



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

TEREZA CLÁUDIA CAMAPUM CARVALHO DE FREITAS

**Meditação *Mindfulness* para Promoção de *Coping* e Saúde
Mental: Aplicação clínica e em presídio**

Goiânia,
2011



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

Meditação *Mindfulness* para Promoção de *Coping* e Saúde Mental: Aplicação clínica e em presídio

Tereza Cláudia Camapum Carvalho de Freitas

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicopatologia Clínica e da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe

Goiânia,
2011



ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.

No dia 28 de setembro de 2011, às 10h, no Sala A, Área IV, Campus I da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, **TEREZA CLAUDIA CAMAPUM CARVALHO DE FREITAS**, discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia (2010.1.055/001.016) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, expôs, em sessão pública de Defesa de Dissertação de Mestrado, o trabalho intitulado **Meditação mindfulness para promoção de coping e saúde mental: aplicação clínica e um paralelo para o uso da Avaliação comportamental positiva** (Orientador: **Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenbergher** - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Presidente do Conselho), **Dr. Elias Harumi Kobasa** (Universidade Nova de Lisboa-PT, Membro Conselho Externo), **Dra. Daniela Sacramento Zanini** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Conselho Interno), **Dra. Ana Cristina Resende** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Conselho Suplente). O trabalho da Comissão de Avaliação foi realizado pelo docente **Presidente** que, inicialmente, após apresentar os dados inerentes da Comissão, concedeu o parecer à discente candidata para que esta expusesse o trabalho. Após a exposição, o Membro Presidente concedeu o parecer a cada um dos membros da Comissão para que estes expusessem a discente candidata. Após o encerramento das exposições, a Comissão de Avaliação, em sessão pública, avaliou o trabalho desenvolvido e o cumprimento da discente candidata na exposição, considerando a aprovação da discente no curso de mestrado. Como resultado da avaliação, a Comissão de Avaliação deliberou pela:

- Aprovação da dissertação**
 A Comissão de Avaliação decidiu pela **dissertação aprovada** dentro em Plenária. A Comissão de Avaliação permitiu que a discente apresentasse o trabalho reformulado caso necessário, desde que o trabalho de aprovação do trabalho de Avaliação deva ser realizado no prazo de 30 dias úteis após a sessão de Defesa da dissertação. O prazo de 30 dias úteis não poderá ser prorrogado e o(a) discente candidato(a) deverá comparecer à sessão de Defesa da dissertação para a apresentação do trabalho reformulado.
- Aprovação da dissertação mediante reformulação**
 A Comissão de Avaliação decidiu pela **dissertação aprovada** dentro em Plenária. O prazo de prazo de 30 dias úteis após a sessão de Defesa da dissertação para a apresentação do trabalho reformulado caso necessário, desde que o trabalho de aprovação do trabalho de Avaliação deva ser realizado no prazo de 30 dias úteis após a sessão de Defesa da dissertação. O prazo de 30 dias úteis não poderá ser prorrogado e o(a) discente candidato(a) deverá comparecer à sessão de Defesa da dissertação para a apresentação do trabalho reformulado.
- Reprovação da dissertação**
 A Comissão de Avaliação decidiu pela **dissertação reprovada** dentro em Plenária. A discente candidata deverá apresentar o trabalho reformulado para ser submetido à avaliação da Comissão de Avaliação no prazo máximo de 30 dias úteis após a sessão de Defesa da dissertação.

A Comissão de Avaliação:

| | |
|--|--|
| Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenbergher Membro Presidente Pontifícia Universidade Católica de Goiás | Para uso da Coordenação/Secretaria do PPGS: Prof. Dra. Tereza Claudia Camapum Carvalho de Freitas Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia Pontifícia Universidade Católica de Goiás |
| Prof. Dr. Elias Harumi Kobasa Membro Conselho Externo Universidade Nova de Lisboa-PT | Prof. Dr. Cristiano Conlin Membro Conselho Interno Pontifícia Universidade Católica de Goiás |
| Dra. Daniela Sacramento Zanini Membro Conselho Interno Pontifícia Universidade Católica de Goiás | Membro Suplente Prof. Dra. Ana Cristina Resende Membro Conselho Suplente Pontifícia Universidade Católica de Goiás |
| Prof. Dra. Ana Cristina Resende Membro Conselho Suplente Pontifícia Universidade Católica de Goiás | Membro Secretário: Membro Secretário Pontifícia Universidade Católica de Goiás 09/09/2011 |



PRIMEIRA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRIMEIRIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Av. Anísio Horta, 100 - Vila Universitária
Cidade Universitária - 74100-000
Goiás - Goiás - Brasil
Fone: (51) 3245-0000 Fax: (51) 3245-1070
www.pucgoias.br e pucgoias@pucgoias.br

ANEXO DA ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PRIMEIRA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.

