ou seja, aproximadamente 11,6 milhões de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Esses números colocam o Brasil no topo do ranking de países com maior prevalência de depressão na América Latina e o quarto a nível mundial, se considerarmos o total de casos registrados. Lacerda e colaboradores (2009), relataram os impactos sociais, laborais e educacionais causados pela depressão, mostrando como uma soma de fatores sociais, culturais, genéticos, psicológicos e neurobiológicos pode causar e/ou manter o quadro desse transtorno e comprometer a funcionalidade dos indivíduos.

Dentre os diversos prejuízos ocasionados pela depressão, estima-se que esse transtorno, juntamente com a ansiedade, gera uma perda anual de produtividade de mais de 1 trilhão de dólares à economia global e que esse custo poderá permanecer ou aumentar até o ano de 2030, caso a qualidade e eficiência dos diagnósticos e acesso a tratamentos não aumentem (CHISHOLM et al., 2016). Os altos custos do tratamento da depressão também limitam bastante o acesso a tratamentos que sejam efetivos e apresentem menos danos colaterais, especialmente na rede pública de saúde (KESSLER, 2012; KÖNIG, KÖNIG; KONNOPKA, 2019).

Na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5, da American Psychiatric Association (APA), os transtornos depressivos apresentam-se subdivididos em Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Transtorno Depressivo Persistente (Distímia). O primeiro é definido como uma depressão aguda, enquanto que o segundo subtipo apresenta-se como uma depressão com características crônicas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O TDM é o transtorno depressivo com o maior número de casos registrados, apresentando características clássicas da depressão, tais como: humor deprimido, perda de interesse ou prazer, redução ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia, ideações suicidas, entre outros (UHER et al., 2014; OTTE et al., 2016).

O TDM está fisiopatologicamente relacionado a déficits funcionais, bioquímicos e estruturais em áreas cerebrais como o córtex pré-frontal, o córtex cingulado anterior, os gânglios da base e a amígdala, o que ocasiona e/ou mantém o comprometimento do funcionamento saudável do indivíduo (LACERDA et al., 2009; BORTOLATO, CARVALHO; MCINTYRE, 2014). O processamento emocional e outros componentes cognitivos como a

atenção, memória, percepção e funções executivas, podem ser comprometidas no quadro clínico do transtorno (KNIGHT; BAUNE, 2018; ZWART, JERONIMUS; JONGE, 2018). Essa perda cognitiva pode afetar mecanismos como a regulação emocional, cujo déficit encontra-se relacionado a alguns sintomas de domínio emocional da depressão (KOVACS, JOORMANN; GOTLIB, 2008; BAUNE; AIR, 2016).

A Regulação Emocional (RE) pode ser definida como um conjunto de processos estratégicos e automáticos que exercem influência sobre a ocorrência, duração, intensidade e expressão de uma resposta emocional, determinando como experimentamos e expressamos emoções (GROSS; THOMPSON, 2007; GROSS; JAZAIERI, 2014). Trata-se de um construto psicológico relacionado ao processamento e gerenciamento de emoções e que permite ao indivíduo lidar com as emoções de maneira adaptativa, de forma reduzir prejuízos a rotina, relacionamentos e bem-estar (GROSS, 1998; GROSS, 2015). Essa habilidade cognitiva se encontra deficitária no quadro do TDM (KOBER; OCHSNER, 2011; JOORMANN; QUINN, 2014), gerando um quadro de desregulação emocional pode atuar como elemento mantenedor dos sintomas depressivos e fator de vulnerabilidade para os pacientes que sofrem com o transtorno (EHRING et al., 2010; COMPARE et al., 2014; JOORMANN; STANTON, 2016).

A literatura indica que intervenções que fortalecem estratégias de regulação emocional são importantes para o tratamento do transtorno depressivo maior e para a melhoria da saúde mental como um todo (BERKING et al., 2008; LIU; THOMPSON, 2017). Nesse sentido, as intervenções de cunho psicossocial, como é o caso de algumas psicoterapias, são recomendadas pela literatura pois apresentaram efetividade na mudança de julgamento em relação a emoções (ERK et al., 2010; LEAHY, TIRCH; NAPOLITANO, 2013; RADKOVSKY et al., 2014).

Dentre as terapêuticas que têm apresentado eficácia no tratamento do transtorno depressivo maior e no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional, as intervenções baseadas em *mindfulness* parecem contribuir na redução de sintomas comportamentais e cognitivos. *Mindfulness Based Interventions* (MBI's) é o termo em inglês utilizado para referir práticas direcionadas a redução do estresse e promoção do bem-estar através do desenvolvimento de habilidades específicas, tendo o *mindfulness* como ponto central de suas práticas e técnicas (CRESWELL, 2017; GOLDBERG et al., 2018).

*Mindfulness*, também chamado de atenção plena ou consciência plena, é um termo genérico que abarca um conjunto de práticas, traços e estados mentais, possuindo diferentes conceitos, modelos e definições (DAVIDSON; KASZNIAK, 2015; GIRARD; FEIX, 2016). Pode ser amplamente definido como uma forma de autorregulação da atenção, de maneira a focar em cada momento presente, sem julgamento e de forma não-reativa, proporcionando um

melhor contato com a experiência interna e externa (LANGER; MOLDOVEANU, 2000; KABAT-ZINN, 2015).

Uma das principais MBI's já propostas e estudadas é a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness, do inglês Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; SEGAL, WILLIAMS; TEASDALE, 2002; KABAT-ZINN, 2003b). A MBCT foi criada tendo como base a primeira MBI existente, a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), que é uma intervenção com foco no tratamento de dores crônicas, estresse e ansiedade e foi criada por Jon Kabat-Zinn, o principal expoente das práticas de mindfulness no ocidente (KABAT-ZINN, 1982; KABAT-ZINN; CHAPMAN-WALDROP, 1988; KABAT-ZINN, 2003a). A MBCT une preceitos e técnicas da terapia cognitiva (BECK, 1993) ao protocolo criado por Jon Kabat-Zinn, tendo como principais objetivos o tratamento de pacientes com depressão resistente e a diminuição de recaídas em pacientes depressivos, mas sendo utilizada também como intervenção para outros tipos de depressão e outros transtornos mentais (SIPE; EISENDRATH, 2012; XIE et al., 2014).

A Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness apresenta eficácia no tratamento do transtorno depressivo maior, proporcionando melhoras nos níveis de depressão, níveis de ansiedade, índice de ideação suicida, ruminação e recaídas, e estando relacionada a modulações em regiões cerebrais implicadas na fisiopatologia do TDM, como o córtex pré-frontal, os gânglios da base e o córtex cingulado anterior, regiões relacionadas com processos como a autoconsciência, a atenção e a regulação emocional (LIBERALI, 2017; VIGNAUD et al., 2018). A MBCT também já foi utilizada visando a regulação emocional em pacientes com TDM. De uma forma geral, foi possível identificar uma melhora na regulação das emoções nos pacientes, embora seja necessário explorar mais estratégias de regulação emocional nesse contexto, assim como avaliar por diferentes instrumentos (CORCORAN et al., 2009; FARB, ANDERSON; SEGAL, 2012; HUANG et al., 2019).

Visto isso, torna-se importante investigar o papel da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness sobre a regulação emocional de pacientes com transtorno depressivo maior. A MBCT é economicamente mais acessível a população, além de não apresentar efeitos colaterais adversos e não ser invasivo. Trata-se de uma classe de tratamento alternativo e/ou complementar que tem ganho bastante destaque no campo da psicologia e da saúde em geral. Desta forma, torna-se relevante pesquisar os efeitos de uma intervenção dessa modalidade de terapia em elementos importantes para o processamento emocional e cognitivo (como a regulação emocional) de indivíduos acometidos por um transtorno mental que costuma afetar esses elementos.

Investigar essa temática sob a episteme da psicologia cognitiva é importante, pois dentro deste escopo é possível obter uma melhor compreensão de processos cognitivos disfuncionais dentro do quadro do TDM. Cabe destacar ainda que este trabalho possuiu relevância, pois se propôs a investigar o impacto de um protocolo de MBCT sobre os níveis de depressão, níveis de mindfulness e níveis de regulação das emoções, utilizando-se de instrumentos relativamente recentes na literatura e de medidas diferentes do usual. Espera-se com este trabalho contribuir para o aperfeiçoamento e redução dos custos do tratamento do transtorno depressivo maior, além de estabelecer avanços nessa temática no campo da pesquisa psicológica clínica e pré-clínica.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 MINDFULNESS

#### 2.1.1 Conceitos

O mindfulness tornou-se um conjunto de técnicas bastante difundido no ocidente, porém tem sua origem nos ensinamentos da filosofia e tradições budistas, onde é considerado um dos sete fatores de iluminação para o desenvolvimento da sabedoria (GERMER, SIEGEL; FULTON, 2015). *Sati* é a palavra que representa mindfulness nos ensinamentos budistas, onde apresenta um significado metafísico relacionado à religião e a relação do homem com o mundo (NILSSON; KAZEMI, 2016a). *Sati* está relacionada a palavras como atenção, consciência e lembrança, implicando-se em posturas budistas de equilíbrio, atenção correta e concentração e gerando o desenvolvimento de qualidades positivas como a compaixão, a equanimidade e a empatia (SIEGEL, GERMER; OLENDZKI, 2009). Na literatura acerca do budismo, mindfulness pode estar relacionado também a um estado mental e fluxos de consciência específicos (OLENDZKI, 2011).

No ocidente, o mindfulness ganhou concepções teóricas e aplicações relativamente diferentes do original, passando a ser utilizado como uma ferramenta para o tratamento de transtornos e patologias no campo da saúde e recebendo traduções como “atenção plena” e “consciência plena” (DAVIDSON; KASZNIAK, 2015; CEBOLLA; DEMARZO, 2016). Na literatura ocidental também é possível encontrar o mindfulness como um construto teórico; como um conjunto de exercícios para cultivar um certo padrão de pensamentos e comportamentos; ou mindfulness como um processo psicológico que envolve mecanismos de ação no cérebro. Diferentes conceitos e modelos acerca do mindfulness foram cunhados desde a década de 1970 e a vasta quantidade de definições pode ser vista como um problema nesse campo de estudo (GIRARD; FEIX, 2016; NILSSON; KAZEMI, 2016b).

Kabat-Zinn definiu mindfulness como a consciência que emerge quando o indivíduo presta atenção em um propósito, focado no momento presente, sem julgamento, sem reatividade, observando e compreendendo a experiência momento a momento com uma atitude amistosa (KABAT-ZINN, 1982; KABAT-ZINN, 1994). No conceito mais difundido nessa área de pesquisa, o autor descreve mindfulness também como um estado de consciência que resulta de estar ciente de mudanças contínuas no conteúdo da consciência: percepções, emoções, sensações físicas, imagens e pensamentos (KABAT-ZINN, 2003a).

Em um outro conceito, Langer definiu mindfulness a partir do que este não seria. Então formulou o termo “mindfulness”, que representa um estado comum aos humanos, um modo de

estar no “piloto automático”, repleto de hábitos, regras e padrões que são repetidos diariamente sem que haja uma reflexão sobre o que se está fazendo. Para a autora, mindfulness seria visto então como uma atenção plena às situações diárias, bem como pensamentos, emoções, comportamentos. Tal atenção plena permitiria ao indivíduo um maior envolvimento com o momento presente, com as relações e ações (LANGER, 1989).

Shapiro e Schwartz (2000), posteriormente, cunharam um modelo de mindfulness envolvendo um novo componente: a intenção. O modelo intitulado *Intentional Systemic Mindfulness* (Mindfulness Sistêmico Intencional) postula que a qualidade da atenção no mindfulness é um fator importante e que, para que haja um melhor funcionamento do processo de auto-regulação na atenção plena, a intenção com a qual essa atenção é direcionada pode ser crucial. Sendo assim, consideram que o “porquê” utilizar o mindfulness e o “como” utilizar podem promover a cura em múltiplos níveis. Para esses autores, mindfulness é trazer para a atenção consciente qualidades de atenção cognitivo-afetiva, tais como aceitação, paciência, abertura, desapego, gratidão, empatia, gentileza e bondade amorosa (KABAT-ZINN, 1990) e aplicá-las a um fim, de forma a cultivar todas as qualidades.

Bishop et al. (2004), sugeriram uma definição operacional, criando um modelo de mindfulness composto por dois componentes: a autorregulação da atenção para que ela possa ser mantida na experiência imediata e a abertura às experiências do presente, caracterizada por aceitação à experiência e curiosidade em experimentar abertamente os próprios pensamentos, sensações e sentimentos. Em relação a autorregulação da atenção, são necessárias habilidades de manter a atenção a um estímulo e trocar intencionalmente o foco. Desta forma, estar em mindfulness é estar em um estado no qual é possível se manter vigilante durante um período de tempo, focando nos eventos presentes, mas também quando se consegue retornar a atenção ao estímulo anterior quando surgem pensamentos, sentimentos, sensações ou qualquer outro estímulo distrativo. Os autores salientam que a autorregulação da atenção não significa supressão de pensamentos, mas sim uma atitude flexível de foco ao estímulo principal (normalmente a respiração), de forma que no momento presente não sejam realizadas elaborações ou interpretações, mas que ocorra apenas a experiência tal como ela é. Assim sendo, o componente da autorregulação da atenção estaria relacionado à seleção do estímulo.

O segundo componente descrito por Bishop e colaboradores (2004) possui um teor qualitativo em relação à experiência e envolve uma postura caracterizada por curiosidade, abertura e aceitação em relação a tudo o que surgir na consciência. Tal postura permite ao indivíduo observar a si mesmo, alcançando uma compreensão melhor dos seus próprios

pensamentos e sentimentos. Esse constante auto monitoramento, de acordo com os autores, permite que o indivíduo reflita mais e consiga, portanto, formular associações diferenciadas e mais integradas entre cognição e afeto. Os autores definem mindfulness como um estado de consciência que ocorre quando a atenção é autorregulada para um determinado estímulo, de maneira flexível, com abertura e aceitação a experiência, podendo ser desenvolvida e treinada, assim como qualquer outra habilidade.

Nilsson e Kazemi (2016b), analisaram 308 estudos empíricos e teóricos e encontraram 33 definições diferentes para o que seria mindfulness. Em comum a essas 33 definições, foram encontrados 4 elementos centrais: atenção e consciência, centralidade no presente, eventos externos e cultivo. Entretanto, um elemento central que não está presente nos conceitos ocidentais foi encontrado e serviu como base para a formulação de uma nova definição de mindfulness. Esse quinto elemento central a ser encontrado foi intitulado como atenção ética ou espírito ético e está relacionado a uma dimensão social da atenção plena, mostrando que o mindfulness pode ser utilizado como uma ferramenta sociopolítica capaz de contribuir para a justiça, paz e equilíbrio ecológico no mundo. Assim, acreditando que esse elemento supriria as lacunas deixadas pelas definições ocidentais de atenção plena em relação as definições originais budistas de *Sati*, os autores definiram mindfulness como um tipo particular de prática social que leva o praticante a uma atitude ética, consciente e intencionalmente situada no aqui e agora.

Partindo de uma perspectiva recente e ainda pouco explorada, Holas e Jankowski (2013), elaboraram um modelo cognitivo de mindfulness, alegando que os principais processos que levam a um estado de atenção plena são cognitivos. No entanto, é importante salientar que, de acordo com a visão budista, mindfulness abrange um conjunto de aspectos cognitivos, éticos e dimensões emocionais (KABAT-ZINN, 1990; GROSSMAN, 2010). Holas e Jankowski descreveram mindfulness como um construto de duas facetas: 1- um estado intencional de meta-consciência (consciência de estar ciente de algo); 2- uma atitude dotada de abertura e receptividade ao conteúdo da experiência. Desta forma, definiram atenção plena como um estado de meta-consciência que é evocado e sustentado através da cooperação entre algumas funções executivas e processos atencionais, sendo um estado caracterizado por uma postura aberta e receptiva em relação a experiência do momento presente.

É importante destacar que há três concepções mais globais sobre o que pode ser o mindfulness: uma característica; estado resultante de práticas; ou práticas propriamente ditas (SIEGEL; GERMER; OLENDZKI, 2009; NILSSON; KAZEMI, 2016b). No primeiro caso, o mindfulness é considerado como uma característica inerente ao ser humano, um traço que uns possuem mais desenvolvido que outros, podendo ter alguma relação com fatores de

personalidade ou outros fatores psicológicos, sociais ou biológicos do indivíduo (BAER et al., 2008; TANG; HÖLZEL; POSNER, 2017). Também chamado de Mindfulness Disposicional, esse traço poderia ser aprimorado ao longo da vida a partir de determinadas experiências de vida ou treinamentos (BROWN; RYAN; CRESWELL, 2007; BLACK, 2011; QUAGLIA et al., 2016). Na segunda concepção, o mindfulness é visto como um conjunto de práticas e técnicas que incluem yoga, meditações e técnicas corporais e psicológicas que levam o indivíduo a um bem-estar geral (BROWN; RYAN; CRESWELL, 2007; BLACK, 2011; QUAGLIA et al., 2015).

Já na terceira concepção, que tem como maior expoente Jon Kabat-Zinn (KABAT-ZINN, 1990; 2015), a atenção plena é vista como um estado mental resultante de práticas de mindfulness, também podendo ser chamada de estados mindfulness (BROWN; RYAN; CRESWELL, 2007; QUAGLIA et al., 2016). Essas práticas são comumente encontradas em intervenções baseadas em mindfulness e outros tipos de terapia (BLACK, 2011) e seu exercício regular poderia levar o indivíduo a desenvolver estados de consciência mais refinados, atingindo estados de mindfulness com maior facilidade (FALKENSTRÖM, 2010; QUAGLIA et al., 2016; TANG; HÖLZEL; POSNER, 2017). No presente estudo, adotou-se esta última concepção, visto que foi implementada uma intervenção cujo objetivo principal é gerar estados mindfulness em indivíduos para combater problemas específicos, tal qual Kabat-Zinn fez quando utilizou o mindfulness como uma ferramenta terapêutica, como veremos a seguir.

### **2.1.2 Mindfulness como ferramenta terapêutica**

Jon Kabat-Zinn é amplamente reconhecido como o primeiro no ocidente a aplicar os fundamentos da atenção plena na saúde como uma ferramenta terapêutica (KENG, SMOSKI; ROBINS, 2011). Em meados dos anos 80, na Clínica de Redução do Stress da Escola Médica da Universidade de Massachusetts, aplicou um protocolo terapêutico baseado em mindfulness para pacientes com dor crônica e altos níveis de estresse (KABAT-ZINN, 1982). Inspirado no conceito budista de atenção plena, o autor adaptou o mindfulness a posturas de yoga e tipos de meditação e, de forma empírica, testou a eficácia (KABAT-ZINN; CHAPMAN-WALDROP, 1988).

A partir dos estudos iniciais de Jon Kabat-Zinn, houve uma eclosão de novos estudos, dando origem a novos protocolos clínicos, embasando e solidificando o uso do mindfulness como uma ferramenta terapêutica para vários problemas de saúde e transtornos mentais (KABAT-ZINN, 1994; BAER, 2003). Intervenções utilizando o mindfulness (CRESWELL,

2017) foram testadas sob diferentes fundamentos teóricos em áreas como a medicina (LUDWIG; KABAT-ZINN, 2008), a psicologia (SHAPIRO, 2009) e a fisioterapia (PIKE, 2008), por exemplo. Práticas de mindfulness podem funcionar como intervenção em saúde (MARS; ABBEY, 2010) e possuem eficácia na aplicação atenção primária em saúde (DEMARZO et al., 2015).

No campo da psicologia, mindfulness possui aplicação no tratamento de diversos transtornos mentais (GOLDBERG et al., 2018) e é utilizado em algumas abordagens psicoterapêuticas como a Terapia Comportamental Dialética (LINEHAN, 1993), a Terapia de Aceitação e Compromisso (HAYES; STROSAHL, 2004), a Terapia Breve Relacional (SAFRAN; MURAN, 2005) e a Terapia Focada em Compaixão (GILBERT, 2009). De acordo com Germer, Siegel e Fulton (2015), há dois tipos de intervenções que utilizam o mindfulness: as intervenções informadas em mindfulness, como é o caso das abordagens psicoterapêuticas citadas acima, e as intervenções baseadas em mindfulness. O que difere ambas é que o primeiro tipo utiliza-se de alguns fundamentos ou técnicas relacionadas ao mindfulness durante o processo terapêutico, enquanto que o segundo tipo tem em seu escopo teórico e prático a predominância de conceitos e técnicas voltadas a atenção plena, envolvendo inclusive práticas que vão para além dos encontros entre terapeuta e paciente (CHIESA; MALINOWSKI, 2011; CULLEN, 2011; CRANE et al., 2017).

Existem diversas intervenções baseadas em mindfulness (MBI's), dentre as quais podemos destacar a *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; KABAT-ZINN, 1990; 2003a), a *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP; WITKIEWITZ, MARLATT; WALKER, 2005), a *Mindfulness-Based Health Wellness* (SINGH et al., 2008), a *Mindfulness-Based Elder Care* (MBEC, 2008), a Promoção de Saúde Baseada em Mindfulness (PSBM; DEMARZO; GARCIA-CAMPAYO, 2015), o *Mindful Eating* (LOFGREN, 2015) e a *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; SEGAL, WILLIAMS; TEASDALE, 2002), traduzida como Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness.

As MBI's possuem algumas características elementares, tais como: há um programa a ser seguido, envolvendo teoria e prática; normalmente são ministradas/dirigidas por um instrutor/professor capacitado; possuem, de forma geral, entre 6 e 10 semanas de duração; são compostas por sessões presenciais (geralmente uma por semana) e atividades práticas a serem realizadas entre uma sessão e outra; são formadas por práticas formais e práticas informais; possuem um teor psicoeducativo, seja em relação a um problema específico, como a depressão, ou em relação ao cultivo da atenção plena; ênfase na prática do mindfulness como componente pedagógico central; afastamento de um viés religioso do mindfulness e aproximação de um viés

mais contemporâneo, ocidental e científico; buscam permitir a acessibilidade ao maior público possível, independentemente de sua cultura, religião e valores; exigem um esforço e treinamento em controlar o foco atencional, objetivando promover “*insights*” e auto-regulação (KABAT-ZINN, 2003b; CULLEN, 2011; CRANE et al., 2017; CRESWELL, 2017).

Primeiro programa de intervenção baseado em mindfulness, o *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), traduzido como Redução de Estresse Baseado em Mindfulness, surgiu em um porão da escola de medicina da Universidade de Massachusetts, onde depois foi criado o Centro de Atenção Plena em Medicina. O programa, que serviu como modelo e inspiração para basicamente todas as outras MBI's, possui como características centrais os seguintes pontos: oito semanas de duração, sendo uma sessão por semana; cada sessão possui tempo de duração variando entre duas horas e duas horas e meia; os participantes praticam exercícios e técnicas entre uma sessão e outra, registrando relatos de cada experiência em formulários; há utilização de materiais audiovisuais nas sessões e, principalmente, nas práticas fora das sessões; as sessões ocorrem em formato grupal, com quantidade de participantes variando entre 10 e 20 pessoas; pode ser ministrado em clínicas, hospitais e universidades e similares; pode ser aplicado como um complemento ao tratamento de patologias suscetíveis ao estresse, como o câncer, fibromialgia, psoríase, recuperação pós-cirurgia bariátrica, etc.; também é aplicável a públicos vulneráveis ao estresse, tais como ex-combatentes de guerra, policiais, médicos, professores, pacientes com níveis altos de ansiedade, etc. (KABAT-ZINN, 1994; KABAT-ZINN, 2003a). Para levar o paciente ao enfrentamento do sofrimento e estresse, a MBSR propõe adotar atitudes específicas durante a prática dos exercícios do programa, todos eles advindos do Zen-budismo: não julgar, ser paciente, ter mente de principiante, confiar na própria bondade e sabedoria, não se esforçar para qualquer alvo, aceitar e deixar passar (KABAT-ZINN, 1982; KABAT-ZINN, 1990). As práticas centrais do programa são cinco: atenção na vida cotidiana, meditação estática, meditação caminhando, escaneamento cuidadoso do corpo e práticas de movimento consciente do corpo através do Hatha Yoga (KABAT-ZINN, 1994). Objetivando levar o indivíduo a estados de consciência refinados através do cultivo da atenção e do corpo, o protocolo da MBSR inclui em seu escopo o cultivo informal da atenção plena, envolvendo em cada sessão temas relacionados a aspectos da vida cotidiana, como: comida, relacionamentos, trabalho, sociedade, natureza, estresse, etc. (KABAT-ZINN, 2003a).

Segal, Williams e Teasdale (2002) sugeriram uma intervenção baseada em mindfulness inspirada no protocolo de Kabat-Zinn, com o intuito de evitar recaídas em pacientes com depressão recorrente. Partindo do pressuposto de que recaídas em pacientes depressivos se dão em decorrência do surgimento de padrões de pensamentos negativos, os autores propuseram

uma intervenção de viés cognitivo para o enfrentamento desses padrões: a *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) – Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MACKENZIE; KOCOVSKI, 2016). O programa MBCT envolve uma adaptação do protocolo MBSR com o uso de técnicas da Terapia Cognitiva de Aaron Beck (BECK, 1993). No entanto, a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness se difere das terapias cognitivas clássicas, que se concentram na mudança de conteúdo do pensamento do paciente, pois tem abordagem mais contextual/relacional (HICK; CHAN, 2010; SIPE; EISENDRATH, 2012).

A MBCT, a partir de uma abordagem contextual, tem por objetivo incentivar os indivíduos a se tornarem mais conscientes de seus eventos internos (pensamentos, emoções, sensações corporais), a fim de mudar as maneiras com que os indivíduos se relacionam com esses eventos, principalmente os pensamentos e emoções negativas e ruminativas (SEGAL; TEASDALE, 2018). Na prática, por exemplo, os participantes do programa são estimulados a ver seus pensamentos como eventos mentais passageiros, ao invés de tratá-los como se fossem o exato retrato da realidade. De acordo com os criadores do protocolo, o desligamento de padrões cognitivos negativos, como a ruminação, reduz o risco de recaídas (SEGAL, WILLIAMS; TEASDALE, 2002).

O protocolo original da MBCT consiste em oito sessões de aproximadamente duas horas de duração, sendo uma sessão por semana. As práticas consistem em vários tipos formais e informais de meditação, incluindo escaneamentos corporais guiados, meditação sentado e andando, movimento conscientes de Hatha Yoga, respiração conscientes de três minutos e o foco sobre o uso da atenção plena nas atividades diárias de rotina. As primeiras sessões envolvem mais meditações guiadas e curtas, dirigindo o foco atencional para a respiração ou sensações corporais. Posteriormente, os participantes são incentivados a praticarem de forma mais independente e a expandir a atenção para a consciência de eventos mentais, como pensamentos e emoções. Entre as sessões, os participantes do programa recebem tarefas de casa para realizarem. Tais tarefas são um elemento essencial do protocolo e incluem, normalmente, 45 minutos de práticas de atenção plena por dia, consistindo em meditações, técnicas mais corporais ou mais contextuais e geralmente com o uso de instruções gravadas em áudio (SEGAL, WILLIAMS; TEASDALE, 2002; SIPE; EISENDRATH, 2012).

A MBCT para depressão abarca elementos da terapia cognitiva e psicoeducação sobre o transtorno. São apresentados dados epidemiológicos e dados gerais sobre o problema em questão, sintomas, tratamentos e outras características. Os participantes passam ter um entendimento melhor sobre o quadro clínico que os afeta e também passam a entender que tentar resistir ou evitar pensamentos ou sentimentos indesejados pode na verdade intensificar o

sofrimento e perpetuar o estado depressivo, em vez de saná-lo. Faz parte do protocolo também apoiar os participantes a completar de forma consciente, com atenção plena, atividades de vida diária, como tomar banho e escovar os dentes, e atividades que melhoram o bem-estar, como assistir a um filme, ouvir música ou dar um passeio. Com tudo isso, os pacientes desenvolvem uma acurácia maior para identificar sinais de alerta de recaídas ou agravamento de sintomas, e passam a ter mais capacidade para criar planos de ação caso isso ocorra (KUYKEN et al., 2010; SEGAL; TEASDALE, 2018).

Na literatura há relatos da aplicação e eficácia da MBCT para a prevenção de recaídas em casos de depressão recorrente, bem como o uso e eficácia no tratamento de outros transtornos mentais, como transtornos de ansiedade, esquizofrenia e transtornos alimentares (XIE et al., 2014; GOLDBERG et al., 2018). Há relatos também de eficácia da MBCT no tratamento de pacientes com o quadro depressivo ativo (MACKENZIE; KOCOVSKI, 2016; GOLDBERG et al., 2019). O refinamento dos estudos e o direcionamento do protocolo para os mais diversos tipos de amostras, evidenciaram que a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness pode ser eficaz no tratamento do transtorno depressivo maior (LIBERALI, 2017; WANG et al., 2018), servindo tanto como tratamento primário, quanto como tratamento complementar a via farmacoterapêutica, e incrementando, dentre vários fatores, processos como a regulação emocional (ROEMER, WILLISTON; ROLLINS, 2015; GUENDELMAN, MEDEIROS; RAMPES, 2017).

### **2.1.3 Mecanismos de ação**

Há um esforço de pesquisadores de diferentes linhas para tentar compreender o funcionamento da atenção plena na mente humana. A revisão de Kuyken e colaboradores (2010) verificou que os efeitos do tratamento da MBCT são mediados pelo aumento da autocompaixão e da atenção. Esse estudo forneceu a primeira evidência de um mediador dos efeitos da MBCT e verificou também que a reatividade cognitiva se apresenta diminuída, em média, até 15 meses após o tratamento em indivíduos que continuam praticando regularmente.

Esses achados são consistentes com definições teóricas que postulam que a MBCT é um treinamento de conscientização, atenção e não reatividade que permite que o indivíduo conscientemente perceba pensamentos, emoções e sensações, em vez de reagir automaticamente (KUYKEN et al., 2010). Os resultados obtidos nesse estudo primário convergem com os de uma revisão sistemática realizada posteriormente (ALSUBAIE et al., 2017). Nesse estudo mais recente, entretanto, os níveis de atenção plena verificados através de instrumentos de auto-relato mostraram maior consistência em termos de mediação dos

resultados clínicos. Embora o aumento da autocompaixão, o aumento da atenção e a diminuição da ruminação e da reatividade emocional tenham sido considerados como potenciais mediadores dos efeitos tanto da MBCT quanto do MBSR em indivíduos com diferentes distúrbios, a maioria dos estudos considerou a atenção plena como um mediador universal (ALSUBAIE et al., 2017).

Partindo da perspectiva cognitiva de atenção plena (HOLAS; JANKOWSKI, 2013), Jankowski e Holas (2014), propuseram um modelo metacognitivo de mindfulness para tentar explicar os mecanismos de ação. De acordo com esse modelo, a atenção plena envolve dois níveis de cognição: O nível mais baixo se refere a *qualia*, que versa sobre as qualidades da experiência (percepções, por exemplo) e o nível superior envolve a consciência em relação a *qualia* e ao objeto da experiência no momento presente (emoções, sensações corporais, pensamentos, etc.). Juntos, esses dois processos possibilitam uma metaconsciência refinada em relação a experiência. Com isso, o mindfulness funcionaria como um processo de regulação consciente e intencional da atenção, recrutando processos como as funções executivas, para possibilitar a diminuição de dissociações entre consciência e meta-consciência (JANKOWSKI; HOLAS, 2014). Em outras palavras, quando visto como uma prática metacognitiva, o mindfulness é um método que ajusta o processamento de informações às situações atuais, fazendo com que o indivíduo se relacione de forma consciente com o conteúdo da experiência (KUDESIA, 2019).

Uma outra linha de raciocínio propõe que a atenção plena é, na verdade, uma estratégia de regulação emocional que envolve processos “*top-down*” e “*bottom-up*” (CHIESA; SERRETTI; JAKOBSEN, 2013). Essa proposição abarca duas concepções distintas existentes na literatura ocidental: na primeira concepção, o treinamento de mindfulness é definido como um aumento da atenção a experiência do momento, sem julgamento e sem tentativa de regular ou reavaliar cognitivamente emoções e estímulos externos, especialmente os desagradáveis. Nesse sentido, a atenção plena estaria relacionada com processos “*bottom-up*” ao tratar-se de um processo imediato de controle atencional a fatores externos, visando o bem-estar e equilíbrio emocional (BROWN; RYAN; CRESWELL, 2007; CHAMBERS; GULLONE; ALLEN, 2009; CHIESA; SERRETTI; JAKOBSEN, 2013). A segunda concepção define o mindfulness como um elemento central que facilita a reavaliação positiva. Assim, a atenção plena estaria relacionada a processos “*top-down*”, ao recrutar regiões do córtex pré-frontal envolvidas na reavaliação emocional (HOFMANN; ASMUNDSON, 2008; GARLAND; GAYLORD; PARK, 2009; GARLAND et al., 2010).

Greccucci e colaboradores (2015a) concluíram que há um circuito neural envolvido na regulação emocional através da atenção plena composto por: córtex pré-frontal (CPF), córtex cingulado anterior (CCA), amígdala (AMG) e ínsula (ISL). Esse circuito envolve regiões de controle “*top-down*”, como o córtex pré-frontal e o córtex cingulado anterior, e regiões de controle “*bottom-up*”, como a amígdala e a ínsula. Essas regiões (CPF-CCA e AMG-ISL) interagem entre si durante as práticas, gerando maior conscientização e conhecimento das emoções. O aumento da frequência de prática da atenção plena aprimora as conexões entre CPF-CCA e AMG-ISL, o que acaba também melhorando a discriminação de estímulos e os processos atencionais (CHIESA; SERRETTI; JAKOBSEN, 2013).

Hölzel e colaboradores (2011), sugeriram que a prática da atenção plena compreende um processo de auto-regulação aprimorado composto por elementos distintos, mas inter-relacionados: regulação da atenção, consciência corporal, regulação emocional e a mudança de perspectiva do eu. Esses processos seriam aprimorados pela prática de mindfulness através do aumento da ativação de diferentes porções do córtex pré-frontal, redução da atividade da amígdala e aumento da associação inibitória entre a atividade da amígdala e regiões do córtex pré-frontal. Tang, Hölzel e Posner (2015), sugeriram que a atenção plena inclui três componentes que interagem estreitamente para formar um processo de auto-regulação aprimorado: aumento do controle atencional, regulação emocional melhorada e autoconsciência alterada. Esses elementos seriam alcançados através de um conjunto de melhorias na ativação de regiões cerebrais como o córtex pré-frontal, o hipocampo, o córtex cingulado anterior, o corpo caloso, córtices sensoriais e ínsula.

#### **2.1.4 Limitações**

Apesar de tantas evidências de eficácia, as MBI's recebem críticas e apresentam certas limitações, como qualquer outro campo de estudo. De acordo com Purser e Loy (2013), criou-se um ambiente em torno da atenção plena que a afasta muito de suas verdadeiras origens. Segundo os autores, o que eles chamaram de “*McMindfulness*” é fruto do uso estilo “*fast food*”, capitalista, secularizado e despojado que tem sido feito do conceito budista, de forma que utilizam o mindfulness como uma ferramenta para combater o estresse pessoal e outros problemas em diferentes áreas da vida cotidiana. Segundo essa ideia, a atenção plena parece oferecer uma panaceia para resolver quase todos os problemas, mas que não ataca a raiz do problema básico que é de origem social. Essa linha de raciocínio prega que devemos trabalhar maneira árdua para criar uma sociedade mais serena, na qual a vida avance em ritmo lento e prazeroso. Para conseguir isso, a prática da atenção como um estilo de vida pode ajudar, desde

que seja mais próxima do conceito original: envolvendo compaixão, harmonia social, empatia e outros valores (PURSER; LOY, 2013; HYLAND, 2016).

Van Dam e colaboradores (2018), apresentaram críticas científicas e metodológicas ao campo de estudo do mindfulness. Os autores apresentaram quatro pontos para criticar a falta de rigor das pesquisas dessa área: **1- A grande variedade de conceitos para o termo mindfulness**, algo que pode gerar ambiguidades semânticas e problemas na construção de instrumentos de avaliação; **2- Problemas de replicação**, aos quais os pesquisadores indicam que poucas metanálises são realizadas e, quando são realizadas, não costumam ter suas sugestões para estudos futuros adotadas em novos estudos; **3- Falta de uniformidade e controle no desenho dos estudos, o que envolve, por exemplo, a falta de um amplo controle de variáveis**, especialmente onde respostas definitivas ainda não foram encontradas; **4- Falta de modéstia nos relatos de estudos de neurociência**, especialmente os estudos de neuroimagem, o que tende a propagar uma imagem superestimada da prática.

De acordo com Segal, Williams e Teasdale (2002), a MBCT foi projetada especificamente para indivíduos que estavam deprimidos no passado, mas que se encontram relativamente bem quando começam o programa. Assim, a intervenção não visa pacientes que em fase aguda da depressão, devido à baixa concentração e maior intensidade de pensamento negativo nesses pacientes, o que afetaria seu foco e atenção. Porém, os achados da literatura mostram que quanto mais ativamente deprimidos, mais os participantes da MBCT mostram melhora nos escores de depressão. Há maior evidência de eficácia da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness em indivíduos com TDM recorrente, para evitar recaídas, mas ainda é limitada e inconclusiva a eficácia da MBCT em pacientes na fase aguda do transtorno (HICK; CHAN, 2010).

## 2.2 REGULIZAÇÃO EMOCIONAL

### 2.2.1 Emoções

Existe uma grande gama de teorias sobre emoções, não havendo um consenso sobre a definição e os mecanismos subjacentes (DIAS; CRUZ; FONSECA, 2008; TRACY; RANDELES, 2011). Para a neurociência, a emoção é uma resposta do sistema nervoso central a um estímulo interno (pensamentos) ou ambiental (situação) e consiste em um conjunto de experiências subjetivas e manifestações fisiológicas e comportamentais (LENT, 2010; KANDEL et al., 2014).

Abordagens localizacionistas falharam ao propor que as emoções estariam restritamente relacionadas a algumas regiões do sistema nervoso central, embora saiba-se que algumas

regiões do conhecido sistema límbico exercem, de fato, um papel fundamental no processamento e expressão emocional (LINDQUIST et al., 2012). Porém, a abordagem neurocognitiva mais moderna para pensarmos as emoções é a neurociência construtivista. Essa abordagem propõe que as emoções são construídas pela relação de diversas redes neurais (LINDQUIST et al., 2012; KRAGEL; LABAR, 2016).

Fortalecendo esta abordagem, recentes estudos de neuroimagem mostraram que diferentes emoções (básicas ou não) possuem diferentes substratos neurais, tendo padrões distintos de ativação de circuitos corticais e subcorticais e gerando consequências cognitivas e comportamentais distintas (LINDQUIST et al., 2012; SAARIMÄKI et al., 2018). As emoções envolvem redes neurais em larga escala, envolvendo diferentes regiões sensoriais, tomada de decisão e memória e as experiências individuais de cada sujeito estão intimamente ligadas com essa construção. Através dessa abordagem é possível entender porque cada emoção é sentida de formas subjetivas diferentes (KRAGEL; LABAR, 2016; PESSOA, 2017).

Diferentes modelos hipotetizaram a existência de emoções básicas (TRACY; RANDELES, 2011). Plutchick (1980), partindo de uma perspectiva psicoevolucionista, definiu as emoções como uma forma de comunicação dirigida a adaptação e/ou sobrevivência. Em sua teoria das emoções, Plutchick propôs oito emoções básicas: alegria, aceitação, medo, surpresa, tristeza, aversão (nojo), antecipação e raiva (PLUTCHICK, 2003; LIRA, 2017). Tais emoções básicas diferem quanto a intensidade de sua expressão e apresentam similaridades (por exemplo: raiva e medo são similares) ou polaridades (por exemplo: alegria e tristeza são pólos opostos).

Plutchick também afirma que as emoções estão relacionadas a outros processos mentais, de forma que uma emoção está sempre implicada a uma cognição (pensamento) e um comportamento. Dessa forma, partindo do pressuposto de que emoções são processos adaptativos que possuem um propósito na vida do indivíduo, o autor propôs que há uma sequência emocional (Figura 1) que se inicia com um estímulo e é seguido por uma cognição (pensamento) e depois por um estado emocional, gerando um comportamento observável que possui um efeito (adaptativo ou de sobrevivência) na vida do sujeito (PLUTCHICK, 2003; LIRA, 2017).

**Figura 1. Exemplo de sequência emocional (PLUTCHICK, 2003, apud LIRA, 2017)**

Estímulo	Cognição	Estado emocional	Comportamento observável	Efeito
Ameaça	Perigo	Medo	Fuga	Se salvar

Estudos da ciência cognitiva hipotetizaram que a experiência emocional depende, primeiramente, de dois fatores: os processos “*bottom-up*”, como a atenção e a percepção, e os processos “*top down*”, como a avaliação da situação com base nos conhecimentos prévios de experiências anteriores. De acordo com essa linha de pesquisa, é possível dizer que os processos cognitivos influenciam a ocorrência de estados emocionais, bem como que estado emocional experienciar em cada situação (FOX, 2008; OCHSNER et al., 2009; EYSENCK; KEANE, 2017). Essa relação estreita entre emoção e cognição leva a discussão sobre regulação das emoções.

### 2.2.2 Regulação das emoções

A Regulação Emocional (RE) é um conjunto de processos que exercem influência sobre a ocorrência, magnitude, frequência, duração e expressão de uma resposta emocional (GROSS, 1998; KOOLE, 2009; GROSS, 2015). Esse construto possui um importante papel para a promoção do crescimento emocional e intelectual do indivíduo, para o equilíbrio interno do sujeito, para a manutenção de relações interpessoais e da saúde mental (GROSS, 2002; GROSS; JAZAIERI, 2014).

Sabe-se que a regulação das emoções está implicada com regiões relacionadas ao processamento emocional, como a amígdala e a ínsula. Porém, a RE exerce um controle cognitivo sobre o processamento das emoções e isso se dá pelo recrutamento de regiões cerebrais envolvidas no controle executivo. O Córtex Pré-Frontal e o Córtex Cingulado Anterior são as duas regiões corticais mais envolvidas com a regulação cognitiva das emoções, de forma que essas regiões são mais ativadas que as demais quando o indivíduo regula uma emoção (KIM; HAMANN, 2007; OCHSNER; GROSS, 2008; WAGER et al., 2008; ETKIN; BÜCHEL; GROSS, 2015)

Cinco pressupostos são fundamentais no estudo da regulação das emoções: 1- Os indivíduos podem atenuar, amplificar, ou sustentar uma emoção, de acordo com seus objetivos; 2- Os processos envolvidos na regulação emocional são diferentes para cada emoção e

consoantes com a emoção experienciada no momento; 3- A RE pode ser intrapessoal/intrínseca (RE das próprias emoções) ou interpessoal/extrínseca (RE das emoções de outra pessoa); 4- As estratégias de regulação emocional se desenvolvem numa sequência composta por processos conscientes e controlados e processos inconscientes e automáticos; 5- A regulação emocional pode ser considerada adaptativa ou desadaptativa, conforme os recursos do sujeito para lidar com a situação (GROSS, 1998; LIRA, 2017).

Há duas linhas de estudos das estratégias de regulação emocional: os modelos de processos temporais e os modelos baseados em estratégias (NARAGON-GAINEY; MCMAHON; CHACKO, 2017). Os modelos baseados em estratégias buscam classificar as estratégias em adaptativas ou desadaptativas, levando em consideração suas características formais e correlatos (LIRA, 2017). Estratégias adaptativas normalmente apresentam correlações negativas com sintomas psicopatológicos. Alguns exemplos são: aceitação, reavaliação e resolução de problemas. Já as estratégias desadaptativas, costumam estar relacionadas positivamente a psicopatologias. Supressão emocional, evitação comportamental, ruminação e evitação experiencial são alguns exemplos desse tipo de estratégia (ALDAO; NOLEN-HOEKSEMA; SCHWEIZER, 2010; ALDAO; NOLEN-HOEKSEMA, 2012).

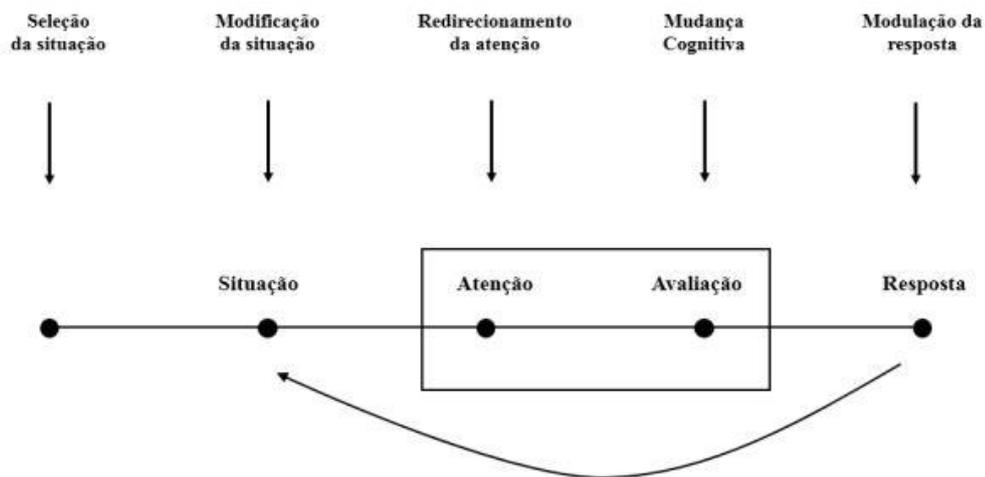
Entretanto, Lira (2017), salienta que classificar as estratégias de regulação emocional pelo modelo baseado em estratégias pode ser reducionista, visto que uma estratégia pode ser considerada como bem-sucedida ou malsucedida de acordo com a situação ou o objetivo, independentemente de ser classificada como adaptativa ou desadaptativa pelo modelo. A supressão emocional, considerada como desadaptativa, pode ser bem-sucedida na situação exemplificada por Lira (2017, p.18): "...dois amigos vão receber juntos o resultado de um teste e um deles recebe um bom resultado, diferentemente do outro que foi reprovado". Para preservar a relação e demonstrar empatia, é esperado que o amigo que foi aprovado precise suprimir a expressão de sua emoção de alegria.

Os modelos de processos temporais (GROSS, 1998; 2002; 2015) apresentam mais evidências empíricas que o modelo anterior e maior ênfase no processamento cognitivo das informações emocionais (LIRA, 2017; NARAGON-GAINEY; MCMAHON; CHACKO, 2017). O principal desses modelos foi proposto por Gross (1998), com o objetivo de estudar os mecanismos através dos quais as emoções se relacionam com outros processos psicológicos. Esse modelo classifica as estratégias de regulação emocional de acordo com sua relação com o processo de geração da emoção (GROSS, 1998; GROSS; THOMPSON, 2007). Gross (1998), parte do pressuposto de que uma emoção ocorre quando uma situação atrai a atenção do indivíduo e este realiza uma avaliação cognitiva da situação para então gerar uma resposta,

explicitamente ou implicitamente. Assim, o indivíduo pode regular a emoção em qualquer etapa do processo de geração da emoção (situação, atenção, avaliação ou resposta).

A Figura 2 apresenta o processo de regulação emocional baseado no modelo de Gross (1998), destacando as cinco estratégias de RE propostas por Gross e Thompson (2007). O processo tem início com uma situação que mobiliza atenção do sujeito e que pode ser externa ou interna (RICARTE, 2016). As cinco estratégias de RE nesse modelo são: Seleção da situação, Modificação da situação, Redirecionamento da atenção, Mudança cognitiva e Modulação da resposta (GROSS; THOMPSON, 2007).