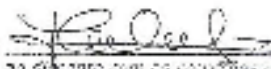
Discente: **FERREZ CLÁUDIA CAMAPUM CARVALHO DE FREITAS**

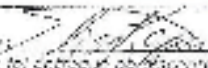
Matrícula: 2010.1.025.009.0916


Título da dissertação: **Mediação mindfulness para promoção de Coping e saúde mental: aplicação clínica e em prática**

Data do exame: 23 de setembro de 2011

[Correções; modificações; alterações; comentários; observações; pontos para reformulação etc. (Assinaturas obrigatórias).

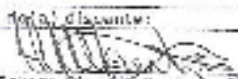
Prof. Dr. Luc Manoel Adhemar Vandenberghen ^{PhD em Psicologia} | Assinatura: 
Assinale em caso afirmativo: O exemplar foi para o exame foi entregue ao discente com as alterações necessárias.
Data vazios por favor:

Prof. Dra. Eliza Harumi Kazasa ^{PhD em Psicologia} | Assinatura: 
Assinale em caso afirmativo: O exemplar foi para o exame foi entregue ao discente com as alterações necessárias.
Data vazios por favor:

Prof. Dra. Daniela Sacramento Zanini ^{PhD em Psicologia} | Assinatura: 
Assinale em caso afirmativo: O exemplar foi para o exame foi entregue ao discente com as alterações necessárias.
Observações adicionais:

Prof. Dra. Ana Cristina Resende ^{PhD em Psicologia} | Assinatura: _____
Assinale em caso afirmativo: O exemplar foi para o exame foi entregue ao discente com as alterações necessárias.
Observações adicionais:

Assinatura do(a) discente:


Cláudia Camapum Carvalho de Freitas
Discente Matrícula:
2010.1.025.009.0916
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Primeira Universidade Católica de Goiás

Para uso da Coordenação/Secretaria do PGGP:

Vice Secretária (a) do PGGP
DF nº 16/2011

Goiás, 23/09/2011

**Meditação *Mindfulness* para Promoção de *Coping* e Saúde
Mental:
Aplicação clínica e em presídio**

TEREZA CLÁUDIA CAMAPUM CARVALHO DE
FREITAS

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em
Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás
como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre
em Psicologia.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luc Vandenberghe.
Presidente da Banca / Orientador

Profª. Dra. Daniela Sacramento Zanini.
Membro Convidado / PUC-GOIÁS

Profª. Dra. Elisa Harumi Kozasa
Membro Convidado / UNIFESP

Data da avaliação: ____ / ____ / ____

Nota final: _____

Aos meus filhos

Victor,

Yuri,

Ludmila,

Sonhados,

Gestados,

Amados.

Onde é que existe o puro amor?

Onde é que está quem me sabe amar?

É lá que minha alma quer estar,

Com vocês filhos queridos.

Sempre...

AGRADECIMENTOS

Ao Universo pela energia que recebi para a conclusão desta pesquisa.

Ao orientador e amigo, Prof. Dr. Luc Vandenberghe pela dedicação, tolerância e constante incentivo.

Aos reeducandos que participaram da pesquisa, pela confiança e, principalmente, pelo respeito e consideração a mim dedicada durante toda a intervenção no presídio.

Ao meu companheiro Maurício Porfírio, por ter me proporcionado condições para realização da pós-graduação.

*Observe os seus pensamentos, eles tornam-se palavras;
Observe suas palavras, elas tornam-se ações;
Observe suas ações, elas tornam-se hábitos;
Observe os seus hábitos, eles tornam-se o seu caráter;
Observe o seu caráter, porque isto torna-se o seu destino.*

Upanishads - Doutrina Védica

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------|------|
| FOLHA DE APROVAÇÃO..... | v |
| DEDICATÓRIA..... | vi |
| AGRADECIMENTOS..... | vii |
| EPÍGRAFE..... | vii |
| SUMÁRIO..... | ix |
| LISTA DE FIGURAS..... | xii |
| LISTA DE TABELAS..... | xiii |
| LISTA DE ANEXOS | xiv |
| PREFÁCIO | xv |
| APRESENTAÇÃO | xvi |

PARTE I - REVISÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I.