**Figura 2. Processo de regulação emocional (RICARTE, 2016)**



A **seleção da situação** compreende o emprego de esforços para a ocorrência ou a não-ocorrência de uma situação, o que requer o conhecimento das particularidades da situação e possíveis respostas emocionais para ela. A segunda estratégia é a **modificação da situação**, que consiste no emprego de esforços para alterar diretamente a situação, modificando também as consequências emocionais dessa situação no sujeito. O **redirecionamento da atenção** é a estratégia que envolve a modificação do foco atencional, de forma que a situação, que já não pode mais ser modificada, gere um impacto emocional diferente. A **mudança cognitiva** ocorre com a avaliação da situação, de forma que seja alterada a forma como o sujeito pensa sobre determinado evento ou sobre suas capacidades para lidar com o evento, almejando assim a alteração do significado emocional da situação. A **modulação da resposta** é a última possível estratégia de RE, tendo como objetivo alterar as respostas fisiológicas, experienciais e comportamentais da emoção. Na Figura 2 é possível verificar que uma modulação da resposta pode também alterar a situação (GROSS, 1998; GROSS; THOMPSON, 2007).

A regulação emocional, então, é útil para determinar se a duração e/ou intensidade da expressão, experiência ou fisiologia emocional deve ser diminuída, aumentada ou mantida (PEÑA-SARRIONANDIA; MIKOLAJCZAK; GROSS, 2015) e isso varia de acordo com a situação. Nesse sentido, recomenda-se investigações sobre RE em contextos emocionais específicos e para diferentes emoções, com o objetivo de verificar se as estratégias de RE são eficazes ou ineficazes, ao invés de adaptativas ou desadaptativas, e também investigar através de instrumentos com maior validade ecológica, com situações cotidianas (ALDAO, 2013; GROSS, 2015; LIRA, 2017).

## 2.3 TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

### 2.3.1 Características

O transtorno depressivo maior (TDM), ou depressão maior, é um transtorno caracterizado por humor deprimido, perda ou diminuição significativa de interesse ou prazer em atividades diárias, fadiga ou perda de energia, ideias suicidas, redução ou aumento do apetite, hipersonia ou insônia, entre outras características, por um período mínimo de duas semanas consecutivas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; OTTE et al., 2016). O TDM não está relacionado aos efeitos fisiológicos de substâncias ou outras patologias e não pode ser explicado por transtornos relacionados a esquizofrenia. Trata-se de um transtorno que pode ocasionar sofrimento subjetivo expressivo ao sujeito e gerar perdas sociais, laborais e econômicas, podendo ocasionar impactos negativos sobre diversas outras áreas da vida do indivíduo (LACERDA et al., 2009).

Era estimado que até o ano de 2020 os transtornos depressivos seriam a maior causa de incapacitação no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). O TDM, que representa o tipo de transtorno depressivo com maior número de casos registrados a nível global, está associado também ao aumento do risco de desenvolver condições como a diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral (LACERDA et al., 2009). A principal consequência do TDM é o suicídio. Dados epidemiológicos estimam que até 50% dos 800.000 suicídios por ano em todo o mundo ocorrem dentro de um episódio de depressão, sendo que pacientes com TDM apresentam quase 20 vezes mais probabilidade de morrer por suicídio do que a população em geral (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; OTTE et al., 2016). Outros dados epidemiológicos relevantes mostram que a depressão maior ocorre cerca de duas vezes mais em mulheres do que em homens e afeta cerca de 6% da população adulta em todo o mundo a cada ano (UHER et al., 2014).

A etiologia do transtorno depressivo maior é multifatorial, de forma que fatores ambientais, como abuso sexual, físico ou emocional, fatores psicológicos, genéticos, sociais e econômicos, podem ocasionar o transtorno. Ainda não há mecanismos estabelecidos que consigam explicar todos os aspectos do transtorno, porém destaca-se que o TDM está associado a alterações no volume de regiões cerebrais, como o hipocampo e amígdala, e relacionado a alterações funcionais em circuitos cerebrais, como o sistema executivo, o sistema límbico e o sistema nervoso autônomo (BORTOLATO, CARVALHO & MCINTYRE, 2014; OTTE et al., 2016). É interessante mencionar que, independentemente da origem do TDM, a neurobiologia do transtorno apresenta um importante alvo de rastreamento e estudo de sua etiologia, como veremos na seção a seguir.

### **2.3.2 Neurobiologia e etiologia da depressão maior**

Dois hipóteses neuroquímicas apresentam destaque no estudo da neurobiologia do transtorno depressivo maior: a hipótese monoaminérgica (SCHLOSS; HENN, 2004) e a teoria neurotóxica da depressão (MEYER; CHROUSOS; GOLD, 2001). A hipótese monoaminérgica versa sobre a relação entre depressão e as monoaminas cerebrais (serotonina, noradrenalina e dopamina) (LACERDA et al., 2009). A serotonina é um importante regulador do apetite, do sono, da temperatura corporal, da libido e do metabolismo, atuando também na inibição da agressividade e na regulação do ciclo circadiano. Outra monoamina, a noradrenalina é responsável por iniciar e manter a atividade límbica e cortical, sendo crucial para o bom funcionamento de regiões como a amígdala e o hipocampo e do sistema nervoso simpático (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002; KANDEL et al., 2014).

De acordo com hipótese monoaminérgica, no quadro depressivo há uma inibição do transporte ativo de noradrenalina e serotonina para seus sítios de armazenamento na fenda sináptica (SCHLOSS; HENN, 2004). Conseqüentemente, essas monoaminas ficam livres e acabam sendo inativadas de forma rápida e crescente pela enzima monoaminoxidase. Com isso, ocorre a redução dos níveis dessas monoaminas no sistema nervoso central e periférico, prejudicando de forma funcional e, conseqüentemente, estrutural, diferentes regiões (SCHLOSS; HENN, 2004; LACERDA et al., 2009).

A hipótese monoaminérgica da depressão é a mais consistente das teorias a respeito das bases neurobiológicas dos transtornos depressivos, porém existem algumas teorias alternativas. A teoria neurotóxica da depressão explica a origem dos transtornos depressivos através da relação entre estresse e neuroplasticidade (MEYER; CHROUSOS; GOLD, 2001; MANJI et al., 2003). A neuroplasticidade é definida como uma cascata de processos que possibilitam ao

cérebro uma constante adaptação a demandas internas e externas. Essa cascata de processos está diretamente relacionada a alterações sinápticas, alterações da excitabilidade pós-sináptica, neurogênese e aprendizado. Já o estresse pode ser definido como um conjunto de respostas hormonais e comportamentais que têm como principais alvos o cérebro, o sistema cardiovascular, o sistema metabólico e o sistema imunológico, e possibilitam ao organismo se adaptar a demandas e mudanças ambientais (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002; KANDEL et al., 2014).

A curto prazo, o estresse é produtivo, benéfico e adaptativo, auxiliando na formação de memórias e preparando o organismo para possíveis situações de luta ou fuga. Porém, se houver demasia nas respostas ao estresse em termos de intensidade ou duração (estresse crônico), pode haver danos às regiões e sistemas alvos, como o cérebro e o sistema imunológico. As consequências químicas de uma exposição exacerbada ao estresse provocam alterações neuroestruturais, como atipias e atrofia neuronais em regiões como hipocampo e amígdala e podem prejudicar processos como a neurogênese (formação de novos neurônios). Assim, a teoria neurotóxica da depressão postula que esse transtorno está relacionado a uma capacidade diminuída do organismo para dar respostas apropriadas a demandas internas e ambientais, em consequência de anormalidades na neuroplasticidade. Essas anormalidades atingem principalmente o sistema límbico e as porções dorsolaterais, mediais e orbitofrontais do córtex pré-frontal (MEYER; CHROUSOS; GOLD, 2001; MANJI et al., 2003; LACERDA et al., 2009).

Anatomicamente falando, a depressão está associada a alterações estruturais e funcionais na via límbico-córtico-talâmica, que envolve o córtex orbitofrontal, o córtex cingulado anterior, os gânglios da base, o hipocampo, o para-hipocampo e a amígdala (DISABATO et al., 2016; KALTENBOECK; HARMER, 2018). Em termos de conectividade funcional, a via límbico-córtico-talâmica abrange redes neurais distintas, como a rede de controle cognitivo, a rede de modo padrão e a rede afetiva. Pacientes com depressão apresentam anormalidades dentro dessas redes e nas conectividades entre elas (SHELIN et al., 2010; KALTENBOECK; HARMER, 2018).

É possível definir a depressão também em termos de processos cognitivos e sensoriais, de forma que ela pode ser causada de duas formas: 1- Por fenômenos “*top-down*” (córtico-talâmicos e/ou córtico-límbicos), nos quais há uma hiperatividade crônica do tronco encefálico e dos centros límbicos que gera sobrecarga na capacidade do córtex pré-frontal; 2- Por fenômenos “*bottom-up*” (tálamo-corticais e/ou límbico-corticais), nos quais há uma

hipoatividade do córtex, impedindo a inibição necessária da atividade límbica normal (MAYBERG, 2003; KALTENBOECK; HARMER, 2018; KNOWLAND; LIM, 2018).

Apesar do destaque dado a essas hipóteses, a literatura mais recente aponta que o raciocínio mais adequado é pensar a etiologia dos transtornos depressivos como um fenômeno multifatorial composto por fatores neuroquímicos, neuroendócrinos, imunológicos, genéticos, funcionais, anatômicos e cognitivos (DEAN; KESHAVAN, 2017; KALTENBOECK; HARMER, 2018). A hipótese integrativa da depressão propõe que os mecanismos fisiopatológicos como a neurotransmissão alterada, anormalidades no eixo HPA por estresse crônico, neuroinflamações e outras disfunções, interagem entre si de forma bidirecional. Da mesma forma, essa hipótese mais atual também propõe que fatores epigenéticos e psicológicos podem causar predisposição do indivíduo aos transtornos depressivos ou até mesmo dificultar a resposta aos tratamentos (LOLAK; SUWANNARAT; LIPSKY, 2014; KNOWLAND; LIM, 2018).

O aspecto emocional apresenta maior visibilidade em casos de TDM, porém os déficits cognitivos são de extrema importância na etiologia do transtorno e na prevenção e tratamento (BORTOLATO; CARVALHO; MCINTYRE, 2014; KNIGHT; BAUNE, 2018). As evidências na literatura mostram que aspectos cognitivos relacionados a memória, percepção, tomada de decisão, velocidade de processamento, aprendizagem, fluência verbal e processamento emocional apresentam-se deficitários em pacientes com depressão maior (BAUNE; AIR, 2016; KNIGHT; BAUNE, 2018). Entretanto, déficits relacionados a atenção e funções executivas são mais frequentes e apresentam maior impacto no quadro clínico do transtorno.

A disfunção cognitiva diminui a capacidade ocupacional do indivíduo, afetando de forma ampla atividades de vida diária, o funcionamento social e a capacidade laboral (CLARK; DIBENEDETTI; PEREZ, 2016; KNIGHT; BAUNE, 2018). A interação entre fatores emocionais e a disfunção cognitiva já é rastreável desde o primeiro episódio depressivo maior (AHERN; SEMKOVSKA, 2017) e a disfunção tende a persistir na fase de remissão e a aumentar em novos episódios depressivos (BORTOLATO; CARVALHO; MCINTYRE, 2014).

Por estarem estreitamente relacionados ao comprometimento psicossocial no quadro do TDM, os déficits cognitivos devem ser um elemento primário de rastreio, visando um melhor diagnóstico e também a prevenção de déficits mais severos (MCINTYRE et al., 2013; MCINTYRE et al., 2015). Um acompanhamento do quadro cognitivo do paciente durante e após o tratamento também contribui para melhores resultados. A avaliação e a reabilitação neuropsicológica têm um papel fundamental nesse processo, através de baterias que avaliam os

principais processos cognitivos afetados pelo transtorno e podem direcionar quais processos devem ser alvos imediatos de terapêuticas (BAKKOUR et al. 2014; KNIGHT; BAUNE, 2018).

### **2.3.3 Terapêuticas para o transtorno depressivo maior**

O tratamento farmacológico com medicamentos antidepressivos como os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) e os inibidores da recaptação da serotonina consiste na via terapêutica mais usual para o TDM (KUPFER; FRANK PHILLIPS, 2012). Outra terapêutica utilizada em casos de transtorno depressivo maior e que apresentam eficácia são as psicoterapias (LI; WANG, 2019; WAMPOLD, 2019), sendo a Terapia Cognitiva a abordagem psicoterapêutica com mais evidências de eficácia nessa direção (CUIJPERS et al., 2013; DAVID; CRISTEA; HOFMANN, 2018). A combinação entre essas duas vias terapêuticas é tida como o padrão-ouro no tratamento dos transtornos depressivos (CUIJPERS et al., 2009; SINGH; REECE, 2014; KAMENOV et al., 2017).

Estima-se que cerca de 30% dos pacientes com TDM não respondem ao tratamento medicamentoso, mesmo após várias tentativas (LACERDA et al., 2009; OTTE et al., 2016). Sabe-se também que há uma grande gama de possíveis efeitos colaterais ao tratamento com medicamentos antidepressivos, dentre os quais: boca seca, constipação, sudorese excessiva, sonolência diurna, diarreia e impotência sexual (UHER et al., 2009; CRAWFORD et al., 2014). Em casos de pacientes resistentes ao tratamento e que não responderam bem a diferentes medicamentos ou a tentativa de tratamento combinado, a eletroconvulsoterapia é o tratamento alternativo com a melhor evidência empírica (LISANBY, 2007; DIERCKX et al., 2012; OTA et al., 2015).

Devido à alta taxa de abandono e de reincidência nas terapêuticas mencionadas acima, as Terapias complementares têm se apresentado como uma boa alternativa ao tratamento dos transtornos depressivos, além de serem, de forma geral, mais acessíveis do ponto de vista financeiro e apresentarem poucos ou nenhum efeito colateral adverso, sendo em alguns casos utilizadas como o tratamento primário (HALLER et al., 2019). A literatura aponta evidências de eficácia significativa de intervenções como a Acupuntura (SMITH et al., 2018), o Biofeedback (SCHOENBERG; DAVID, 2014), Exercícios físicos (KVAM et al., 2016), Yoga (CRAMER et al., 2013), fitoterapias (YEUNG et al., 2014; APAYDIN et al., 2016), intervenções nutricionais (OPIE et al., 2015) e Intervenções Baseadas em Mindfulness, com foco especial na Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (STRAUSS et al., 2014), como veremos na seção a seguir.

### **3 REGULAÇÃO EMOCIONAL, TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E OS EFEITOS DA TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS**

Diferentes modelos teóricos relacionam uma regulação emocional bem-sucedida a resultados favoráveis para a saúde, relações interpessoais, condições acadêmicas e desempenho no trabalho (ALDAO; NOLEN-HOEKSEMA; SCHWEIZER, 2010). No sentido contrário, dificuldades com a regulação emocional estão associadas ao desenvolvimento e manutenção de várias formas de psicopatologia, como o transtorno depressivo maior, o transtorno de personalidade borderline, transtorno de ansiedade generalizada e distúrbios relacionados ao álcool e outras substâncias (GROSS; JAZAIERI, 2014). Estima-se que entre 40% e 75% dos transtornos mentais são caracterizados por problemas com emoções e regulação das emoções (WERNER; GROSS, 2010; JAZAIERI; URRY; GROSS, 2013). Com isso, várias abordagens terapêuticas, como a Terapia Cognitiva, a Terapia Comportamental Dialética, a Terapia Focada na Emoção e a Terapia Baseada em Mindfulness e Compaixão, agrupam em seu escopo alguma forma de treinamento para a regulação emocional (BERKING et al., 2008).

De acordo com Gross e Jazaieri (2014), erros na regulação emocional (não adotar uma regulação quando seria útil ou necessário) ou a regulação incorreta das emoções (usar estratégias de regulação pouco compatíveis com a situação) podem ocasionar ou manter um quadro de desregulação emocional. Esse cenário é frequente em psicopatologias relacionadas ao afeto e humor, como é o caso dos transtornos depressivos (KOVACS; JOORMANN; GOTLIB, 2008; GROSS; JAZAIERI, 2014). No quadro clínico da depressão, é comum que o indivíduo apresente dificuldades em experimentar afetos positivos e sustentar emoções relacionadas a esses afetos (JOORMANN; STANTON, 2016). Por outro lado, apresentam mais facilidade em experimentar por mais tempo e com maior intensidade as emoções negativas.

No caso do Transtorno Depressivo Maior, sabe-se que déficits na regulação emocional são um problema central (KOBBER; OCHSNER, 2011; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Os circuitos neurais e áreas cerebrais mais prejudicados pelo TDM são também essenciais para a ocorrência da regulação de emoções, como é o caso do circuito límbico, diferentes porções do córtex pré-frontal e hipocampo (RIVE et al., 2013; JOORMANN; STANTON, 2016). Danos a esses circuitos estão relacionados a perdas em processos cognitivos diretamente implicados com a regulação emocional, como as funções executivas, a atenção e a memória (JOORMANN; QUINN, 2014).

Segundo Joormann e Quinn (2014), há uma tendência de pacientes depressivos em ter uma regulação emocional mal adaptativa ou apresentar dificuldades na implementação de estratégias de regulação. Nesse sentido, o incremento de habilidades de regulação emocional

tende a auxiliar na diminuição da frequência e intensidade dos sintomas do TDM (RADKOVSKY et al., 2014). Assim, a implementação de intervenções para o fortalecimento dessas habilidades em pacientes com depressão maior se mostrou eficaz no tratamento da síndrome e é um caminho promissor. Em sua revisão integrativa, Liu e Thompson (2017), evidenciaram que a maior parte das pesquisas sobre regulação emocional em pacientes com transtorno depressivo maior buscou focar em estratégias de regulação de emoções negativas e avaliar os participantes através de instrumentos de auto-relato. Desta forma, recomendaram que mais estudos fossem realizados para o incremento de estratégias de regulação de emoções positivas e o uso de instrumentos variados e com maior validade ecológica.

### 3.1 MBCT E TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

As intervenções baseadas em mindfulness são bastante utilizadas em intervenções sobre o TDM. Nesse sentido, duas revisões recentes são relevantes para o tema: a metanálise realizada por Liberali (2017) e a metanálise compreensiva realizada por Wang e colaboradores (2018). Ambos trabalhos evidenciaram que: 1) O uso da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness para o tratamento de pacientes com transtorno depressivo maior é considerado eficaz, com tamanho de efeito moderado variando de 0.52 (LIBERALI, 2017) a 0.56 (WANG et al., 2018); 2) MBCT é eficaz no tratamento de casos recorrentes de transtorno depressivo maior, evitando recaídas e prolongando o tempo entre recaídas; 3) MBCT é eficaz no tratamento de episódios de TDM em curso e também em caso primário, embora a maior parte dos estudos tenha sido realizada com pacientes com histórico de recorrência da síndrome ou sem episódio em curso, visando a prevenção de recaída; 4) O uso da MBCT como intervenção, por si só, é bastante eficaz, mas os efeitos tendem a ser melhores quando o tratamento é combinado com outras intervenções (Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicoeducação ou outros tratamentos usuais) ou com o uso de medicamentos.

Quadro 1. Revisão de literatura: MBCT para indivíduos com TDM

Autores	Ano	N	Faixa etária	Intervenção	Controle	Tempo	Follow-up	Instrumentos	Achados
BONDOLFI et al.	2010	55 (43 Mulheres e 12 Homens)	18 a 65 anos	MBCT + TAU* (27)	TAU (28)	8 semanas	14 meses	MADRS; HAM-D 17	Aumento do tempo de recidiva no grupo clínico (204 dias), em comparação com o grupo controle (69 dias)
SEGAL et al.	2010	84 (48 Mulheres e 36 Homens)	18 a 65 anos	MBCT + descontinuação de antidepressivo (26)	MAD** (28) / Placebo (30)	8 semanas	18 meses	HAM-D 17	Taxa de recaída: MBCT:28%; MAD:27%; Placebo:71% Dias para atingir a remissão, Média (DP): MBCT:68.1 (59.1); MAD:80.1 (60.0); Placebo: 90 (57.8)
KEUNE et al.	2011	77 (57 Mulheres e 20 Homens)	18 a 65 anos	MBCT (40)	Lista de espera (37)	8 semanas	Não	BDI; EEG em repouso	Ambos os grupos apresentaram mudanças significativas na assimetria de alfa em relação às regiões fronto-centrais, mas não foram encontradas diferenças entre os grupos
BIELING et al.	2012	84 (52 Mulheres e 32 Homens)	18 a 65 anos	MBCT + descontinuação de antidepressivo (26)	MAD** (28) / Placebo (30)	8 semanas	6 meses	HRSD	Ruminação, Média (DP) do pré-teste para o pós-teste: MBCT:17.40(4.10) para 17.73(3.91); MAD:19.12(2.20) para 19.33(2.66); Placebo: 19.12(2.83) para 19.05(3.36)
BOSTANOV et al.	2012	64 (45 Mulheres e 19 Homens)	18 a 65 anos	MBCT (32)	Lista de espera (32)	8 semanas	Não	BDI; PANAS; EEG (dLCNV)	Aumentos significativos da LCNV, componente eletrofisiológico relacionado a regulação atencional, no grupo experimental em tarefas relacionadas a afetos negativos e ruminação. Diferenças não foram encontradas no grupo controle
MANICA VASGAR et al.	2012	45 (29 Mulheres e 16 Homens)	18 anos, no mínimo	MBCT (19)	Terapia Cognitivo-Comportamental (26)	8 semanas	Não	BDI-II; BAI; MAAS; RRS	Diminuição significativa dos níveis de depressão nos dois grupos ( $p < 0,01$ ) e sem diferenças entre os dois grupos. Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de mindfulness. Ruminação teve papel preditivo dos escores de depressão em ambos os grupos

VAN VUGT et al.	2012	45 (39 Mulheres e 6 Homens)	24 a 64 anos	MBCT (26)	Lista de espera (19)	8 semanas	Não	BDI; STAI-Y1, RSQ; TSST	Diminuição significativa da depressão no grupo experimental (9.1 para 6.5); diminuição da ansiedade ( $p<0.05$ ); diferenças não significativas em palavras positivas e negativas em ambos os grupos
BATINK et al.	2013	130 (98 Mulheres e 32 Homens)	24 a 64 anos	MBCT + TAU (64)	TAU (66)	8 semanas	Não	HRSD; RSS	Diminuição significativa da ruminação no grupo experimental. Grupo controle não apresentou diferenças significativas
KEUNE et al.	2013	57 (apenas Mulheres)	18 a 65 anos	MBCT – sessão única de 20 minutos (25)	Grupo de mudança de ruminação (32)	Sessão única de 20 minutos	Não	BDI; EEG	Mudanças significativas na assimetria de alfa na região frontal média no grupo experimental.
MUNSHI et al.	2013	18 (13 Mulheres e 5 Homens)	24 a 81 anos	MBCT	Não	8 semanas	48,7 meses	BDI-II; RRS; STAI-Y1	Depressão, média: de 18.78 no pré-teste para 5.33 no pós-teste e 5.89 no follow-up ( $p<0.01$ ); Ruminação, média: de 49.80 no pré-teste para 44.41 no pós-teste e 40.11 no follow-up ( $p<0.01$ ); Ansiedade, média: de 44.22 no pré-teste para 31.56 no pós-teste e 31.22 no follow-up
OMIDI et al.	2013	90 (60 Mulheres e 30 Homens)	18 a 45 anos	MBCT (30)	Terapia Cognitivo-Comportamental (30) / TAU (30)	8 semanas	Não	BSI	Depressão, média (DP): MBCT: de 2.05 (0.84) para 0.79 (0.63); Terapia Cognitivo-Comportamental: de 2.18 (0.57) para 0.79 (0.51); TAU: de 2.18 (0.85) para 1.96 (0.86)
SCHOENBERG & SPECKENNS	2014	51 (32 Mulheres e 19 Homens)	21 a 65 anos	MBCT (26)	Lista de espera (25)	8 semanas	Não	IDS; RRS; EEG	Depressão, média (DP): MBCT: de 27.3 (9.4) para 19.3 (9.3) ( $p<0.05$ ); Lista de espera: de 25.1 (12.3) para 25.3 (13.2); EEG: Maior modulação da sincronia no grupo experimental, com maior estabilidade de circuitos corticais relacionados ao processamento cognitivo e emocional, com maior recrutamento atencional.

WILLIA MS et al.	2014	255 (198 Mulheres e 57 Homens)	18 a 70 anos	MBCT (99)	Psicoeducação cognitiva (103) / TAU (53)	8 semanas	6 meses	BDI-II; Suicide Attempt and Self-Injury Interview	Recaída para depressão maior: MBCT: 46%; Psicoeducação: 50%; TAU: 53%  Uso de antidepressivo: MBCT: 18%; Psicoeducação: 13%; TAU: 21%  Procurou um psiquiatra: MBCT: 10%; Psicoeducação: 9%; TAU: 11%
CHIESA et al.	2015	43 (31 Mulheres e 12 Homens)	18 a 65 anos	MBCT (23)	Psicoeducação (20)	8 semanas	26 semanas	HAMD;BDI-II; BAI; FFMQ; PGWBI	Depressão e Ansiedade: MBCT apresentou diminuições significativas em todas as avaliações pós-intervenção  Níveis de mindfulness e Bem-estar: MBCT apresentou aumentos significativos em todas as avaliações pós-intervenção
KUYKEN et al.	2015	424 (325 Mulheres e 99 Homens)	20 a 79 anos	MBCT + suporte para diminuir ou descontinuar o tratamento com antidepressivo (212)	MAD (212)	8 semanas	1 mês, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses	BDI	Depressão, média (DP): MBCT: 13,8 (12,4) no pré-teste; 9,9 (9,7) no mês 1; 11,0 (10,5) no mês 9; 10,7 (10,0) no mês 12; 11,7 (10,6) no mês 18; 11,6 (10,9) no mês 24  MAD: 14,4 (10,1) no pré-teste; 13,9 (10,9) no mês 1; 10,5 (9,7) no mês 9; 11,3 (9,2) no mês 12 11,3 (10,7) no mês 18 11,9 (10,7) no mês 24
SHALLCROSS et al.	2015	51 (38 Mulheres e 13 Homens)	18 a 65 anos	MBCT (29)	Programa de Promoção de Saúde (HEP; 22)	8 semanas	1 mês, 6 meses, 12 meses	BDI-II	Depressão, média (DP): MBCT: 12,1 (7,5) no pré-teste; 11,9 (7,2) no mês 1; 8,2 (6,9) no mês 6; 7,0 (6,1) no mês 12  HEP: 11,9 (6,6) no pré-teste; 7,1 (6,4) no mês 1; 6,2 (5,7) no mês 6; 7,2 (6,0) no mês 12;  Recaída para depressão maior: MBCT: 32.6%; HEP: 30.4%
LI et al.	2016	16 com TDM (11 Mulheres e 5 Homens)  10 sujeitos saudáveis (7 Mulheres e 3 Homens)	18 a 40 anos	MBCT (26)	10 sujeitos saudáveis	8 semanas	Não	HAMD-17; Ressonância magnética	Sujeitos com TDM apresentaram mudanças significativas em metabólitos no Córtex Cingulado Anterior, Caudado esquerdo e direito e Putâmen direito, em comparação com o grupo de sujeitos saudáveis. O resultado serve como um rastreio de resposta ao tratamento.

GÄRTNER et al.	2017	65 (39 Mulheres e 26 Homens)	Média de idade: 42 anos	MBCT (36)	Treinamento de redução do estresse (29) / Sujeitos saudáveis (25)	2 semanas (3 sessões por semana)	Não	BDI; EEG	Houve diminuições significativas das oscilações de ondas Theta em pacientes com TDM submetidos a MBCT. O grupo MBCT e o grupo com treinamento de redução do estresse mostraram melhor dinâmica temporal após a intervenção, se comparados aos sujeitos saudáveis.
----------------	------	------------------------------	-------------------------	-----------	---	----------------------------------	-----	----------	---

\*TAU = Tratamento usual

\*\*MAD = Manutenção de antidepressivo

Nota: BDI: Beck Depression Inventory; BDI-II, Beck Depression Inventory-II; BAI, Beck Anxiety Inventory (BAI); EEG: electroencephalography; FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; HAMD, Hamilton Depression Rating Scale; HAMD-17: Hamilton Rating Scale for Depression and Anxiety; IDS: Inventory of Depressive Symptomatology; LCNV: late contingent negative variation; MAAS, Mindfulness Attention and Awareness Scale; PGWBI, Psychological General Well-being Index; RRS, Rumination Response Style Questionnaire; SMQ, Southampton Mindfulness Questionnaire.

Conforme é exibido no quadro 1, diversos efeitos da MBCT em pacientes com transtorno depressivo maior foram relatados na literatura: melhora da atenção e autoconceito; incremento em funções executivas, controle cognitivo e regulação emocional; diminuição da ruminação, da supressão de pensamentos, de afetos negativos e da ansiedade; aumento do prazer em atividades diárias, aumento da autocompaixão, de afetos positivos e dos níveis de mindfulness (VAN DER VELDEN et al., 2015; MACKENZIE; KOCOVSKI, 2016; LIBERALI, 2017; WANG et al., 2018). Foram identificadas certas características em comum a maior parte dos estudos analisados, conforme mostra o quadro 1: 1) Os instrumentos utilizados para a avaliação da depressão foram o Beck Depression Inventory (BDI) ou o Beck Depression Inventory Reviewed (BDI-II) ou a Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), instrumentos globais para a avaliação de sintomas depressivos e anteriores ao DSM-IV e ao CID-10, ou seja, instrumentos considerados antigos; 2) Grupos controle ativos com tratamento usual (TAU) ou inativos (lista de espera); 3) Pacientes com transtorno depressivo maior recorrente.

Consequências neurais dessa modalidade de intervenção para o transtorno depressivo maior também foram encontradas (TANG; HÖLZEL; POSNER, 2015; VIGNAUD et al., 2018): efeitos moduladores em regiões cerebrais implicadas na fisiopatologia do TDM, como o córtex pré-frontal, o córtex cingulado anterior, amígdala e hipocampo; alterações na atividade cerebral nos gânglios da base (putâmen e caudado), na ínsula, no hipocampo, no córtex cingulado médio e no córtex orbitofrontal; alterações eletrofisiológicas, como a diminuição da

assimetria pré-frontal e frontal de alfa, o que está relacionado a uma maior ativação cerebral e alocação de recursos atencionais, e o aumento da amplitude de ondas theta parietais, o que está relacionado a diminuição da ansiedade e da intensidade de experiências emocionais negativas; alterações em áreas cerebrais envolvidas em funções cognitivas superiores, como a memória biográfica, processos de tomada de decisão e processos de regulação emocional. Importante destacar que alguns dos achados consistentes foram observados tanto em indivíduos saudáveis quanto em pacientes com depressão maior, principalmente a modulação da atividade cerebral em regiões corticais e subcorticais relacionadas à melhora da consciência somatossensorial e emocional.

### 3.2 MBCT E REGULAÇÃO EMOCIONAL

Sabe-se que há relações entre os construtos de mindfulness e regulação emocional, embora os achados ainda sejam considerados inconclusivos (CHAMBERS; GULLONE; ALLEN, 2009; LEYLAND; ROWSE; EMERSON, 2019). De forma geral, a literatura vem a corroborar com hipóteses de que o mindfulness está relacionado a uma boa regulação emocional, apresentando resultados que indicam que níveis mais altos de mindfulness estão relacionados a níveis mais baixos de reatividade emocional, níveis mais baixos de angústia, tristeza e outras emoções negativas, níveis mais altos de diferenciação emocional e níveis mais altos de consciência emocional (HILL; UPDEGRAFF, 2012; ROEMER; WILLISTON; ROLLINS, 2015).

A compreensão mais clara e atenta das experiências, desenvolvida pelas práticas de mindfulness, tende a aumentar a consciência em relação a experiências internas e a forma como o indivíduo se relaciona com essas experiências (KABAT-ZINN, 1990). Se um pessoa é muito reativa, tende a confiar de forma imediata em aspectos limitados da experiência emocional, como a experiência prévia (principalmente as experiências negativas), e menos em outros aspectos, como as sensações internas ou novos estímulos externos (CHAMBERS; GULLONE; ALLEN, 2009; ROEMER; WILLISTON; ROLLINS, 2015). O processo de auto-regulação gerado por práticas de mindfulness tende a propiciar ao sujeito a capacidade de perceber a experiência do momento presente de uma forma ampla e amistosa, em vez de confiar apenas em aspectos limitados da experiência emocional prévia (LEYLAND; ROWSE; EMERSON, 2019).

Dessa forma, indivíduos muito reativos emocionalmente podem aprender a estar mais sintonizados com todos os aspectos da experiência antes de rotular uma emoção, podendo então

rotular com mais precisão suas emoções e possivelmente limitar sua reatividade, o que poderia ser refletido na forma como as emoções seriam experienciadas (GARLAND et al., 2015a; LEYLAND; ROWSE; EMERSON, 2019). Esse raciocínio sugere que a atenção plena pode melhorar a regulação emocional influenciando a conscientização das pessoas sobre suas experiências emocionais, através do foco na experiência do momento presente e do aprimoramento da atenção e consciência.

A qualidade dessa consciência (sem julgamento, com abertura, compassiva) também pode alterar a maneira como os indivíduos se relacionam com suas próprias experiências internas (pensamentos, emoções, sensações, memórias), facilitando o uso mais flexível de estratégias de regulação emocional (GRECUCCI et al., 2015b; TANG; TANG; POSNER, 2016). O mindfulness pode ainda promover a reavaliação positiva de situações e reduzir processos automáticos de auto-referência, como a preocupação, a ruminação e a autocrítica, que muitas vezes perpetuam o sofrimento emocional, especialmente em indivíduos com transtornos depressivos (GARLAND et al., 2015a; GARLAND et al., 2015b).

Estudos investigaram os mecanismos neurocognitivos subjacentes ao mindfulness e a regulação emocional e verificaram que práticas de mindfulness comumente ativam muitos circuitos neurais relacionados a regulação de emoções (GRECUCCI et al., 2015a; GUENDELMAN; MEDEIROS; RAMPES, 2017). Verificou-se que intervenções como a MBCT reduzem a ativação da amígdala e do giro para-hipocampal e melhoraram a integração entre córtex cingulado anterior, ínsula e córtex pré-frontal (LUTZ et al., 2013; DOLL et al., 2016). Isso significa dizer que ocorre uma redução da reatividade emocional e uma melhora do controle cognitivo relacionado ao processamento emocional, o que se traduz, no caso dos transtornos depressivos, em diminuição da ruminação e aumento da reavaliação cognitiva (FARB; ANDERSON; SEGAL, 2012)

Por fim, é útil dizer que algumas lacunas foram encontradas nas pesquisas relacionando MBI's e regulação emocional: escassez de pesquisas longitudinais; uso exclusivo de instrumentos de avaliação por auto-relato para a avaliação da regulação emocional e do mindfulness; ausência de comparação entre as diferentes intervenções baseadas em mindfulness; ausência de comparação entre os efeitos de MBI's e de outras intervenções psicológicas; a ausência de pesquisas para investigar se existem variáveis exercendo efeitos diferenciais, como o contexto, a idade, o sexo, grau de escolaridade, objetivos individuais ou níveis individuais de angústia, depressão e outros fatores. Para além disso, a pluralidade conceitual de mindfulness (mindfulness disposicional, práticas de mindfulness ou mindfulness

como estado mental) gera resultados inconsistentes, uma vez que não há um consenso sobre o construto.

Diante destas lacunas o presente estudo buscou investigar uma amostra da faixa etária bastante acometida pelo TDM porém pouco estudada (18 a 30 anos), usar um instrumento específico para a avaliação do TDM (Inventário de Depressão Maior), utilizar a mensuração por desempenho para avaliar a regulação emocional, adotar um grupo controle ativo composto por participantes saudáveis e submetido ao mesmo protocolo, algo também raro na literatura. Estudos dessa natureza são relevantes para a discussão da eficácia da MBCT para a regulação emocional na população estudada bem como para compreender a relação entre mindfulness e a habilidade cognitiva de regulação de emoções.

#### **4 JUSTIFICATIVA**

Levando em consideração a alta prevalência do transtorno depressivo maior, o efeito insatisfatório de muitos tratamentos antidepressivos existentes, a necessidade de tratamentos de menor custo, não invasivos e com menos efeitos colaterais, a necessidade de investigar a eficácia da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness e a importância dos processos de regulação emocional no quadro clínico do TDM, o presente estudo pode trazer evidências que auxiliem na elaboração de terapêuticas alternativas a propedêutica do transtorno na população estudada.

## **5 HIPÓTESES**

Com base na revisão de literatura, as hipóteses da presente investigação foram: 1- Aumento significativo da regulação emocional no grupo clínico; 2- Diminuição do nível de depressão no grupo clínico após a intervenção; 3- Aumento do nível de mindfulness em ambos os grupos após a intervenção.

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar os efeitos de uma intervenção de Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness sobre a regulação emocional de indivíduos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Avaliar os níveis de depressão dos participantes do grupo clínico no pré e no pós-teste;
- b) Mensurar os desempenhos em regulação emocional e os níveis de mindfulness dos participantes do grupo clínico e do grupo controle no pré-teste e no pós-teste;
- c) Comparar os desempenhos em regulação emocional e os níveis de mindfulness dos dois grupos nos dois momentos de avaliação.

## **7 MÉTODO**

### **7.1 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta pesquisa teve seu projeto submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco através da Plataforma Brasil, sendo registrado sob o CAAE 07630719.6.0000.5208 e com parecer substanciado emitido na data 26/03/2019, seguindo todas as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 466/12.

### **7.2 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo clínico, de perspectiva quantitativa e corte longitudinal. O estudo foi composto por grupo controle e grupo clínico e contou com dois momentos de avaliação: pré e pós-teste. Entre os dois momentos de avaliação houve uma intervenção.

### **7.3 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo teve suas etapas de avaliação realizadas no Laboratório de Neurociência Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco (LNeC – UFPE). A intervenção foi realizada em uma sala de atividades em grupo do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. Tratam-se de ambientes devidamente iluminados, com temperatura controlada, com assentos confortáveis, tatames e almofadas, fornecendo toda a estrutura física necessária para a execução da pesquisa.

### **7.4 RECRUTAMENTO, CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E PROCESSO DE AMOSTRAGEM**

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, teve início a etapa de divulgação e recrutamento da pesquisa. Esta etapa se deu por vários meios: 1- Através da Assessoria de Comunicação da Universidade Federal de Pernambuco (ASCOM - UFPE), que divulgou a chamada para a pesquisa na Rádio Universitária e através de publicações nos sites e redes sociais oficiais da UFPE; 2- Através da imprensa privada, em portais digitais como o “Leia Já” e “O Diário de Pernambuco”; 3- Em redes sociais do LNeC – UFPE; 4- Em redes sociais pessoais dos integrantes do LNeC; 5- Através de cartazes colocados em pontos estratégicos do campus da UFPE. A partir dessa divulgação, os interessados entraram em contato com o pesquisador e o LNeC através das redes sociais, como Instagram, Facebook e WhatsApp, ou através de e-mail. A partir daí, foram agendadas as avaliações.

Com base nas recomendações e lacunas existentes na literatura, foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade:

- Critérios de inclusão:

Grupo clínico: ter entre 18 e 30 anos de idade; ambos os sexos; ser habitante do estado de Pernambuco; ser diagnosticado com transtorno depressivo maior (DSM-V: F32.1) com as seguintes especificações: primeiro episódio de TDM; em fase aguda; com tempo máximo de 4 semanas de diagnóstico.

Grupo controle: ter entre 18 e 30 anos de idade; ambos os sexos; ser habitante do estado de Pernambuco; não possuir diagnóstico de transtorno depressivo.

- Critérios de exclusão:

Grupo clínico e Grupo controle: possuir diagnóstico de transtornos com características psicóticas; possuir diagnóstico de transtorno bipolar, transtorno de personalidade borderline, transtorno do pânico, transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno por abuso de substância; possuir epilepsia ou qualquer transtorno neurocognitivo; possuir histórico de lesão em qualquer região do encéfalo; ter prática frequente de meditação, técnicas de mindfulness ou yoga nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa.

## 7.5 AMOSTRA

Após o período de divulgação e recrutamento, 187 pessoas se inscreveram para participar da pesquisa. Destes, 66 indivíduos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. 121 sujeitos iniciaram o protocolo, sendo que 34 não concluíram todo o processo. 87 sujeitos completaram todas as etapas da pesquisa, porém 7 foram excluídos da análise de dados (4 por não realizarem tarefas de casa e 3 por mudanças intensas nos medicamentos), conforme explica a Figura 3. Com todo o processo de perda amostral ao longo da pesquisa, restaram 80 sujeitos e a nova composição dos grupos foi a seguinte: **Grupo clínico:** N = 40 [26 mulheres (65%) e 14 homens (35%)]; média de idade: 24,58 anos]; **Grupo controle:** N = 40 [29 mulheres (72,5%) e 11 homens (27,5%); média de idade: 24,15 anos].

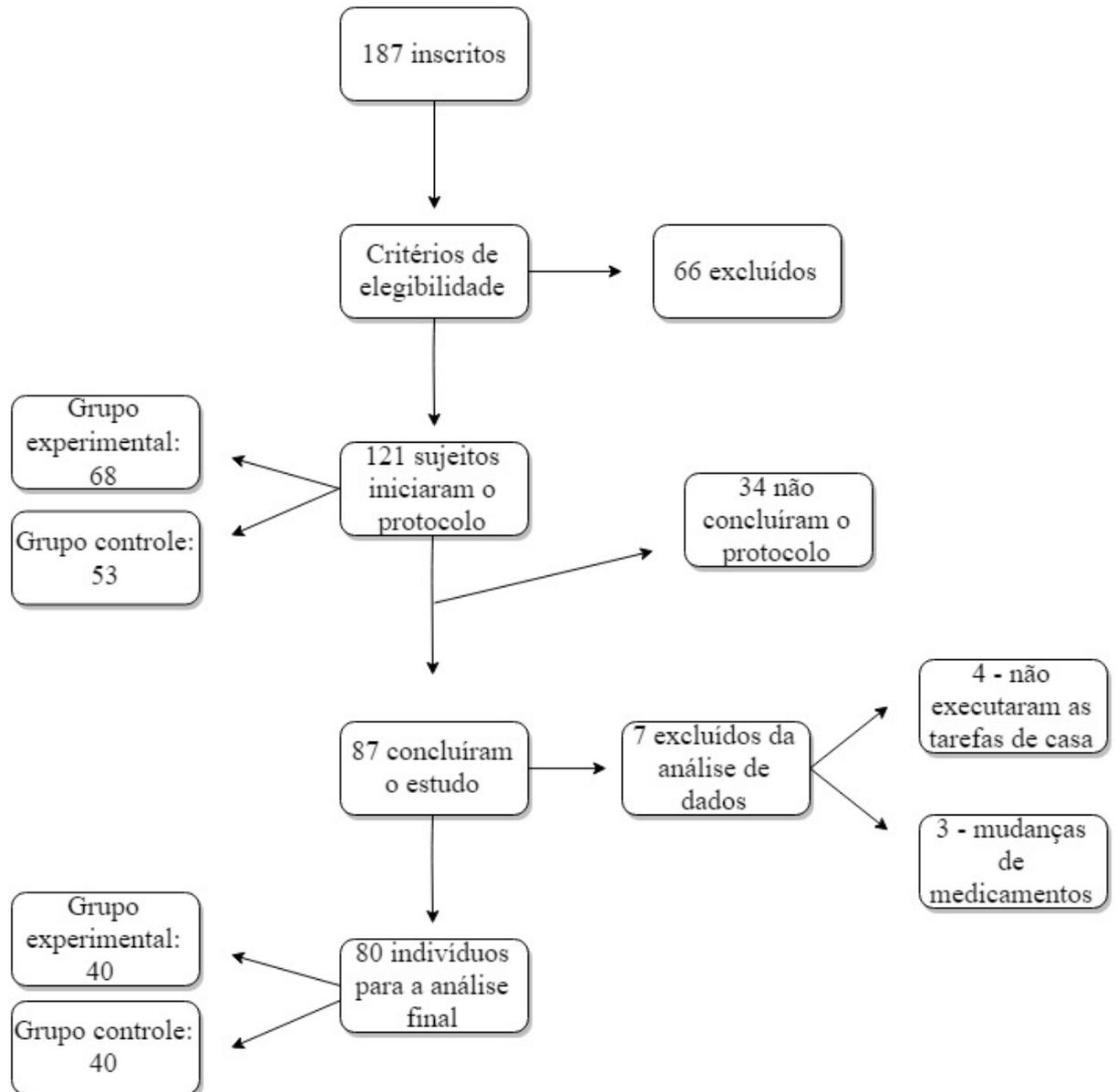
Quadro 2. Dados sociodemográficos

Grupo	N	Sexo	Idade (média)	Nível de escolaridade	Estado civil	Tratamento Farmacológico
<b>Clínico</b>	40	26 M 14 H	24,58	Ensino fundamental – 10% Ensino médio – 22.5% Graduando – 32.5% Ensino superior – 20% Pós-graduação – 15%	Solteiro – 85% Casado – 12.5% Divorciado – 2.5%	Sim – 57.5% Não – 42.5%
<b>Controle</b>	40	29 M 11 H	24,14	Ensino fundamental – 12.5% Ensino médio – 27.5% Graduando – 10% Ensino superior – 27.5% Pós-graduação – 22.5%	Solteiro – 77.5% Casado – 17.5% Divorciado – 5%	Não se aplica

De uma forma geral, os grupos apresentaram números similares em relação a quantidade de sujeitos do sexo masculino e feminino, média de idade, grau de escolaridade e estado civil. Ainda foi verificada a quantidade de participantes que estavam em processo de psicoterapia e apenas 6 sujeitos de cada grupo encontravam-se sob essa condição.

O questionário aplicado aos 34 indivíduos que não concluíram todas as etapas da pesquisa revelou que a maior parte dos indivíduos (21) relatou problemas com os horários da intervenção, mesmo havendo concordado com os horários ao começo do processo. O local da intervenção (UFPE), relativamente afastado da maior parte dos bairros da cidade, aparece como a segunda maior causa de desistências (7). O conteúdo desagradou 4 participantes, sendo motivo de sua desistência. E o ambiente da realização da intervenção foi motivo de desistência para 2 participantes.

Figura 3. Fluxograma do processo de amostragem (Fonte: autor)



## 7.6 INSTRUMENTOS

- **Questionário sociodemográfico (APÊNDICE A)**: esse instrumento foi elaborado pelo pesquisador responsável objetivando obter dados como idade, sexo, cor, estado civil,

nível de escolaridade, profissão, entre outros, para a caracterização e estratificação da amostra.

- **Anamnese (APÊNDICE B):** elaborado pelo pesquisador responsável, esse instrumento foi utilizado para a coleta de dados como: informações relativas a saúde, como diagnósticos, tratamentos, tempo de diagnóstico, etc.; hábitos como uso de nicotina, uso de drogas ilícitas ou álcool e a frequência de uso, bem como os hábitos alimentares; atividades físicas e práticas de yoga ou meditação e a frequência destas. Os dados provenientes desse instrumento foram úteis para a seleção da amostra e para controle de variáveis intervenientes.
- **Inventário de depressão maior (ANEXO A):** considerado um instrumento de rastreio curto, o *Major Depression Inventory* (MDI; BECH; WERMUTH, 1998) foi adaptado para o contexto brasileiro por Parcias e colaboradores (2011). O instrumento é baseado nos critérios diagnósticos de depressão maior da CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994) e do DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) e visa auxiliar no diagnóstico e na verificação da gravidade dos sintomas. Traduzido como Inventário de Depressão Maior, o instrumento é um questionário autoaplicável composto por dez itens, com os itens 8 e 10 possuindo dois subitens cada (8a, 8b, 10a, 10b). O instrumento exibiu resultados satisfatórios no estudo de validação, apresentando alta consistência interna ( $\alpha = 0,91$ ), bons índices de sensibilidade (0,86) e especificidade (0,75) e confiabilidade no teste-reteste. O MDI pergunta como o paciente tem se sentido nas duas últimas semanas e é respondido numa escala do tipo Likert de seis pontos, variando de “em nenhum momento” (0 pontos) a “o tempo todo” (5 pontos). São considerados para a correção os 10 itens, porém nos itens 8 e 10 são considerados aqueles que obtiverem a maior pontuação.

O inventário possui duas formas de pontuação: 1- Pode ser pontuado numa escala do tipo Likert, com pontuação total variando de 0 a 50, onde uma pontuação de 20 ou mais representa algum grau de depressão; 2- É possível ainda obter uma pontuação referente ao CID-10 ou ao DSM-IV. No primeiro caso, o algoritmo CID-10 considera como depressão moderada uma marcação de 4 ou 5 pontos nos dois ou três primeiros itens somados a pelo menos 4 pontos dos demais itens. Já no algoritmo do DSM-IV, é classificada como depressão maior uma pontuação de 4 ou 5 em cinco dos

noves itens. Nesse último caso, a quantidade de itens cai para 9, pois entre o item 4 e 5 usa-se aquele que tiver a maior pontuação (PARCIAS et al., 2011).

- **Questionário das cinco facetas de mindfulness (ANEXO B):** o Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ; BAER et al., 2006) foi validado para o Brasil por Barros e colaboradores (2014). O instrumento original foi construído a partir da compilação de todos os itens de instrumentos comumente utilizados para a mensuração e avaliação do mindfulness (a saber: Freiburg Mindfulness Inventory; Mindful Attention Awareness Scale; Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; Cognitive and Affective Mindfulness Scale e Mindfulness Questionnaire), de onde surgiram 112 itens que foram aplicados a uma amostra de 613 indivíduos e passaram por procedimentos de análise fatorial exploratória e análise correlacional, gerando por fim uma escala de 39 itens (BAER et al., 2006; BAER et al., 2008). Esses itens compõem cinco fatores, considerados pelos autores como cinco facetas fundamentais do conceito de mindfulness: 1- Não reatividade à experiência interna; 2- Observar; 3- Agir com consciência; 4- Descrever; 5- Não julgamento da experiência interna.

Entretanto, o estudo de validação para o contexto brasileiro, através de análise fatorial exploratória, identificou sete fatores: 1-Não julgamento da experiência interna; 2- Agir com consciência – Piloto automático; 3- Observar; 4-Descrever – formulação positiva; 5- Descrever – formulação negativa; 6- Não reatividade à experiência; 7-Agir com consciência distração (BARROS et al., 2014). A versão brasileira do instrumento (FFMQ-BR) apresentou propriedades psicométricas satisfatórias, com alfa de Cronbach de 0,81 para a pontuação total e variando de 0,63 a 0,79 nas facetas e exibindo bons índices de correlação no teste-reteste. O instrumento final é uma escala com 39 itens a serem respondidos numa escala Likert de cinco pontos, variando de “Nunca ou raramente verdadeiro” (1 ponto) a “Quase sempre ou sempre verdadeiro” (5 pontos). O instrumento é autoaplicável e a análise da pontuação pode ser dar por duas vias: o escore total (variando de 39 a 195 pontos), que versa sobre os níveis de mindfulness, e a análise e soma de cada uma das facetas.

- **Teste de Regulação de Emoções (ANEXO C):** o instrumento foi embasado na teoria psicoevolutiva das emoções (PLUTCHIK, 1980) e no modelo de regulação emocional de Gross (1998). O Teste de Regulação de Emoções (TRE) é um instrumento

autoaplicável composto por oito vinhetas, cada uma composta por uma situação envolvendo personagens fictícios e três possíveis soluções para cada situação. Essas situações envolvem conflitos emocionais, sendo que cada vinheta envolve uma das oito emoções básicas propostas por Plutchick (1980): alegria, aceitação, medo, surpresa, tristeza, aversão, raiva e antecipação. Cada solução é avaliada em uma escala Likert de cinco pontos, variando de “Muito ineficaz” (1 ponto) a “Muito eficaz” (5 pontos). Em seguida, esses valores são transformados em pontuações dicotômicas de 1 ou 0, segundo a resposta do indivíduo corresponda ou não, respectivamente, com a resposta escolhida pelos participantes com maior média de theta pela análise da teoria de resposta ao item (LIRA, 2017).

No teste é solicitado que o respondente avalie o quão eficaz é cada uma das possíveis soluções para cada situação. Dessa forma, sendo caracterizado como um teste de julgamento situacional, o TRE busca avaliar a ponderação dos respondentes a respeito de soluções para oito situações, partindo do pressuposto de que um melhor julgamento por parte do respondente significa que sua capacidade naquilo que estiver sendo avaliado pelo teste também é melhor (LIRA, 2017). A análise fatorial exploratória revelou dois fatores que possuem relação com a regulação de emoções: detectar que uma estratégia é eficaz para regular emoções (fator 1) e detectar que uma estratégia não é eficaz para regular emoções (fator 2). As análises do estudo de validação do instrumento evidenciaram boas propriedades psicométricas, apresentando consistência interna pelo coeficiente Kuder-Richardson de 0,75 para o fator 1 e 0,62 para o fator 2.

## 7.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Houve dois momentos de coleta de dados: o pré-teste e o pós-teste, realizados, respectivamente, uma semana antes do início da intervenção e ao fim das últimas práticas da intervenção. Posteriormente a etapa de divulgação e recrutamento, a equipe de pesquisa entrou em contato com os inscritos para agendar avaliação presencial e individual. Antes de iniciar a avaliação, foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, seguindo o modelo proposto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, exibia informações sobre a pesquisa, possíveis riscos e benefícios. Após assinar o TCLE, o participante respondeu ao questionário sociodemográfico e anamnese e depois respondeu aos instrumentos psicológicos na seguinte ordem: Inventário de Depressão Maior (MDI), Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ) e Teste de Regulação de Emoções

(TRE). Esse procedimento durou entre 40 e 45 minutos, sendo realizado pela equipe de pesquisa no Laboratório de Neurociência Cognitiva (LNeC). Também foi solicitado aos candidatos ao grupo clínico que trouxessem ou enviassem via WhatsApp algum documento com teor diagnóstico devidamente assinado por algum médico psiquiatra. Assim, o MDI serviu também como uma ferramenta de confirmação do diagnóstico.

Na semana seguinte ao encerramento do protocolo de intervenção, os participantes passaram pela última etapa de avaliação: o pós-teste. O procedimento durou entre 25 e 30 minutos e os instrumentos foram respondidos na seguinte ordem: TRE, MDI e FFMQ. Por fim, todos os participantes receberam mensagens de agradecimento e de incentivo a darem continuidade ao que foi aprendido na intervenção. Está em andamento uma etapa de devolutiva, na qual os participantes poderão ter acesso aos resultados gerais do estudo e aos resultados individuais.

A última coleta de dados se deu através da plataforma digital *Google Forms*, no qual foi elaborado um questionário (APÊNDICE C) perguntando aos participantes que não concluíram o estudo sobre os motivos que os levaram a desistir da participação. De forma direta, foi perguntado: “Que motivos levaram você a não concluir a participação em todas as etapas da pesquisa?”. O questionário trouxe algumas sugestões de alternativas a serem marcadas pelos sujeitos, tais como: horários; conteúdo da intervenção; distância do local; o ambiente; etc.

## 7.8 INTERVENÇÃO

A intervenção teve duração de oito semanas, possuindo uma sessão por semana. Cada sessão teve 2h30 minutos de duração, sendo que os 30 últimos minutos eram para as discussões. O estudo seguiu manuais detalhados (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2002) e foi executado dividindo a amostra total em pequenos grupos (8 a 12 participantes), que passaram pela intervenção durante oito semanas consecutivas.

Além das participações nas sessões, os sujeitos eram incentivados a pôr em prática exercícios e técnicas, como tarefa de casa, em seis dos sete dias na semana. Ou seja, em todos os dias além do dia da sessão. As tarefas de casa tinham 45 minutos de duração e consistiam em meditações guiadas por áudio e/ou vídeo, práticas de *Hatha Yoga*, técnicas respiratórias e outros exercícios aprendidos durante as sessões. Além disso, os indivíduos eram incentivados a cultivar a atenção plena na vida cotidiana, em momentos do dia-a-dia, como na hora de se alimentar, tomar banho, ouvir uma música ou conversar. A ideia das tarefas de casa, além de fazer com que os participantes assimilem o que foi aprendido nas sessões, é fazer com que eles

realmente pratiquem por oito semanas e não apenas em oito encontros. Foi elaborado um diário de mindfulness (APÊNDICE D) para que os participantes relatassem suas tarefas de casa, apontando o tempo despendido em cada tarefa, mudanças de hábito, práticas formais e informais. Também através desse diário, os participantes relataram suas dificuldades nas tarefas de casa.

Um conjunto de práticas e técnicas compôs o protocolo de intervenção. As práticas são divididas em formais e informais. As práticas formais envolvem um controle atencional maior e comumente envolvem algum tipo de meditação. Dentre as principais práticas formais estão: A prática da uva-passa; Mindfulness baseada na respiração; *Body Scan* (Escaneamento corporal); Mindfulness caminhando; Mindfulness nos movimentos corporais; e A prática dos três minutos. Já as práticas informais consistem em uma forma de incorporar mindfulness ao cotidiano, cultivando a atenção plena ao longo do dia. Tais práticas envolvem esforço e intenção por parte do praticante ao inserir em sua agenda e em cada atividade realizada uma atenção focada na experiência, corpo, respiração e sentimentos (DEMARZO; GARCIA-CAMPAYO, 2015).

O escaneamento corporal, também chamado de varredura do corpo ou *Body Scan*, é uma das técnicas mais utilizadas nos protocolos de intervenção baseados em mindfulness. Normalmente é uma das práticas iniciais, tendo em vista a facilidade de acesso por parte dos participantes (KABAT-ZINN, 2013). O *Body Scan* é realizado com o participante sentado em uma cadeira, com os pés apoiados no chão, mãos apoiadas nos joelhos e com as palmas para cima, a coluna ereta e levemente afastada do encosto da cadeira. A primeira instrução dada aos participantes é que fiquem quietos durante o exercício, permanecendo na posição inicial, e apenas se mover de forma consciente, se for necessário, para ajustar sua posição. A seguir se inicia o procedimento de escaneamento, no qual o facilitador/instrutor pede que os participantes tragam primeiro sua consciência para a respiração, observando a experiência de inspirar e expirar sem tentar mudar a forma como essa experiência está acontecendo (SAUER-ZAVALA et al., 2013). Depois, o facilitador orienta a atenção dos participantes para o corpo: a textura da roupa contra a pele, a temperatura do corpo e o ambiente, as partes do corpo que estão doloridas, pesadas ou leves, as áreas do corpo em que não sentem nenhuma sensação ou que estão hipersensíveis. O escaneamento corporal percorre cada parte do corpo, de forma a trazer uma atenção especial às sensações de cada área do corpo, desde os dedos dos pés até a parte superior da cabeça (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2002).

Ao contrário do que se ouve no senso comum, as práticas das MBI's não são 100% estáticas e formadas por meditações (HANH, 2008). As práticas de Mindfulness envolvem de

forma ativa a relação com o corpo, através dos movimentos e da percepção corporal (KABAT-ZINN, 1994). A técnica nomeada de Mindfulness nos movimentos corporais envolve práticas básicas de *Hatha Yoga*. Esse tipo de *yoga* utiliza-se de posturas físicas (ásanas) e exercícios respiratórios (pranayamas) como caminho para o aumento da atenção e do autoconhecimento e a integração corpo e mente (RILEY, 2004). Já na prática intitulada Mindfulness caminhando, é solicitado que os participantes caminhem no ambiente, de forma bastante lenta, prestando atenção a cada detalhe do corpo na experiência de caminhar (KABAT-ZINN, 1994). O participante deve prestar atenção nas sensações corporais, nas flexões de músculos, nos movimentos ósseos, no contato dos pés com o solo. A ideia de práticas como essas é fazer com que o indivíduo perceba que a atenção plena pode ser atingida no dia-a-dia, de forma dinâmica, seja ao caminhar, ao sentar, ao deitar (SAUER-ZAVALA et al., 2013).

Uma técnica que auxilia o participante a entender a importância da atenção plena e a incorporá-la mais facilmente ao dia-a-dia é a prática da uva-passa (HONG; LISHNER; HAN, 2014). Apresentada no começo do protocolo, a prática consiste em pedir que os participantes, sentados, fechem os olhos e estendam as mãos para receber um alimento; então é entregue em mãos uma uva-passa e são dados seguintes comandos aos indivíduos: que percebam o contato com esse alimento através do tato, de forma a notar tamanho, formato, textura; a seguir é pedido que percebam esse alimento com o olfato, de forma que percebam os aromas do alimento; depois, pede-se que os participantes coloquem a uva-passa na boca e percebam os sabores e texturas da comida antes de começar a mastigar; depois, os participantes mastigam lentamente a uva antes de engolir (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2002). A ideia central dessa técnica é explicar de forma prática o que é mindfulness e mostrar que saborear um alimento de forma verdadeiramente consciente é diferente de apenas ingerir o alimento, como costumamos fazer sem atenção plena (DEMARZO; GARCIA-CAMPAYO, 2015).

A prática de mindfulness baseada na respiração é uma das técnicas mais conhecidas e utilizadas nas intervenções. Nessa técnica há um foco da atenção na respiração e nas sensações relacionadas ao ato de respirar. Utiliza-se a própria respiração como uma âncora, para onde o praticante deve voltar sua atenção durante o exercício e para onde deve retornar sua atenção caso haja a dispersão dessa por qualquer distração (KABAT-ZINN, 1994; SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2002). É uma das práticas meditativas que frequentemente compõem as MBI's, assim como a prática dos três minutos. Essa prática, também chamada de prática dos três passos, consiste em três momentos: 1- a conscientização do ambiente ao redor, do próprio corpo e da experiência interna; 2- o foco na respiração; 3- a expansão da consciência (GOLDSTEIN, 2013; DEMARZO; GARCIA-CAMPAYO, 2015). É uma técnica rápida,

podendo ser praticada vários momentos ao longo do dia e em basicamente qualquer ambiente, funcionando, talvez, como a principal ferramenta formal de mindfulness no dia-a-dia. Essas foram as principais técnicas utilizadas na intervenção implementada nessa pesquisa. Cada sessão da intervenção é brevemente detalhada a seguir:

- **1ª Sessão**

**Tema:** Piloto automático

**Momentos na sessão:** na primeira sessão da intervenção foram apresentados o protocolo e os objetivos e também foi exibido aos participantes o mindfulness, através da prática da uva-passa e de uma breve palestra contendo conceitos teóricos. Nessa sessão, os participantes foram informados sobre posturas, tarefas de casa e sobre a eficácia das técnicas para uma série de problemas. Foi explicado também para os pacientes o funcionamento de Piloto Automático, seus prós e contras, e como estar em atenção plena é útil para o afastamento desse modo de funcionamento. A ideia da primeira sessão, além de informar aos participantes sobre o conteúdo e forma da intervenção, foi estabelecer uma relação terapêutica e motivar os sujeitos a aderirem ao tratamento. Por fim, foi apresentado o diário de mindfulness aos participantes e realizadas instruções de uso do mesmo.

**Práticas na sessão:** prática da uva-passa, escaneamento corporal e mindfulness na respiração.

**Tarefas de casa:** prática informal: comer com atenção, como na prática da uva-passa, em ao menos uma refeição ao dia; prática formal: praticar o *body scan*, 45 minutos por dia, em 6 dos 7 dias da semana.

**Tarefa de casa fixa:** Preencher o diário de mindfulness relatando as experiências com as práticas e também relatando momentos do dia em que teve pensamentos ou sentimentos desagradáveis ou em que se sentiu sem atenção plena.

- **2ª Sessão**

**Tema:** Lidando com barreiras

**Momentos na sessão:** nessa sessão, inicialmente, foi realizada uma prática de *body scan* e depois houve um momento de revisão sobre as tarefas de casa da sessão anterior. O tema central das discussões girou em torno das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia, bem como as formas de enfrentar essas dificuldades sem perder o foco no momento

presente e utilizando o mindfulness como uma ferramenta facilitadora nesse processo de enfrentamento.

**Práticas na sessão:** *body scan*, mindfulness na respiração e prática dos 3 minutos.

**Tarefas de casa:** prática informal: escolher uma atividade diária e realiza-la com mais atenção, prestando atenção em cada detalhe e em cada sensação do corpo enquanto a realiza (por exemplo, na hora de escovar os dentes, de caminhar com o cachorro ou de lavar os pratos); práticas formais: *body scan* todos os dias e mindfulness na respiração.

**Tarefa de casa fixa:** Preencher o diário de mindfulness relatando as experiências com as práticas e também relatando momentos do dia em que teve pensamentos ou sentimentos desagradáveis ou em que se sentiu sem atenção plena.

- **3ª Sessão**

**Tema:** Mindfulness na respiração

**Momentos na sessão:** a terceira sessão começou com uma meditação de 10 minutos, tendo como foco atencional a audição; depois foram discutidas as tarefas de casa da semana anterior e postas em ação a prática dos 3 minutos, a prática de mindfulness caminhando e a mindfulness nos movimentos corporais. Foi discutida com os participantes a importância do corpo em movimento e da respiração para a atenção plena no dia-a-dia, havendo também um debate sobre medos e preconceitos em relação ao mindfulness e meditação.

**Práticas na sessão:** meditação de 10 minutos, prática dos 3 minutos, mindfulness caminhando e mindfulness nos movimentos corporais.

**Tarefas de casa:** prática informal: foi pedido que os participantes variassem, diariamente, entre as práticas informais das tarefas de casa anteriores; práticas formais: prática dos 3 minutos 3 vezes ao dia e mindfulness caminhando ou mindfulness nos movimentos corporais ou mindfulness na respiração, pelo menos, uma vez por dia.

**Tarefa de casa fixa:** Preencher o diário de mindfulness relatando as experiências com as práticas e também relatando momentos do dia em que teve pensamentos ou sentimentos desagradáveis ou em que se sentiu sem atenção plena.

- **4ª Sessão**

**Tema:** Ficando presente

**Momentos na sessão:** a sessão se iniciou com uma prática meditativa de 10 minutos, tendo como foco atencional a visão; logo após, foram discutidas as tarefas de casa da

sessão anterior. A seguir, foram executadas as técnicas mindfulness caminhando, mindfulness nos movimentos corporais e a prática dos 3 minutos. A discussão principal girou em torno do momento presente. Da importância de permanecer no momento presente como uma forma de buscar serenidade e felicidade. O foco no momento presente foi apresentado aos participantes como uma forma de reagir melhor a experiência, de forma que colocar em prática técnicas aprendidas em sessões anteriores podem os ajudar nisso.

**Práticas na sessão:** meditação de 10 minutos, mindfulness caminhando, mindfulness nos movimentos corporais e prática dos 3 minutos.

**Tarefas de casa:** praticas formais: meditação de 10 minutos, mindfulness na respiração e a prática dos 3 minutos 3 vezes ao dia. Uma nova instrução sobre a prática dos 3 minutos foi dada e serviu como pratica informal: foi pedido que os participantes usassem a técnica como forma de *coping*, ou seja, em situações desagradáveis ou difíceis, como ferramenta para manter o foco no momento presente e se manter presente em momentos de dificuldade.

**Tarefa de casa fixa:** Preencher o diário de mindfulness relatando as experiências com as práticas e também relatando momentos do dia em que teve pensamentos ou sentimentos desagradáveis ou em que se sentiu sem atenção plena.

- **5ª Sessão**

**Tema:** Permitindo/Deixando ser

**Momentos na sessão:** a sessão se iniciou com a prática do mindfulness na respiração e o *body scan*. Depois, foi pedido que os participantes fizessem uma lista contendo um ranking de cinco pensamentos negativos que mais os desgastavam. Após essa etapa foi executada a prática dos 3 minutos em forma de *coping* em relação aos pensamentos que os participantes registraram na lista. Após isso, foram discutidas as tarefas de casa da semana anterior. Por fim, foi apresentado aos participantes o conceito de aceitação e foram discutidos a relação desta com a atenção plena.

**Práticas na sessão:** mindfulness na respiração, body scan e prática dos 3 minutos.

**Tarefas de casa:** praticas informais: atenção plena na alimentação e outras atividades diárias e prática dos 3 minutos (*coping*); práticas formais: mindfulness na respiração, body scan prática dos 3 minutos (regular).

**Tarefa de casa fixa:** Preencher o diário de mindfulness relatando as experiências com as práticas e também relatando momentos do dia em que teve pensamentos ou sentimentos desagradáveis ou em que se sentiu sem atenção plena.

- **6ª Sessão**

**Tema:** Pensamentos não são fatos

**Momentos na sessão:** a sexta sessão teve início com a prática do mindfulness na respiração e o *body scan*. Após isso, foram discutidas as tarefas de casa da semana anterior. Na etapa seguinte, foi apresentado para os participantes o modelo cognitivo de Beck como forma de explicar para eles a diferença entre pensamentos e fatos e como meio para explicar as distorções cognitivas que ocorrem no dia-a-dia. Para que os participantes assimilassem melhor a ideia, foi entregue em mãos mais um diário: o Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais (RDPD; APÊNDICE E). Por fim, foi realizada a prática dos 3 minutos.

**Práticas na sessão:** mindfulness na respiração, *body scan* e prática dos 3 minutos.

**Tarefas de casa:** prática informal: prestar atenção em momentos do dia em que houve situações desagradáveis ou difíceis, anotar no RDPD e verificar se o fato condiz com o que foi pensado sobre o mesmo anteriormente; práticas formais: mindfulness na respiração, *body scan*, mindfulness nos movimentos corporais e prática dos 3 minutos.

**Tarefa de casa fixa:** Preencher o diário de mindfulness relatando as experiências com as práticas e também relatando momentos do dia em que teve pensamentos ou sentimentos desagradáveis ou em que se sentiu sem atenção plena.

- **7ª Sessão**

**Tema:** Como posso me cuidar melhor?

**Momentos na sessão:** as práticas de mindfulness na respiração e mindfulness nos movimentos corporais foram utilizadas para iniciar a sessão. Depois foram discutidas as tarefas de casa da semana anterior. A discussão central da penúltima sessão girou em torno do cuidado consigo mesmo. Foi utilizada a reflexão: atividades que dão energia *versus* atividades que despendem energia, trazendo para a discussão formas de investir mais tempo e energia em boas práticas, como exercícios físicos, meditações e uma alimentação saudável, e como estar focado no momento presente poderia facilitar esse processo. Por fim, foi executada a prática dos 3 minutos.

**Práticas na sessão:** mindfulness nos movimentos corporais, mindfulness na respiração e a prática dos 3 minutos.

**Tarefas de casa:** prática informal: atenção plena na alimentação e outras atividades diárias e prática dos 3 minutos (coping); práticas formais: escolher uma prática que seja fixa todos os dias.

**Tarefa de casa fixa:** Preencher o diário de mindfulness relatando as experiências com as práticas e também relatando momentos do dia em que teve pensamentos ou sentimentos desagradáveis ou em que se sentiu sem atenção plena.

- **8ª Sessão**

**Tema:** Usando o que foi aprendido para lidar com dificuldades no futuro

**Momentos na sessão:** a última sessão iniciou-se com a prática do *body scan*. Depois foram discutidas as práticas e tarefas de casa da semana anterior. A ideia central dessa sessão foi fazer um apanhado geral da intervenção, revisando algumas práticas e conceitos que foram abarcados. Os participantes foram incentivados a continuarem praticando, mesmo após o fim das oito semanas de práticas da intervenção. Foram elencados centros de meditação e *yoga* da região, bem como grupos onde ocorrem práticas de mindfulness. Por fim, houve um momento final de prática, com uma meditação de 10 minutos, focada na respiração, e a prática do mindfulness nos movimentos corporais.

**Práticas na sessão:** *body scan*, mindfulness na respiração e meditação de 10 minutos.

**Tarefas de casa:** práticas informais: incorporar, de forma fixa, a atenção plena em 2 atividades diárias (escovar os dentes, comer, caminhar, etc.); práticas formais: incorporar, de forma fixa, duas práticas formais ao dia.

**Tarefa de casa fixa:** Preencher o diário de mindfulness relatando as experiências com as práticas e também relatando momentos do dia em que teve pensamentos ou sentimentos desagradáveis ou em que se sentiu sem atenção plena.

## 7.9 ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizada a versão 21 do “software” *IBM Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS) para a realização dos procedimentos estatísticos. O primeiro passo foi realizar procedimentos para fornecer estatísticas descritivas (média, desvio padrão, erro padrão e

intervalo de confiança [IC de 95%]) e de frequência (quantitativo e percentis), para descrever a amostra. Em seguida, para análises comparativas dos níveis de depressão, mindfulness e regulação emocional foi empregado um procedimento de análise de medidas repetidas por meio do Modelo Linear Geral (GLM *repeated measures*), com nível de significância estabelecido em 0,05. Além disso, verificou-se as diferenças entre o Tempo e o efeito entre o Tempo x Grupos nas variáveis dependentes que foram estudadas. Os critérios de normalidade e esfericidade foram analisados partir do teste de Shapiro-Wilk e do teste de Mauchly, respectivamente. As variáveis que não apresentaram normalidade foram corrigidas pela padronização em escore Z. Já as variáveis que não respeitaram os critérios de esfericidade foram corrigidas pelo critério de correção de *Greenhouse-Geisser*. Foi realizado o teste post-hoc de Bonferroni para verificar diferenças entre os grupos e entre os momentos de avaliação.

## 8 RESULTADOS

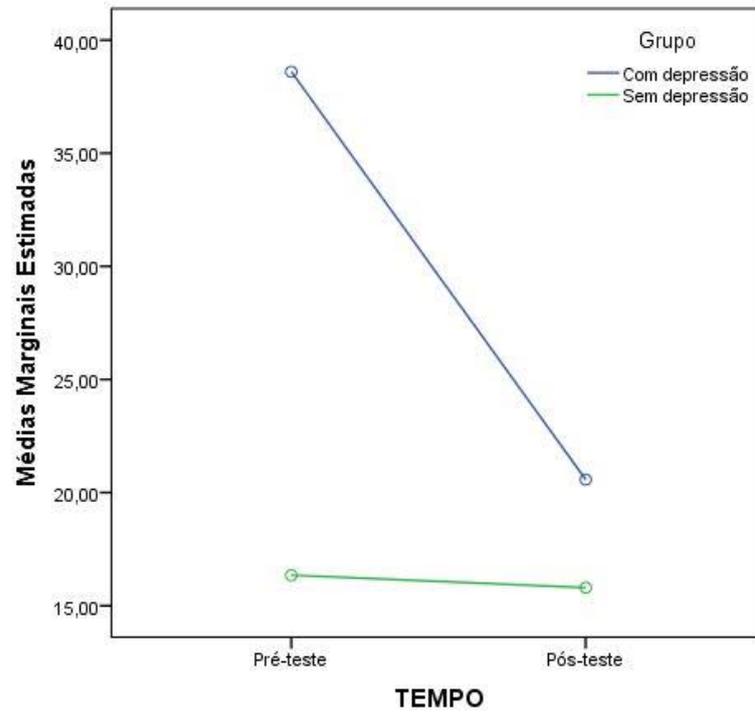
### 8.1 ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

Através de estatísticas descritivas foi possível verificar mudanças nos valores das médias do pós-teste em relação ao pré-teste. Mais precisamente, verificou-se que o nível de depressão no pós-teste teve uma queda no escore médio de 38,60 (4,27) para 20,57 (3,22) no grupo clínico e de 16,35 (3,54) para 15,80 (4,06) no grupo controle. Os números do grupo controle nessa variável atestam a condição saudável e ainda mostram uma leve melhora (não significativa) de possíveis sintomas depressivos existentes. O nível de mindfulness teve aumentos nos dois grupos: de 83,85 (14,6) para 101,22 (9,73) no grupo clínico e de 93,28 (12,5) para 102,97 (9,66) no grupo controle. Nota-se que o nível de mindfulness dos grupos pós-intervenção ficou bastante próximo. Regulação Emocional apresentou um leve aumento nos dois fatores: No grupo clínico, o Fator 1 (Estratégias eficazes) aumentou de 4,43 (1,92) para 5,05 (1,93) e Fator 2 (Estratégias ineficazes) foi de 5,65 (2,04) para 6,32 (1,77). Já no grupo controle, o Fator 1 aumentou de 4,67 (1,83) para 5,30 (1,38) e o Fator 2 aumentou de 5,75 (1,82) para 6,70 (1,45). Esses dados são apresentados a seguir, no quadro 3.

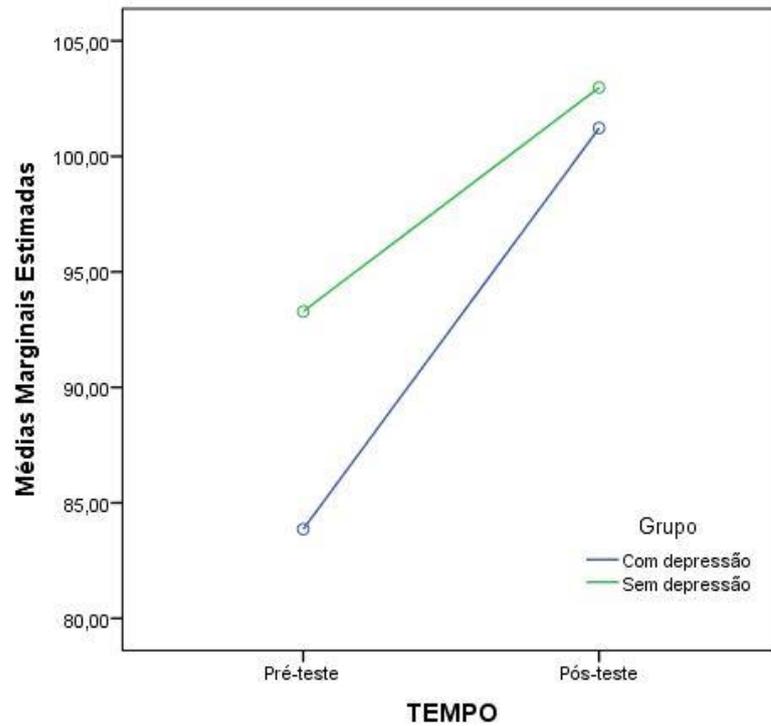
**Quadro 3. Estatísticas descritivas – Médias do Grupo clínico e grupo controle**

<b>Medidas</b>	<b>Grupo</b>	<b>Pré-teste Média (DP)</b>	<b>Pós-teste Média (DP)</b>
Nível de depressão	Com depressão	38,60 (4,27) *	20,57 (3,22) *
	Sem depressão	16,35 (3,54) *	15,80 (4,06) *
Nível de mindfulness	Com depressão	83,85 (14,60) *	101,22 (9,73) *
	Sem depressão	93,28 (12,58) *	102,97 (9,66) *
Regulação emocional - Estratégias eficazes	Com depressão	4,43 (1,92) *	5,05 (1,93) *
	Sem depressão	4,67 (1,83) *	5,30 (1,38) *
Regulação emocional - Estratégias ineficazes	Com depressão	5,65 (2,04) *	6,32 (1,77) *
	Sem depressão	5,75 (1,82) *	6,70 (1,45) *

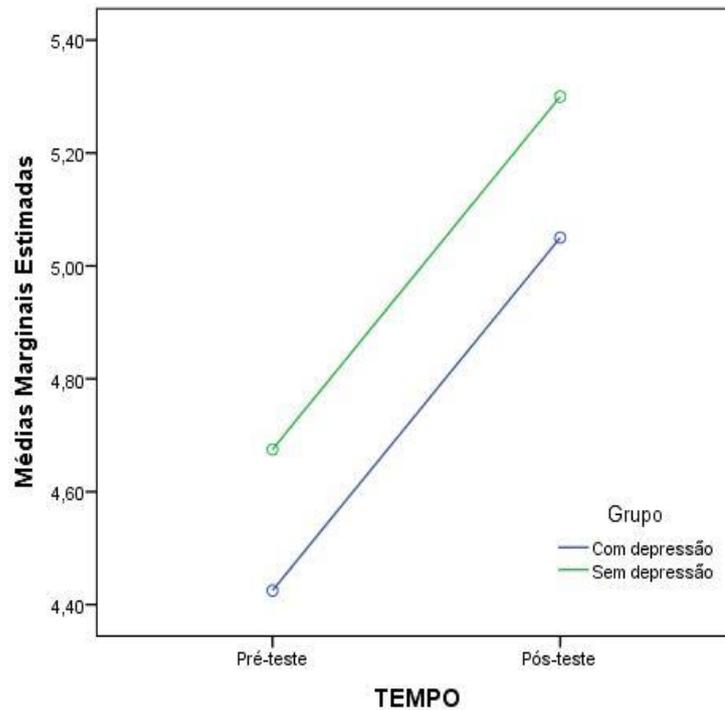
\*  $p < 0.05$

**Gráfico 1. Nível de depressão**

No gráfico 1, pode-se perceber que o grupo controle se manteve durante todo o tempo na condição de saudável. O grupo clínico manteve a média sempre acima de 20 pontos, mesmo após a intervenção, o que significa que manteve algum nível de depressão. Os resultados sugerem que a intervenção foi eficaz na redução do nível de depressão.

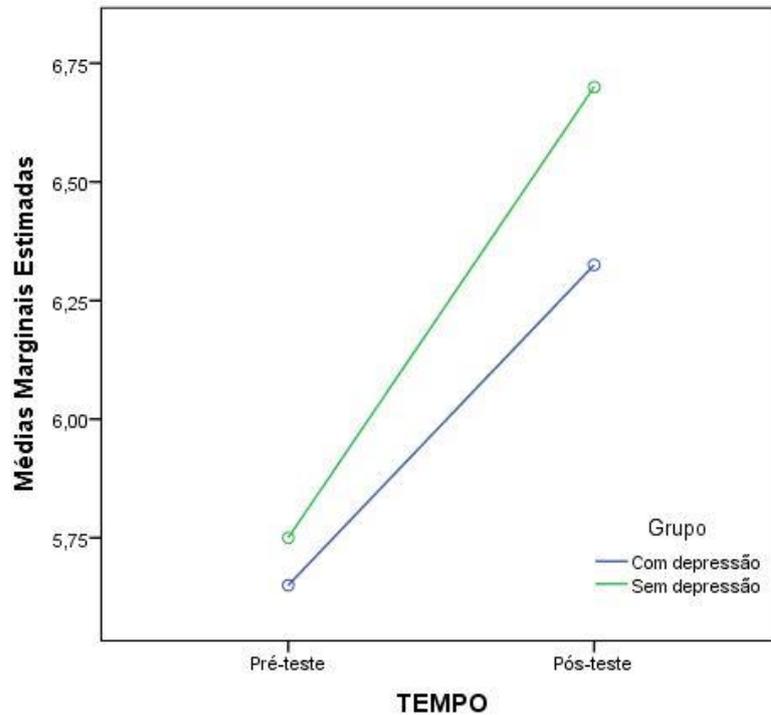
**Gráfico 2. Nível de mindfulness**

O nível de mindfulness em ambos os grupos aumentou após a intervenção. É interessante notar que no pré-teste o nível de mindfulness no grupo clínico era consideravelmente menor que o nível do grupo controle. Porém, por mais saudável que o grupo clínico seja, sua pontuação no pré-teste e no pós-teste se mantiveram distantes do escore máximo do instrumento utilizado (195 pontos).

**Gráfico 3. Regulação emocional – Estratégias eficazes**

Como era esperado, o grupo controle apresentou um desempenho melhor que o grupo clínico no que se refere a habilidade de detectar se as estratégias apresentadas eram eficazes para regular as emoções. Após as oito semanas de intervenção, houve uma melhora no desempenho de ambos os grupos. Porém, o grupo controle continuou com um desempenho superior.

Gráfico 4. Regulação emocional – Estratégias ineficazes



No que se refere a habilidade de detectar que as estratégias eram ineficazes para regular as emoções, as pontuações dos dois grupos no pré-teste foram próximas. Nota-se que após a intervenção os desempenhos dos grupos melhoraram, porém, o desempenho do grupo controle foi muito superior ao do grupo clínico.

## 8.2 ESTATÍSTICAS INFERENCIAIS

As análises de estatísticas inferenciais através do GLM de medidas repetidas revelaram que houve interação entre o tempo e as medidas [ $F(1,32, 103,58) = 119,74$ ;  $p < 0,01$ ;  $\eta_p^2 = 0,60$ ], o que significa dizer que o efeito da intervenção depende do tempo. Foi executado um teste post-hoc de Bonferroni e verificou-se que as diferenças entre pré e pós-teste foram significativas no nível de depressão do grupo clínico ( $p < 0,01$ ), significativas no nível de mindfulness dos dois grupos ( $p < 0,01$ ), não significativas no fator 1 de regulação emocional em ambos os grupos ( $p > 0,05$ ) e significativas no fator 2 de regulação emocional no grupo controle ( $p < 0,05$ ), conforme mostra o quadro 4 abaixo:

**Quadro 4. Teste Post-hoc de Bonferroni – Grupo clínico e grupo controle**

<b>Grupo</b>	<b>Medidas</b>	<b>Diferença média (I-J)</b>	<b><i>p</i></b>
	Nível de depressão	18,025**	,000
Com depressão	Nível de mindfulness	17,368**	,000
	Regulação emocional - Estratégias eficazes	,625	,112
	Regulação emocional - Estratégias ineficazes	,675	,080
	Nível de depressão	,550	,509
Sem depressão	Nível de mindfulness	9,690**	,000
	Regulação emocional - Estratégias eficazes	,625	,112
	Regulação emocional - Estratégias ineficazes	,950*	,015

\*. A diferença média é significativa em  $p < 0.05$

\*\*. A diferença média é significativa em  $p < 0.01$

Intervalo de confiança de 95%

A fim de verificar as diferenças entre o grupo clínico e o grupo controle, foi realizado um novo teste post-hoc de Bonferroni (Quadro 5). Os resultados mostram que houve diferenças significativas entre os grupos para duas variáveis no pré-teste: nível de depressão e nível de mindfulness. No que se refere ao nível de depressão, constatou-se o que era esperado, visto que um grupo era composto por indivíduos com diagnóstico e o outro por indivíduos saudáveis.

**Quadro 5. Teste Post-hoc de Bonferroni – Grupo clínico x Grupo controle**

<b>Tempo</b>	<b>Medidas</b>	<b>Diferença média (I-J)</b>	<b><i>p</i></b>
Pré-teste	Nível de depressão	22,250**	,000
	Nível de mindfulness	9,430*	,003
	Regulação emocional - Estratégias eficazes	,250	,553
	Regulação emocional - Estratégias ineficazes	,100	,818
Pós-teste	Nível de depressão	4,775**	,000
	Nível de mindfulness	1,753	,422
	Regulação emocional – Estratégias eficazes	,250	,508
	Regulação emocional – Estratégias ineficazes	,375	,304

\*. A diferença média é significativa em  $p < 0.05$

\*\*.. A diferença média é significativa em  $p < 0.01$

Intervalo de confiança de 95%

Em relação ao pós-teste, o quadro 5 revelou que continuou havendo diferenças significativas no nível de depressão, enquanto as diferenças em nível de mindfulness deixaram de ser significativas. As diferenças entre os grupos no que se refere ao nível de mindfulness se deve ao aumento significativo na variável no grupo clínico após a intervenção, o que aproximou bastante os níveis de mindfulness dos dois grupos.

## 9 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa se mostram consonantes com o que é relatado na literatura acerca da eficácia da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness como terapêutica para o transtorno depressivo maior. A primeira hipótese do estudo foi refutada, pois não houve aumento significativo da regulação emocional no grupo clínico. Essa refutação sugere ineficácia da intervenção sobre a regulação emocional. A segunda hipótese foi confirmada, visto que o nível de depressão no grupo clínico diminuiu significativamente. A terceira hipótese também foi confirmada, visto que o nível de mindfulness teve aumento significativo em ambos os grupos após as oito semanas de intervenção.

O objetivo geral deste estudo foi verificar os efeitos de uma intervenção de Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT) sobre a regulação emocional de indivíduos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior. Entretanto, não foram encontradas mudanças significativas na regulação emocional dos indivíduos com TDM após a intervenção com MBCT. Comparando com um grupo controle de indivíduos saudáveis, verificou-se que não houve mudanças significativas na regulação emocional como um todo. Mais especificamente, verificou-se que apenas o grupo controle apresentou diferenças significativas no desempenho em regulação emocional e somente para o fator “estratégias ineficazes”. Esses resultados sugerem que a proposta de intervenção adotada não funcionou como um bom modulador da regulação emocional na amostra estudada.

De acordo com alguns autores (BRACKETT et al., 2012; LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013; ALDAO; SHEPPES; GROSS, 2015; BRACKETT et al., 2019), a regulação emocional, assim como outras competências/habilidades socioemocionais, requer um tempo para ser desenvolvida. Estima-se que intervenções objetivando o incremento dessa habilidade tenham duração entre 1 e 2 anos para atingir a eficácia. Isso põe em xeque as pesquisas realizadas com MBI's, que têm duração variando entre 6 e 14 semanas, e explica a ineficácia sugerida pelos resultados desta pesquisa.

Outro ponto interessante nessa discussão é o tipo de avaliação utilizado para mensurar o construto da RE. Neste estudo foi utilizado um instrumento que avalia a regulação emocional por desempenho. Nesse campo de pesquisa, esse tipo de instrumento avalia a performance do indivíduo em determinadas tarefas diretamente relacionadas ao processamento cognitivo de informações emocionais. Sabe-se que os testes de desempenho são os mais apropriados para que o indivíduo comprove sua capacidade de processar as emoções, pois dificultariam a simulação de desempenho, além de evitar avaliações subjetivas (como o viés da deseabilidade social) acerca da habilidade que se quer avaliar, como ocorre nos inventários de autorrelato

(BRACKETT et al., 2006; WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009; MIGUEL; PRIMI, 2014). Assim sendo, é possível que os resultados relatados na literatura, até então, não sejam tão fidedignos quanto parecem ser.

O primeiro objetivo específico desta pesquisa consistiu em avaliar os níveis de depressão dos participantes do grupo clínico. Os resultados sugeriram que os participantes do grupo clínico apresentaram diminuições significativas do nível de depressão após a intervenção. Os resultados do presente estudo corroboram com achados consistentes na literatura sobre o impacto positivo da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness sobre os níveis de depressão em pacientes com TDM (MACKENZIE; KOCOVSKI, 2016; LIBERALI, 2017; WANG et al., 2018; GOLDBERG et al., 2019).

A sobreposição entre a neurobiologia do mindfulness e da depressão é uma possível explicação para a diminuição do nível de depressão. Vimos que os mecanismos de ação das MBI's atuam sobre regiões cerebrais afetadas na etiologia da depressão e que seus efeitos incluem, entre outros, o incremento da atividade de regiões como o córtex pré-frontal e o córtex cingulado anterior e a diminuição da atividade da amígdala. Aumentos de massa cinzenta em algumas regiões e de neurotransmissores, como a serotonina, relacionados à prática de mindfulness também podem estar subjacentes aos achados (LAZAR et al., 2014; TANG; HÖLZEL; POSNER, 2015; VIGNAUD et al., 2018).

O segundo objetivo específico envolveu a mensuração e comparação dos desempenhos em regulação emocional dos participantes do grupo controle e do grupo clínico nos dois momentos de avaliação. Os resultados mostraram que houve melhoras em ambos os grupos, porém não foram melhoras significativas de desempenho. Houve mudança significativa apenas no grupo controle e no que se refere a estratégias ineficazes. Observa-se, através dos gráficos 3 e 4, que os desempenhos dos grupos mantiveram um padrão de distanciamento em relação a estratégias eficazes. Já no que se refere a estratégias ineficazes, observa-se que os grupos estavam com desempenho parecido durante o pré-teste e houve um aumento significativo no grupo controle enquanto que o grupo clínico não demonstrou mudanças significativas.

O TRE é um instrumento recente e não foi utilizado antes com populações clínicas, o que não permite uma comparação com dados anteriores. Porém, o instrumento demonstrou boas propriedades psicométricas em seu estudo de construção e validação (LIRA, 2017). Entretanto, o TRE é um instrumento inovador na literatura por ser um instrumento de desempenho, ao contrário do ERQ (GROSS; JOHN, 2003), do DERS (GRATZ; ROEMER, 2004) e do ERC (SHIELDS; CICHETTI, 1995), os mais utilizados na área, todos de auto-relato. Levando em consideração os modelos existentes na literatura, este estudo seguiu uma linha diferente para a

avaliação do construto Regulação Emocional em pacientes com depressão maior, o que pode ter contribuído para achados diferentes do que já foi relatado.

O terceiro objetivo específico da pesquisa foi mensurar e comparar os níveis de mindfulness dos dois grupos nos dois momentos de avaliação. Para isso, utilizou-se o Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ-Br). O instrumento de autorrelato avalia o mindfulness por diferentes componentes, porém pode-se obter um nível de mindfulness através de um escore total. Os resultados mostraram que no pré-teste houve diferença significativa entre os dois grupos, sendo que o grupo controle (saudável) tinha um nível de mindfulness superior ao grupo clínico. Após a intervenção, houve um aumento significativo do nível de mindfulness no grupo clínico e no grupo controle, de forma que as diferenças entre os grupos passaram a não serem significativas. Ou seja, os grupos passaram a ter níveis de mindfulness semelhantes.

O aumento dos níveis de mindfulness em indivíduos com depressão pós-intervenção MBCT já foi relatado na literatura (BOHLMMEIJER et al., 2011; DIDONNA et al., 2018; MAYER; POLAK, 2019; PARMENTIER et al., 2019) e este estudo mostrou que pessoas da faixa etária específica dos 18 aos 30 anos se beneficiam desses efeitos, assim como se beneficiam da diminuição do nível de depressão. O grupo controle apresentou aumento significativo nos níveis de mindfulness, sugerindo que a MBCT é uma intervenção benéfica tanto para indivíduos diagnosticados com TDM quanto para indivíduos saudáveis, como foi relatado em alguns estudos anteriores (CHIESA; SERRETTI, 2009; SANADA et al., 2016; SANADA et al. 2017). Assim, verifica-se que a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness eleva os níveis de mindfulness, conforme apontado pela literatura (CARMODY; BAER, 2008; VAN AALDEREN, J. R. et al., 2012; GU et al., 2016).

Diferentemente do que foi descrito por estudos anteriores (KOVACS; JOORMANN; GOTLIB, 2008; GROSS; JAZAIERI, 2014; MEHRABI et al., 2014), não foi encontrada uma relação entre bons desempenhos em regulação emocional e a melhora na depressão, visto que o nível de depressão no grupo clínico diminuiu de forma significativa e não houve mudanças significativas nos desempenhos em regulação emocional. Nesse mesmo sentido, verificou-se também que não houve relação entre nível de mindfulness e o desempenho em regulação emocional.

Embora as estruturas implicadas nos processos emocionais, na depressão e no mindfulness estejam parcialmente sobrepostas, os circuitos relacionados a regulação emocional podem ser independentes. Isso poderia explicar o fato de ter havido uma melhora na percepção que os indivíduos com depressão tiveram acerca de seu bem-estar psicológico (demonstrado

através da diminuição no nível de depressão) após a intervenção, mesmo que não tenham sido encontrados melhores desempenhos em regulação emocional. Uma outra possível hipótese é de que talvez o tempo de intervenção (oito semanas) seja suficiente para o incremento dos sintomas de depressão e do nível de mindfulness, mas não para a regulação emocional.

Outro ponto que mostra o diferencial deste estudo é que o instrumento utilizado para avaliar a regulação emocional, o TRE (LIRA, 2017), avalia os desempenhos dos indivíduos em regular diferentes emoções e por uma perspectiva de processos temporais (GROSS, 2015). Por outro lado, a literatura aponta que a maior parte dos estudos que se propuseram a investigar relações entre mindfulness e regulação emocional e a relação entre TDM e regulação emocional focaram em analisar estratégias de regulação de emoções negativas (GUENDELMAN; MEDEIROS; RAMPES, 2017; LIU; THOMPSON, 2017) e por uma perspectiva de modelos baseados em estratégias (NARAGON-GAINEY; MCMAHON; CHACKO, 2017). Essas diferenças também podem explicar os achados distintos.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa sugerem que a intervenção adotada não foi eficaz para melhorar a regulação emocional dos indivíduos com transtorno depressivo maior. A forma de avaliação, o tempo de intervenção, o conteúdo da intervenção e outras variáveis não controladas, podem explicar os achados diferentes do que é relatado na literatura. Entretanto, verificou-se que o nível de depressão no grupo clínico diminuiu de forma significativa após a intervenção e que os níveis de mindfulness do grupo clínico e do grupo controle aumentaram de forma significativa. Alguns dos achados estão consonantes com a literatura, especialmente no que se refere a diminuição da depressão e aumento dos níveis de mindfulness. Por outro lado, na contramão do que mostra a literatura, o aumento dos níveis de mindfulness e a diminuição dos níveis de depressão não apresentaram relação com a regulação emocional.

O presente estudo visou implementar uma intervenção de Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness e avaliar seus efeitos sobre a regulação emocional de pacientes diagnosticados com transtorno depressivo maior. Pretendeu-se verificar os efeitos sobre indivíduos da faixa etária dos 18 aos 30 anos, uma faixa de idade bastante comprometida pelo transtorno depressivo maior, mas pouco investigada de forma particular. Para a avaliação dos construtos investigados, adotou-se medidas diferentes do que é relatado na literatura acerca da depressão maior e da regulação emocional.

Aponta-se como limitações do estudo os seguintes pontos: 1- O grupo controle com indivíduos saudáveis pode ter sido uma limitação. Para verificar maiores diferenças em relação ao transtorno depressivo maior, seria preferível comparar grupos formados por indivíduos com TDM, seja um grupo controle em lista de espera ou submetido a outra intervenção. 2- Falta de um acompanhamento pós-intervenção (follow-up) também impossibilita saber se a longo prazo houve uma modulação melhor da regulação emocional no grupo clínico, ou mesmo se houve alguma espécie de recaída nos níveis de depressão e mindfulness. 3- A não realização de cálculo amostral para a seleção de um tamanho de amostra mais adequado para o tipo de pesquisa e para a temática pesquisada. 4- A não utilização de um instrumento já consolidado para a avaliação da regulação emocional, a fim de compará-lo com o TRE.

Recomenda-se a realização de novos estudos a fim de investigar mais minuciosamente os efeitos da MBCT dentro da depressão maior ou em outros transtornos psiquiátricos, por ser uma proposta de intervenção menos invasiva, com poucos efeitos colaterais e baixo custo. O uso de amostras maiores também é recomendado, a fim de se obter um maior poder estatístico. Por fim, sugere-se que estudos futuros sejam utilizados com os instrumentos utilizados nesta

pesquisa, como também com instrumentos já consolidados para a avaliação dos construtos aqui estudados, visando a comparação dos achados.

## REFERÊNCIAS

- AHERN, Elayne; SEMKOVSKA, Maria. Cognitive functioning in the first-episode of major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. **Neuropsychology**, v. 31, n. 1, p. 52, 2017.
- ALDAO, Amelia; NOLEN-HOEKSEMA, Susan; SCHWEIZER, Susanne. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. **Clinical psychology review**, v. 30, n. 2, p. 217-237, 2010.
- ALDAO, Amelia; NOLEN-HOEKSEMA, Susan. The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. **Behaviour research and therapy**, v. 50, n. 7-8, p. 493-501, 2012.
- ALDAO, Amelia. The future of emotion regulation research: Capturing context. **Perspectives on Psychological Science**, v. 8, n. 2, p. 155-172, 2013.
- ALDAO, Amelia; SHEPPES, Gal; GROSS, James J. Emotion regulation flexibility. **Cognitive Therapy and Research**, v. 39, n. 3, p. 263-278, 2015.
- ALSUBAIE, Modi et al. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: a systematic review. **Clinical Psychology Review**, v. 55, p. 74-91, 2017.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV**: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.
- APAYDIN, Eric A. et al. A systematic review of St. John's wort for major depressive disorder. **Systematic reviews**, v. 5, n. 1, p. 148, 2016.
- BAER, Ruth A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. **Clinical psychology: Science and practice**, v. 10, n. 2, p. 125-143, 2003.
- BAER, Ruth A. et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. **Assessment**, v. 13, n. 1, p. 27-45, 2006.
- BAER, Ruth A. et al. Construct validity of the five facets mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. **Assessment**, v. 15, n. 3, p. 329-342, 2008.
- BAKKOUR, Nadia et al. Systematic review of appropriate cognitive assessment instruments used in clinical trials of schizophrenia, major depressive disorder and bipolar disorder. **Psychiatry research**, v. 216, n. 3, p. 291-302, 2014.
- BARROS, Víviam Vargas de et al. Validity evidence of the brazilian version of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 3, p. 317-327, 2014.
- BATINK, Tim et al. How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. **PLoS One**, v. 8, n. 8, 2013.

BAUNE, Bernhard T.; AIR, Tracy. Clinical, functional, and biological correlates of cognitive dimensions in major depressive disorder – rationale, design, and characteristics of the cognitive function and Mood Study (CoFaM-Study). **Frontiers in psychiatry**, v. 7, p. 150, 2016.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. Artmed Editora, 2002.

BECH, P. E. R.; WERMUTH, L. Applicability and validity of the Major Depression Inventory in patients with Parkinson's disease. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 52, n. 4, p. 305-310, 1998.

BECK, Aaron T. Cognitive therapy: past, present, and future. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 61, n. 2, p. 194, 1993.

BERKING, Matthias et al. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. **Behaviour research and therapy**, v. 46, n. 11, p. 1230-1237, 2008.

BIELING, Peter J. et al. Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 80, n. 3, p. 365, 2012.

BISHOP, Scott R. et al. Mindfulness: A proposed operational definition. **Clinical psychology: Science and practice**, v. 11, n. 3, p. 230-241, 2004.

BLACK, David S. A brief definition of mindfulness. **Behavioral Neuroscience**, v. 7, n. 2, p. 109, 2011.

BOHLMMEIJER, Ernst et al. Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. **Assessment**, v. 18, n. 3, p. 308-320, 2011.

BONDOLFI, Guido et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. **Journal of affective disorders**, v. 122, n. 3, p. 224-231, 2010.

BORTOLATO, Beatrice; F CARVALHO, Andre; S MCINTYRE, Roger. Cognitive dysfunction in major depressive disorder: a state-of-the-art clinical review. **CNS & Neurological Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders)**, v. 13, n. 10, p. 1804-1818, 2014.

BOSTANOV, Vladimir et al. Event-related brain potentials reflect increased concentration ability after mindfulness-based cognitive therapy for depression: a randomized clinical trial. **Psychiatry research**, v. 199, n. 3, p. 174-180, 2012.

BRACKETT, Marc A. et al. Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. **Journal of personality and social psychology**, v. 91, n. 4, p. 780, 2006.

BRACKETT, Marc A. et al. Enhancing academic performance and social and emotional competence with the RULER feeling words curriculum. **Learning and Individual Differences**, v. 22, n. 2, p. 218-224, 2012.

BRACKETT, Marc A. et al. RULER: A theory-driven, systemic approach to social, emotional, and academic learning. **Educational Psychologist**, v. 54, n. 3, p. 144-161, 2019.

- BROWN, Kirk Warren; RYAN, Richard M.; CRESWELL, J. David. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. **Psychological inquiry**, v. 18, n. 4, p. 211-237, 2007.
- CARMODY, James; BAER, Ruth A. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. **Journal of behavioral medicine**, v. 31, n. 1, p. 23-33, 2008.
- CEBOLLA, Ausiás; DEMARZO, Marcelo. O que é Mindfulness. Em: A. Cebolla, J. Garcia-Campayo, & M. Demarzo. **Mindfulness e Ciência: Da tradição à modernidade**. São Paulo, SP: Palas Athena, 2016.
- CHAMBERS, Richard; GULLONE, Eleonora; ALLEN, Nicholas B. Mindful emotion regulation: An integrative review. **Clinical psychology review**, v. 29, n. 6, p. 560-572, 2009.
- CHIESA, Alberto; SERRETTI, Alessandro. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 15, n. 5, p. 593-600, 2009.
- CHIESA, Alberto; MALINOWSKI, Peter. Mindfulness-based approaches: are they all the same?. **Journal of clinical psychology**, v. 67, n. 4, p. 404-424, 2011.
- CHIESA, Alberto; SERRETTI, Alessandro; JAKOBSEN, Janus Christian. Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy? **Clinical psychology review**, v. 33, n. 1, p. 82-96, 2013.
- CHIESA, Alberto et al. Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. **Psychiatry research**, v. 226, n. 2-3, p. 474-483, 2015.
- CHISHOLM, Dan et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 5, p. 415-424, 2016.
- CLARK, Marci; DIBENEDETTI, Dana; PEREZ, Vanessa. Cognitive dysfunction and work productivity in major depressive disorder. **Expert review of Pharmacoeconomics & outcomes Research**, v. 16, n. 4, p. 455-463, 2016.
- COMPARE, Angelo et al. Emotional regulation and depression: A potential mediator between heart and mind. **Cardiovascular psychiatry and neurology**, v. 2014, 2014.
- CORCORAN, Kathleen M. et al. Mindfulness and emotion regulation. **Emotion regulation and psychopathology**, p. 339-355, 2009.
- CRAMER, Holger et al. Yoga for depression: A systematic review and meta-analysis. **Depression and anxiety**, v. 30, n. 11, p. 1068-1083, 2013.
- CRANE, R. S. et al. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. **Psychological medicine**, v. 47, n. 6, p. 990-999, 2017.
- CRAWFORD, Andrew A. et al. Adverse effects from antidepressant treatment: randomised controlled trial of 601 depressed individuals. **Psychopharmacology**, v. 231, n. 15, p. 2921-2931, 2014.
- CRESWELL, J. David. Mindfulness interventions. **Annual review of psychology**, v. 68, p. 491-516, 2017.

- CUIJPERS, Pim et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. In: **Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews** [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK), 2009.
- CUIJPERS, Pim et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 58, n. 7, p. 376-385, 2013.
- CULLEN, Margaret. Mindfulness-based interventions: An emerging phenomenon. **Mindfulness**, v. 2, n. 3, p. 186-193, 2011.
- DAVID, Daniel; CRISTEA, Ioana; HOFMANN, Stefan G. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. **Frontiers in psychiatry**, v. 9, p. 4, 2018.
- DAVIDSON, Richard J.; KASZNIAK, Alfred W. Conceptual and methodological issues in research on mindfulness and meditation. **American Psychologist**, v. 70, n. 7, p. 581, 2015.
- DEAN, Jason; KESHAVAN, Matcheri. The neurobiology of depression: An integrated view. **Asian journal of psychiatry**, v. 27, p. 101-111, 2017.
- DEMARZO, Marcelo MP et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: a meta-analytic review. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 573-582, 2015.
- DEMARZO, Marcelo MP; GARCIA-CAMPAYO, Javier. **Manual Prático de Mindfulness: curiosidade e aceitação**. 1ed. São Paulo: Palas Athena; 2015.
- DIAS, Cláudia; CRUZ, José Fernando; FONSECA, António Manuel. Emoções: Passado, presente e futuro. **Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 11-31, 2008.
- DIDONNA, Fabrizio et al. Relations of mindfulness facets with psychological symptoms among individuals with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder, or borderline personality disorder. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 92, n. 1, p. 112-130, 2018.
- DIERCKX, Bram et al. Efficacy of electroconvulsive therapy in bipolar versus unipolar major depression: a meta-analysis. **Bipolar disorders**, v. 14, n. 2, p. 146-150, 2012.
- DISABATO, Brianne et al. Neural structure and organization of mood pathology. In: **The Oxford Handbook of Mood Disorders**. 2016.
- DOLL, Anselm et al. Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala-prefrontal cortex connectivity. **Neuroimage**, v. 134, p. 305-313, 2016.
- EHRING, Thomas et al. Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. **Emotion**, v. 10, n. 4, p. 563, 2010.
- ERK, Susanne et al. Acute and sustained effects of cognitive emotion regulation in major depression. **Journal of Neuroscience**, v. 30, n. 47, p. 15726-15734, 2010.
- ETKIN, Amit; BÜCHEL, Christian; GROSS, James J. The neural bases of emotion regulation. **Nature reviews neuroscience**, v. 16, n. 11, p. 693-700, 2015.
- EYSENCK, Michael W.; KEANE, Mark t. **Manual de Psicologia Cognitiva-7**. Artmed Editora, 2017.
- FALKENSTRÖM, Fredrik. Studying mindfulness in experienced meditators: A quasi-experimental approach. **Personality and Individual Differences**, v. 48, n. 3, p. 305-310, 2010.

FARB, Norman AS; ANDERSON, Adam K.; SEGAL, Zindel V. The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 2, p. 70-77, 2012.

FOX, Elaine. **Emotion science cognitive and neuroscientific approaches to understanding human emotions**. Palgrave Macmillan, 2008.

GARLAND, Eric; GAYLORD, Susan; PARK, Jongbae. The role of mindfulness in positive reappraisal. **Explore**, v. 5, n. 1, p. 37-44, 2009.

GARLAND, Eric L. et al. Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. **Clinical psychology review**, v. 30, n. 7, p. 849-864, 2010.

GARLAND, Eric L. et al. State mindfulness during meditation predicts enhanced cognitive reappraisal. **Mindfulness**, v. 6, n. 2, p. 234-242, 2015a.

\_\_\_\_\_. Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. **Psychological Inquiry**, v. 26, n. 4, p. 293-314, 2015b.

GÄRTNER, Matti et al. Aberrant long-range temporal correlations in depression are attenuated after psychological treatment. **Frontiers in human neuroscience**, v. 11, p. 340, 2017.

GERMER, Christopher K.; SIEGEL, Ronald D.; FULTON, Paul R. **Mindfulness e psicoterapia**. Artmed Editora, 2015.

GILBERT, Paul. Introducing compassion-focused therapy. **Advances in psychiatric treatment**, v. 15, n. 3, p. 199-208, 2009.

GIRARD, Tanize VG; FEIX, Leandro da Fonte. Mindfulness: concepções teóricas e aplicações clínicas. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano-Higia**, v. 1, n. 2, p. 94-124, 2016.

GOLDBERG, Simon B. et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. **Clinical psychology review**, v. 59, p. 52-60, 2018.

GOLDBERG, Simon B. 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, 2019.

GOLDSTEIN, Joseph. **Mindfulness: A practical guide to awakening**. Sounds True, 2013.

GOODALL, Karen; TREJNOWSKA, Anna; DARLING, Stephen. The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. **Personality and Individual Differences**, v. 52, n. 5, p. 622-626, 2012.

GRATZ, Kim L.; ROEMER, Lizabeth. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. **Journal of psychopathology and behavioral assessment**, v. 26, n. 1, p. 41-54, 2004.

GRECUCCI, Alessandro et al. Mindful emotion regulation: exploring the neurocognitive mechanisms behind mindfulness. **BioMed research international**, v. 2015, 2015a.

\_\_\_\_\_ . Baseline and strategic effects behind mindful emotion regulation: Behavioral and physiological investigation. **PloS one**, v. 10, n. 1, p. e0116541, 2015b.

GROSSMAN, Paul. Mindfulness for psychologists: Paying kind attention to the perceptible. **Mindfulness**, v. 1, n. 2, p. 87-97, 2010.

GROSS, James J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. **Review of general psychology**, v. 2, n. 3, p. 271-299, 1998.

GROSS, James J. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. **Psychophysiology**, v. 39, n. 3, p. 281-291, 2002.

GROSS, James J.; JOHN, Oliver P. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. **Journal of personality and social psychology**, v. 85, n. 2, p. 348, 2003.

GROSS, James J.; THOMPSON, Ross A. Emotion regulation: Conceptual foundations. In Gross, James J. (Ed.). **Handbook of emotion regulation**. Guilford publications, 2007.

GROSS, James J.; JAZAIERI, Hooria. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. **Clinical Psychological Science**, v. 2, n. 4, p. 387-401, 2014.

GROSS, James J. Emotion regulation: Current status and future prospects. **Psychological Inquiry**, v. 26, n. 1, p. 1-26, 2015.

GU, Jenny et al. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. **Clinical psychology review**, v. 37, p. 1-12, 2015.

GU, Jenny et al. Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. **Psychological assessment**, v. 28, n. 7, p. 791, 2016.

GUENDELMAN, Simón; MEDEIROS, Sebastián; RAMPES, Hagen. Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. **Frontiers in Psychology**, v. 8, p. 220, 2017.

HALLER, Heidemarie et al. Complementary therapies for clinical depression: an overview of systematic reviews. **BMJ open**, v. 9, n. 8, p. e028527, 2019.

HANH, Thich Nhat. **Mindful movements: Ten exercises for well-being**. Parallax Press, 2008.

HAYES, Steven C.; STROSAHL, Kirk D. (Ed.). **A practical guide to acceptance and commitment therapy**. Springer Science & Business Media, 2004.

HICK, Steven F.; CHAN, Levia. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: effectiveness and limitations. **Social Work in Mental Health**, v. 8, n. 3, p. 225-237, 2010.

HILL, Christina LM; UPDEGRAFF, John A. Mindfulness and its relationship to emotional regulation. **Emotion**, v. 12, n. 1, p. 81, 2012.

HOFMANN, Stefan G.; ASMUNDSON, Gordon JG. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. **Clinical psychology review**, v. 28, n. 1, p. 1-16, 2008.

HOLAS, Pawel; JANKOWSKI, Tomasz.A cognitive perspective on mindfulness. **International Journal of Psychology**, v. 48, n. 3, p. 232-243, 2013.

- HÖLZEL, Britta 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, 2011.
- HONG, Phan Y.; LISHNER, David A.; HAN, Kim H. Mindfulness and eating: An experiment examining the effect of mindful raisin eating on the enjoyment of sampled food. **Mindfulness**, v. 5, n. 1, p. 80-87, 2014.
- HUANG, Feng-Ying et al. Mindfulness improves emotion regulation and executive control on bereaved individuals: an fMRI study. **Frontiers in human neuroscience**, v. 12, p. 541, 2019.
- HYLAND, Terry. The limits of mindfulness: Emerging issues for education. **British Journal of Educational Studies**, v. 64, n. 1, p. 97-117, 2016.
- JANKOWSKI, Tomasz; HOLAS, Pawel. Metacognitive model of mindfulness. **Consciousness and cognition**, v. 28, p. 64-80, 2014.
- JAZAIERI, Hooria; URRY, Heather L.; GROSS, James J. Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective. **Journal of Experimental Psychopathology**, v. 4, n. 5, p. 584-599, 2013.
- JONES, Thomas M. The effects of mindfulness meditation on emotion regulation, cognition and social skills. **European Scientific Journal**, v. 14, n. 14, p. 18-32, 2018.
- JOORMANN, Jutta; QUINN, Meghan E. Cognitive processes and emotion regulation in depression. **Depression and anxiety**, v. 31, n. 4, p. 308-315, 2014.
- JOORMANN, Jutta; STANTON, Colin H. Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. **Behaviour Research and Therapy**, v. 86, p. 35-49, 2016.
- KABAT-ZINN, Jon. 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, 1982.
- KABAT-ZINN, Jon; CHAPMAN-WALDROP, Ann. Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. **Journal of behavioral medicine**, v. 11, n. 4, p. 333-352, 1988.
- KABAT-ZINN, Jon. **Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness**. New York, NY: Bantam Doubleday Dell, 1990.
- KABAT-ZINN, Jon. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. **Hyperion**, p. 78-80, 1994.
- KABAT-ZINN, Jon. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). **Constructivism in the Human Sciences**, v. 8, n. 2, p. 73, 2003a.
- \_\_\_\_\_. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. **Clinical psychology: Science and practice**, v. 10, n. 2, p. 144-156, 2003b.
- KABAT-ZINN, Jon. **Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation**. Hachette UK, 2013.
- KABAT-ZINN, Jon. Mindfulness. **Mindfulness**, v. 6, n. 6, p. 1481-1483, 2015.

KALTENBOECK, Alexander; HARMER, Catherine. The neuroscience of depressive disorders: A brief review of the past and some considerations about the future. **Brain and Neuroscience Advances**, v. 2, p. 2398212818799269, 2018.

KAMENOV, K. et al. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. **Psychological medicine**, v. 47, n. 3, p. 414-425, 2017.

KANDEL, Eric et al. **Princípios de Neurociências-5**. AMGH Editora, 2014.

KENG, Shian-Ling; SMOSKI, Moria J.; ROBINS, Clive J. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. **Clinical psychology review**, v. 31, n. 6, p. 1041-1056, 2011.

KESSLER, Ronald C. The costs of depression. **Psychiatric Clinics**, v. 35, n. 1, p. 1-14, 2012.

KEUNE, Philipp M. et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. **Biological Psychology**, v. 88, n. 2-3, p. 243-252, 2011.

KEUNE, Philipp M. et al. Approaching dysphoric mood: state-effects of mindfulness meditation on frontal brain asymmetry. **Biological Psychology**, v. 93, n. 1, p. 105-113, 2013.

KIM, Sang Hee; HAMANN, Stephan. Neural correlates of positive and negative emotion regulation. **Journal of cognitive neuroscience**, v. 19, n. 5, p. 776-798, 2007.

KNIGHT, Matthew J.; BAUNE, Bernhard T. Cognitive dysfunction in major depressive disorder. **Current opinion in psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 26-31, 2018.

KNOWLAND, Daniel; LIM, Byung Kook. Circuit-based frameworks of depressive behaviors: The role of reward circuitry and beyond. **Pharmacology Biochemistry and Behavior**, v. 174, p. 42-52, 2018.

KOBER, Hedy; OCHSNER, Kevin N. Regulation of emotion in major depressive disorder. **Biological psychiatry**, v. 70, n. 10, p. 910, 2011.

KOOLE, Sander L. The psychology of emotion regulation: An integrative review. **Cognition and emotion**, v. 23, n. 1, p. 4-41, 2009.

KÖNIG, Hannah; KÖNIG, H.-H.; KONNOPKA, Alexander. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, p. 1-16, 2019.

KOVACS, Maria; JOORMANN, Jutta; GOTLIB, Ian H. Emotion (dys) regulation and links to depressive disorders. **Child development perspectives**, v. 2, n. 3, p. 149-155, 2008.

KRAGEL, Philip A.; LABAR, Kevin S. Decoding the nature of emotion in the brain. **Trends in cognitive sciences**, v. 20, n. 6, p. 444-455, 2016.

KUDESIA, Ravi S. Mindfulness as metacognitive practice. **Academy of Management Review**, v. 44, n. 2, p. 405-423, 2019.

KUPFER, David J.; FRANK, Ellen; PHILLIPS, Mary L. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. **The Lancet**, v. 379, n. 9820, p. 1045-1055, 2012.

KUYKEN, Willem et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work?. **Behaviour research and therapy**, v. 48, n. 11, p. 1105-1112, 2010.

- KUYKEN, Willem et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 386, n. 9988, p. 63-73, 2015.
- KVAM, Siri et al. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. **Journal of affective disorders**, v. 202, p. 67-86, 2016.
- LACERDA, Acioly et al. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Artmed Editora, 2009.
- LANGER, Ellen J. Minding matters: The consequences of mindlessness–mindfulness. In: *Advances in experimental social psychology*. **Academic Press**, 1989. p. 137-173.
- LANGER, Ellen J.; MOLDOVEANU, Mihnea. The construct of mindfulness. **Journal of social issues**, v. 56, n. 1, p. 1-9, 2000.
- LAZAR, Sara et al. Change in brainstem gray matter concentration following a mindfulness-based intervention is correlated with improvement in psychological well-being. **Frontiers in human neuroscience**, v. 8, p. 33, 2014.
- LEAHY, Robert L.; TIRCH, Dennis; NAPOLITANO, Lisa A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.
- LENT, Robert. **Cem bilhões de neurônios: Conceitos Fundamentais em Neurociência**. 2ª. Edição, Editora Atheneu, 2010.
- LEYLAND, Anna; ROWSE, Georgina; EMERSON, Lisa-Marie. Experimental effects of mindfulness inductions on self-regulation: Systematic review and meta-analysis. **Emotion**, v. 19, n. 1, p. 108, 2019.
- LI, Yan et al. Evaluating metabolites in patients with major depressive disorder who received mindfulness-based cognitive therapy and healthy controls using short echo MRSI at 7 Tesla. **Magnetic Resonance Materials in Physics, Biology and Medicine**, v. 29, n. 3, p. 523-533, 2016.
- LI, Xiaobai; WANG, Qi. Psychological Treatment for Depressive Disorder. In: *Depressive Disorders: Mechanisms, Measurement and Management*. **Springer**, Singapore, 2019. p. 233-265.
- LIBERALI, Rafaela. Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Major depressive disorder-systematic review and metanalysis. **Fisioterapia em Movimento**, v. 30, p. 335-349, 2017.
- LINEHAN, M. M. **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. Guilford Press. New York, NY, US, 1993.
- LINDQUIST, Kristen A. et al. The brain basis of emotion: a meta-analytic review. **The Behavioral and brain sciences**, v. 35, n. 3, p. 121, 2012.
- LIRA, Celine Lorena Oliveira Barboza de. **Construção e busca de evidências de validade para um instrumento de avaliação da regulação emocional**. 2017. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.
- LISANBY, Sarah H. Electroconvulsive therapy for depression. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 19, p. 1939-1945, 2007.

- LIU, Daphne Y.; THOMPSON, Renee J. Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: an integrative review. **Clinical psychology review**, v. 57, p. 183-194, 2017.
- LOFGREN, Ingrid Elizabeth. Mindful eating: an emerging approach for healthy weight management. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 9, n. 3, p. 212-216, 2015.
- LOLAK, Sermsak; SUWANNARAT, Pim; LIPSKY, Robert H. Epigenetics of depression. In: Progress in molecular biology and translational science. **Academic Press**, 2014. p. 103-137.
- LUDWIG, David S.; KABAT-ZINN, Jon. Mindfulness in medicine. **Jama**, v. 300, n. 11, p. 1350-1352, 2008.
- LUTZ, Jacqueline et al. Mindfulness and emotion regulation—an fMRI study. **Social cognitive and affective neuroscience**, v. 9, n. 6, p. 776-785, 2013.
- MACKENZIE, Meagan B.; KOCOVSKI, Nancy L. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. **Psychology research and behavior management**, v. 9, p. 125, 2016.
- MANICAVASAGAR, Vijaya et al. Cognitive predictors of change in cognitive behaviour therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depression. **Behavioural and cognitive psychotherapy**, v. 40, n. 2, p. 227-232, 2012.
- MANJI, Husseini K. et al. Enhancing neuronal plasticity and cellular resilience to develop novel, improved therapeutics for difficult-to-treat depression. **Biological psychiatry**, v. 53, n. 8, p. 707-742, 2003.
- MARS, Thomas S.; ABBEY, Hilary. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 13, n. 2, p. 56-66, 2010.
- MAYBERG, Helen S. Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. **British medical bulletin**, v. 65, n. 1, p. 193-207, 2003.
- MAYER, Birgit; POLAK, Marike G.; REMMERSWAAL, Danielle. Mindfulness, interpretation bias, and levels of anxiety and depression: Two mediation studies. **Mindfulness**, v. 10, n. 1, p. 55-65, 2019.
- MCBEE, Lucia. Mindfulness-based elder care: A CAM model for frail elders and their caregivers. **Springer Publishing Co**, 2008.
- MCINTYRE, Roger S. et al. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. **Depression and anxiety**, v. 30, n. 6, p. 515-527, 2013.
- MCINTYRE, Roger S. et al. The prevalence, measurement, and treatment of the cognitive dimension/domain in major depressive disorder. **CNS drugs**, v. 29, n. 7, p. 577-589, 2015.
- MEHRABI, Ali et al. Emotion regulation in depression: an integrative review. **Practice in Clinical Psychology**, v. 2, n. 3, p. 181-194, 2014.
- MEYER, Stephanie E.; CHROUSOS, George P.; GOLD, Philip W. Major depression and the stress system: a life span perspective. **Development and psychopathology**, v. 13, n. 3, p. 565-580, 2001.

MIGUEL, Fabiano Koich; PRIMI, Ricardo. Estudo psicométrico do teste informatizado de percepção de emoções primárias. **Avaliação Psicológica**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2014.

MUNSHI, Krishna; EISENDRATH, Stuart; DELUCCHI, Kevin. Preliminary long-term follow-up of Mindfulness-based cognitive therapy-induced remission of depression. **Mindfulness**, v. 4, n. 4, p. 354-361, 2013.

NARAGON-GAINEY, Kristin; MCMAHON, Tierney P.; CHACKO, Thomas P. The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. **Psychological Bulletin**, v. 143, n. 4, p. 384, 2017.

NILSSON, Håkan; KAZEMI, Ali. From Buddhist sati to Western mindfulness practice: A contextual analysis. **Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought**, v. 35, n. 1-2, p. 7-23, 2016a.

\_\_\_\_\_. Reconciling and thematizing definitions of mindfulness: The big five of mindfulness. **Review of General Psychology**, v. 20, n. 2, p. 183-193, 2016b.

OCHSNER, Kevin N.; GROSS, James J. Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. **Current directions in psychological science**, v. 17, n. 2, p. 153-158, 2008.

OCHSNER, Kevin N. et al. Bottom-up and top-down processes in emotion generation: common and distinct neural mechanisms. **Psychological science**, v. 20, n. 11, p. 1322-1331, 2009.

OLENDZKI, Andrew. The construction of mindfulness. **Contemporary Buddhism**, v. 12, n. 01, p. 55-70, 2011.

OMIDI, Abdollah et al. Comparing mindfulness based cognitive therapy and traditional cognitive behavior therapy with treatments as usual on reduction of major depressive disorder symptoms. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 15, n. 2, p. 142, 2013.

OPIE, Rachelle S. et al. The impact of whole-of-diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials. **Public health nutrition**, v. 18, n. 11, p. 2074-2093, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete** Vol. 1. Edusp, 1994.

OTA, Miho et al. Effect of electroconvulsive therapy on gray matter volume in major depressive disorder. **Journal of affective disorders**, v. 186, p. 186-191, 2015.

OTTE, Christian et al. Major depressive disorder. **Nature reviews Disease primers**, v. 2, p. 16065, 2016.

PARCIAS, Silvia et al. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. **J Bras Psiquiatr**, v. 60, n. 3, p. 164-170, 2011.

PARMENTIER, Fabrice BR et al. Mindfulness and symptoms of depression and anxiety in the general population: The mediating roles of worry, rumination, reappraisal and suppression. **Frontiers in psychology**, v. 10, p. 506, 2019.

PEÑA-SARRIONANDIA, Ainize; MIKOLAJCZAK, Moira; GROSS, James J. Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. **Frontiers in psychology**, v. 6, p. 160, 2015.

- PESSOA, Luiz. A network model of the emotional brain. **Trends in cognitive sciences**, v. 21, n. 5, p. 357-371, 2017.
- PIKE, Andrew J. Body-mindfulness in physiotherapy for the management of long-term chronic pain. **Physical therapy reviews**, v. 13, n. 1, p. 45-56, 2008.
- PLUTCHIK, Robert. A general psychoevolutionary theory of emotion. In: Theories of emotion. **Academic press**, 1980. p. 3-33.
- PLUTCHIK, Robert. Emotions and life: Perspectives from psychology, biology, and evolution. **American Psychological Association**, 2003.
- PURSER, Ronald; LOY, David. Beyond McMindfulness. **Huffington post**, v. 1, n. 7, p. 13, 2013.
- QUAGLIA, Jordan T. et al. From conceptualization to operationalization of mindfulness. **Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice**, p. 151-170, 2015.
- QUAGLIA, Jordan T. et al. Meta-analytic evidence for effects of mindfulness training on dimensions of self-reported dispositional mindfulness. **Psychological assessment**, v. 28, n. 7, p. 803, 2016.
- RADKOVSKY, Anna et al. Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 82, n. 2, p. 248, 2014.
- RICARTE, Mirela Dantas. **Construção de um instrumento para avaliação da regulação emocional em crianças e adolescentes**. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.
- RILEY, David. Hatha yoga and the treatment of illness. **Alternative therapies in health and medicine**, v. 10, n. 2, p. 20, 2004.
- RIVE, Maria M. et al. Neural correlates of dysfunctional emotion regulation in major depressive disorder. A systematic review of neuroimaging studies. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 37, n. 10, p. 2529-2553, 2013.
- ROEMER, Lizabeth; WILLISTON, Sarah Krill; ROLLINS, Laura Grace. Mindfulness and emotion regulation. **Current Opinion in Psychology**, v. 3, p. 52-57, 2015.
- SAARIMÄKI, Heini et al. Distributed affective space represents multiple emotion categories across the human brain. **Social cognitive and affective neuroscience**, v. 13, n. 5, p. 471-482, 2018.
- SAFRAN, Jeremy D.; MURAN, J. C. Brief relational therapy and the resolution of ruptures in the therapeutic alliance. **Psychotherapy Bulletin**, v. 40, n. 1, p. 13-17, 2005.
- SANADA, Kenji et al. Effects of mindfulness-based interventions on salivary cortisol in healthy adults: a meta-analytical review. **Frontiers in physiology**, v. 7, p. 471, 2016.
- SANADA, Kenji et al. Effects of mindfulness-based interventions on biomarkers in healthy and cancer populations: a systematic review. **BMC complementary and alternative medicine**, v. 17, n. 1, p. 125, 2017.
- SAUER-ZAVALA, Shannon E. et al. Comparing mindfulness-based intervention strategies: differential effects of sitting meditation, body scan, and mindful yoga. **Mindfulness**, v. 4, n. 4, p. 383-388, 2013.

- SHALLCROSS, Amanda J. et al. Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 83, n. 5, p. 964, 2015.
- SHELINE, Yvette I. et al. Resting-state functional MRI in depression unmasks increased connectivity between networks via the dorsal nexus. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 107, n. 24, p. 11020-11025, 2010.
- SHIELDS, A. M.; CICCETTI, D. **The development of an emotion regulation assessment battery: Reliability and validity among at-risk grade-school children**. In: Poster presented at the Society for Research in Child Development. Indianapolis, IN. 1995.
- SCHLOSS, Patrick; HENN, Fritz A. New insights into the mechanisms of antidepressant therapy. **Pharmacology & therapeutics**, v. 102, n. 1, p. 47-60, 2004.
- SCHOENBERG, Poppy LA; SPECKENS, Anne EM. Modulation of induced frontocentral theta (Fm- $\theta$ ) event-related (de-) synchronisation dynamics following mindfulness-based cognitive therapy in major depressive disorder. **Cognitive neurodynamics**, v. 8, n. 5, p. 373-388, 2014.
- SEGAL, Zindel V.; WILLIAMS, Mark J. G.; TEASDALE, John. D. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse**. New York: Guilford, p.351, 2002.
- SEGAL, Zindel V. et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. **Archives of general psychiatry**, v. 67, n. 12, p. 1256-1264, 2010.
- SEGAL, Zindel V.; TEASDALE, John. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression**. Guilford Publications, 2018.
- SHAPIRO, Shauna L.; SCHWARTZ, Gary E. The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. In: **Handbook of self-regulation**. Academic Press, 2000. p. 253-273.
- SHAPIRO, Shauna L. The integration of mindfulness and psychology. **Journal of clinical psychology**, v. 65, n. 6, p. 555-560, 2009.
- SCHOENBERG, Poppy LA; DAVID, Anthony S. Biofeedback for psychiatric disorders: a systematic review. **Applied psychophysiology and biofeedback**, v. 39, n. 2, p. 109-135, 2014.
- SIEGEL, Ronald D.; GERMER, Christopher K.; OLENDZKI, Andrew. Mindfulness: What is it? Where did it come from?. In: **Clinical handbook of mindfulness**. Springer, New York, NY, 2009. p. 17-35.
- SINGH, Nikita. et al. A mindfulness-based health wellness program for an adolescent with Prader-Willi syndrome. **Behavior modification**, v. 32, n. 2, p. 167-181, 2008.
- SINGH, Nikita; REECE, John. Psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination for adolescents with major depressive disorder: A meta-analysis. **The Educational and Developmental Psychologist**, v. 31, n. 1, p. 47-65, 2014.
- SIPE, Walter E.B.; EISENDRATH, Stuart J. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 2, p. 63-69, 2012.

- SMITH, Caroline A. et al. Acupuncture for depression. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 3, 2018.
- STRAUSS, Clara et al. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. **PLOS one**, v. 9, n. 4, p. e96110, 2014.
- TANG, Yi-Yuan; HÖLZEL, Britta K.; POSNER, Michael I. The neuroscience of mindfulness meditation. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 16, n. 4, p. 213-225, 2015.
- TANG, Yi-Yuan; HÖLZEL, Britta K.; POSNER, Michael I. Traits and states in mindfulness meditation. In: The neuroscience of mindfulness meditation. **Palgrave Macmillan**, Cham, 2017.
- TANG, Yi-Yuan; TANG, Rongxiang; POSNER, Michael I. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 163, p. S13-S18, 2016.
- TEASDALE, John D.; SEGAL, Zindel; WILLIAMS, J. Mark G. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. **Behaviour Research and therapy**, v. 33, n. 1, p. 25-39, 1995.
- TRACY, Jessica L.; RANGLES, Daniel. Four models of basic emotions: a review of Ekman and Cordaro, Izard, Levenson, and Panksepp and Watt. **Emotion Review**, v. 3, n. 4, p. 397-405, 2011.
- UHER, Rudolf et al. Adverse reactions to antidepressants. **The British Journal of Psychiatry**, v. 195, n. 3, p. 202-210, 2009.
- UHER, Rudolf et al. Major depressive disorder in DSM-5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. **Depression and anxiety**, v. 31, n. 6, p. 459-471, 2014.
- VAN AALDEREN, J. R. et al. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. **Psychological medicine**, v. 42, n. 5, p. 989-1001, 2012.
- VAN DAM, Nicholas T. et al. Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. **Perspectives on Psychological Science**, v. 13, n. 1, p. 36-61, 2018.
- VAN DER VELDEN, Anne Maj et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. **Clinical psychology review**, v. 37, p. 26-39, 2015.
- VAN VUGT, Marieke Karlijn et al. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on affective memory recall dynamics in depression: a mechanistic model of rumination. **Frontiers in human neuroscience**, v. 6, p. 257, 2012.
- VIGNAUD, Philippe et al. Neural effects of mindfulness-based interventions on patients with major depressive disorder: A systematic review. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 88, p. 98-105, 2018.
- WAGER, Tor D. et al. Prefrontal-subcortical pathways mediating successful emotion regulation. **Neuron**, v. 59, n. 6, p. 1037-1050, 2008.

- WAMPOLD, Bruce E. The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice. **American Psychological Association**, 2019.
- WANG, Yuan-Yuan 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, 2018.
- WERNER, Kelly; GROSS, James J. **Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework**. 2010.
- WILLIAMS, J. Mark G. et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 82, n. 2, p. 275, 2014.
- WITKIEWITZ, Katie; MARLATT, G. Alan; WALKER, Denise. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. **Journal of cognitive psychotherapy**, v. 19, n. 3, p. 211, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization, 2017.
- WOYCIEKOSKI, Carla; HUTZ, Claudio Simon. Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2009.
- YEUNG, Wing-Fai et al. A systematic review on the efficacy, safety and types of Chinese herbal medicine for depression. **Journal of psychiatric research**, v. 57, p. 165-175, 2014.
- XIE, Jian-Fei et al. Mindfulness-based cognitive therapy in the intervention of psychiatric disorders: a review. **International journal of nursing sciences**, v. 1, n. 2, p. 232-239, 2014.
- ZWART, P. L.; JERONIMUS, B. F.; JONGE, P. Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: a systematic review. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 28, n. 5, p. 544-562, 2018.

**APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico****QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

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

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_\_

Cor: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Etnia/raça indígena

Religião/crença/credo (se  
houver): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) União estável ( ) Divorciado (a) ( ) Viúvo  
(a)

Com quantas pessoas reside?

\_\_\_\_\_

Escolaridade (se estiver estudando, especificar o curso):

\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Trabalha quantas horas por semana?

\_\_\_\_\_

Utiliza redes sociais? Quais? Quantas horas por dia?

\_\_\_\_\_

Horários disponíveis durante a semana para o tratamento:

\_\_\_\_\_

Horários disponíveis aos finais de semana para o tratamento:

\_\_\_\_\_ T

telefone (s) para contato: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Anamnese****ANAMNESE**

Possui algum diagnóstico de transtorno psicológico/psiquiátrico? Qual (quais)? Há quanto tempo?

---

Faz tratamento farmacológico com uso de remédios psiquiátricos? Qual (quais)? Há quanto tempo?

---

Faz tratamento psicológico ou outro tipo de tratamento? Qual (quais)? Há quanto tempo?

---

Faz uso de cigarro? Com que frequência?

---

Faz uso de bebidas alcoólicas? Com que frequência?

---

Faz uso de alguma droga ilícita? Qual (quais)? Com que frequência?

---

Pratica atividades físicas? Qual (quais)? Com que frequência?

---

Pratica Mindfulness ou algum exercício de meditação ou Yoga? Há quanto tempo? Com que frequência?

---

Faz quantas refeições ao dia? É vegano (a), vegetariano (a) ou onívoro (a)?

---

Dorme quantas horas por noite? \_\_\_\_\_

Tem ou teve recentemente uma ou mais das patologias abaixo:

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos     | <input type="checkbox"/> Problemas respiratórios | <input type="checkbox"/> Tonturas |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão             | <input type="checkbox"/> Bronquite               | <input type="checkbox"/> Asma     |
| <input type="checkbox"/> Colesterol elevado      | <input type="checkbox"/> Glicose elevada         | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Convulsões              | <input type="checkbox"/> Fratura óssea           | <input type="checkbox"/> Cirurgia |
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça frequente |  |                                   |

Fez/faz tratamento para alguma das patologias acima? Qual (quais)?

---

Possui alguma outra doença considerada grave? Qual (quais)? (ex: AIDS, Câncer, etc.)

---

Possui alguma doença envolvendo dor crônica? Qual (quais)? (Ex: ELA, Fibromialgia, Tendinite, LER, etc.)

---

**Suicídio:**

Teve ideias suicidas nos últimos 12 meses?

---

Teve alguma tentativa de suicídio nos últimos 12 meses?

---

**Mulheres:**

Está grávida? \_\_\_\_\_

Está em período pré-menstrual? \_\_\_\_\_

Faz uso de algum medicamento anticoncepcional? Qual?

---

## APÊNDICE C – Questionário para desistentes

# Pesquisa - Mindfulness - Questionário para desistentes

O questionário a seguir servirá para a equipe de pesquisa entender os possíveis motivos para sua desistência na pesquisa. Algumas opções são sugeridas, mas há um espaço disponível para você se expressar melhor.

Que motivos levaram você a não concluir a participação em todas as etapas da pesquisa?

- Horários
- Conteúdo da intervenção
- Distância do local da pesquisa
- O ambiente onde era realizada a pesquisa
- A quantidade de pessoas
- Outro (s)
- Outro: \_\_\_\_\_

Caso tenha marcado a opção "Outros (s)" e queira explicitar os motivos, utilize o espaço abaixo para isso.

Sua resposta

---

**APÊNDICE D – Diário de mindfulness****DIÁRIO DE MINDFULNESS****SEMANA \_\_\_\_\_**

	<b>Prática (s)</b>	<b>Dia 1</b>	<b>Dia 2</b>	<b>Dia 3</b>	<b>Dia 4</b>	<b>Dia 5</b>	<b>Dia 6</b>
<b>Tempo de prática</b>							
<b>Observações</b>							
<b>Dificuldades</b>							



**ANEXO A – Inventário de Depressão Maior**

**INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO MAIOR (MDI – BR)**

**Os itens abaixo perguntam como você se sentiu durante as duas últimas semanas:**

<b>Item</b>	<b>Descrição do item</b>	<b>O tempo todo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Um pouco mais que a metade do tempo</b>	<b>Um pouco menos que a metade do tempo</b>	<b>Uma parte pequena do tempo</b>	<b>Em nenhum momento</b>
<b>1</b>	Você se sentiu de baixo astral ou triste?						
<b>2</b>	Você perdeu interesse em suas atividades diárias?						
<b>3</b>	Você sentiu falta de energia ou força?						
<b>4</b>	Você se sentiu menos autoconfiante?						
<b>5</b>	Você sentiu peso na consciência ou sentimento de culpa?						
<b>6</b>	Você sentiu que viver não vale a pena?						
<b>7</b>	Você teve dificuldade de concentração? Por exemplo ao ler jornal ou assistir TV?						
<b>8 A</b>	Você se sentiu agitado?						
<b>8 B</b>	Você se sentiu desanimado ou mais lento?						

<b>9</b>	Você teve problemas para dormir à noite?						
<b>10 A</b>	Você esteve com o apetite diminuído?						
<b>10 B</b>	Você esteve com o apetite aumentado?						

## ANEXO B – Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness

### Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ-BR)

**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	2	3	4	5

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 C – Teste de Regulação de Emoções (TRE)

### Teste de Regulação de Emoções

Celine Lorena Oliveira Barboza de Lira & Maurício Bueno

Nome:	Idade:	Sexo:
-------	--------	-------

Este teste é constituído por oito histórias sobre pessoas em diversas situações. Para cada história, são apresentadas três estratégias que podem ser tomadas para lidar com a emoção envolvida na situação. Sua tarefa é avaliar o quão eficaz é **cada uma dessas estratégias**, atribuindo 1 para as que forem  *muito ineficazes*  ou 5 para as  *muito eficazes* . Pontuações de 2, 3 ou 4 podem ser empregadas para representar níveis de eficácia intermediários a esses dois extremos. Bom trabalho.

1. João teve um ótimo dia no trabalho e estava voltando para casa radiante. No entanto, ele pegou um engarrafamento demorado. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para que João possa lidar com suas emoções.			
A. Lamentar não ter ido por outro caminho.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
B. Ficar buzinando.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
C. Ligar o som e tentar relaxar.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz

2. Ana está voltando para casa mais tarde do que de costume. Ela está andando sozinha e sabe que na rua à sua frente já houve vários assaltos. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Ana lidar com o que está sentindo.			
A. Tomar outro caminho considerado mais seguro, porém mais longo.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
B. Ficar parada à espera de que alguém a ajude.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
C. Pensar positivo e confiar que mesmo seguindo por esta rua chegará em casa segura.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz

3. O filho mais velho de Mônica faleceu em um acidente. Após algumas semanas ela continua sem vontade de fazer as coisas que antes gostava. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Mônica lidar com esta situação.			
A. Pensar que tem outros filhos e se dedicar a eles.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
B. Chorar, dando-se conta de que se sentirá muito sozinha.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz

C. Dormir (ou comer), evitando pensar em seus sentimentos.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
--	----------------	---------------------	--------------

**Teste de Regulação de Emoções**

Celine Lorena Oliveira Barboza de Lira & Maurício Bueno

4. Uma mãe vai levar seu filho para o primeiro dia de aula. Ele chora quando vai entrar. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para essa mãe lidar com a situação.			
A. Sair sem olhar para trás, para não sofrer com o choro do filho.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
B. Abraçar o filho e o levar de volta para casa.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
C. Pensar no quanto esse enfrentamento é importante para a autonomia do filho e combinar de conversar como ele sobre o seu dia na escola.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz

5. Ivaldo assistiu ao jogo de vôlei da seleção do seu país. O jogo foi bastante equilibrado, mas sua seleção perdeu e os torcedores adversários (estrangeiros) estão comemorando de forma provocativa. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Ivaldo lidar com esta situação.			
A. Sair logo desse ambiente.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
B. Pensar em algum aspecto positivo do jogo e aplaudir os jogadores de sua seleção pelo empenho.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
C. Responder às provocações adversárias.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz

6. Ricardo está andando no centro da cidade quando se depara com uma pessoa nua, se comportando de forma estranha. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Ricardo lidar com esta situação.			
A. Repreender a pessoa por seu comportamento inadequado.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
B. Se perguntar se aquela pessoa está bem e procurar ajuda entre os passantes.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
C. Desviar seu caminho para não se aproximar da pessoa.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz

**Teste de Regulação de Emoções**

Celine Lorena Oliveira Barboza de Lira &amp; Maurício Bueno

7. Joana foi jantar na casa de uma amiga. Quando o prato principal foi servido, seu aspecto e cheiro a deixaram enjoada. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Joana lidar com esta situação.

A. Dizer de uma forma gentil que a comida não lhe agrada.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
B. Experimentar mesmo assim.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
C. Dar uma desculpa e ir embora.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz

8. Jonas foi convocado para participar de um processo seletivo para um cargo que já almejava há muito tempo. Na hora da entrevista, ele está muito ansioso e com receio de que isso estrague tudo. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Jonas lidar com esta situação.

A. Controlar a expressão do comportamento, dando a impressão de tranquilidade.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
B. Ver alguma coisa no celular para distrair.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz
C. Pensar em características a respeito de si mesmo, que são compatíveis com o cargo.	Muito ineficaz	(1) (2) (3) (4) (5)	Muito eficaz