MEDITAÇÃO NO CONTEXTO DA PSICOLOGIA CLÍNICA

| | |
|---|-----|
| RESUMO..... | xx |
| ABSTRACT | xxi |
| 1 INTRODUÇÃO | 22 |
| 2 OBJETIVOS | 24 |
| 3 MÉTODO | 24 |
| 4 RESULTADOS | 24 |
| 4.1 MEDITAÇÃO <i>MINDFULNESS</i> – DESENVOLVIMENTO E CONCEITO | 25 |
| 4.2 OS MECANISMOS DE <i>MINDFULNESS</i> | 28 |
| 4.3 INTERVENÇÕES CLÍNICAS BASEADAS EM <i>MINDFULNESS</i> | 30 |
| 4.3.1 <i>Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)</i> | 31 |
| 4.3.2 <i>Acceptance e Commitment Therapy (ACT)</i> | 34 |
| 4.3.3 <i>Dialectical Behavior Therapy (DBT)</i> | 38 |
| 4.3.4 <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)</i> | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4 <i>LOVING-KINDNESS MEDITATION</i> NA PSICOLOGIA POSITIVA | 41 |
| 4.5 COPING, SENSO DE COERÊNCIA E <i>MINDFULNESS</i> | 43 |
| 5 DISCUSSÃO | 45 |
| 6 CONCLUSÃO | 48 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 48 |

PARTE II - ARTIGO

MEDITAÇÃO MINDFULNESS: PROMOÇÃO DE COPING E SAÚDE MENTAL EM PRESÍDIO

| | |
|---|-----------|
| RESUMO | 56 |
| ABSTRACT | 57 |
| 1 INTRODUÇÃO | 58 |
| 1.1 A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E SEUS EFEITOS NEGATIVOS NO DETENTO..... | 58 |
| 1.2 MEDITAÇÃO <i>VIPASSANA E MINDFULNESS</i> EM PRESÍDIOS | 61 |
| 2 OBJETIVOS | 66 |
| 3 MÉTODO | 66 |
| 3.1 PARTICIPANTES..... | 66 |
| 3.2 AMBIENTE..... | 70 |
| 3.3 MATERIAL..... | 70 |
| 3.3.1 Materiais utilizados durante as práticas formais | 70 |
| 3.3.2 Instrumentos de medidas utilizados | 71 |
| 3.3.2.1 – Inventário de Depressão de Beck | 71 |
| 3.3.2.2 – Inventário de Ansiedade de Beck | 72 |
| 3.3.2.3 – Perfil dos Estados de Humor (POMS)..... | 72 |
| 3.3.2.4 – Senso de coerência (QSCA) | 73 |
| 3.3.2.5 – Orientação de Vida (TOV- R) | 73 |
| 3.3.2.6 – Escala Rosenberg de Auto-Estima | 74 |
| 3.4 PROCEDIMENTOS..... | 75 |
| 3.4.1 Procedimentos preparatórios | 75 |
| 3.4.2 Aplicação das escalas de medidas | 76 |
| 3.4.3 Programas semanais para o treino da meditação <i>mindfulness</i> | 76 |
| 3.4.4 Variáveis interferentes | 77 |
| 3.4.4.1 Mudança de rotina | 77 |
| 3.4.4.2 Intercorrências | 78 |

| | |
|--|-----------|
| 3.4.4.3 Dificuldades encontradas durante o treino | 78 |
| 3.4.5 Processamento e análise dos dados | 79 |
| 3.4.6 Devolução dos resultados das escalas..... | 79 |
| 4 RESULTADOS | 79 |
| 4.1 RESULTADOS DO GRUPO QUE CONCLUIU O TREINO | 80 |
| 4.2 RESULTADOS DOS GRUPOS QUE TIVERAM MAIS DE UM DIA DE PARTICIPAÇÃO (5% A 45%)..... | 84 |
| 4.3 RESULTADOS DO GRUPO COM UM DIA DE PARTICIPAÇÃO OU NENHUM | 86 |
| 5 DISCUSSÃO | 88 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 91 |
| REFERÊNCIAS..... | 92 |
| ANEXOS..... | 97 |

LISTA DE FIGURAS

Figural: Processos psicológicos na meditação.....46

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Estudos anteriores em presídios..... | 64 |
| Tabela 2: Caracterização dos participantes do sexo feminino..... | 68 |
| Tabela 3: Caracterização dos participantes do sexo masculino..... | 69 |
| Tabela 4: Tabela dos participantes que concluíram o treino com no mín 80 % de participação feminino..... | 80 |
| Tabela 5: Tabela dos participantes que concluíram o treino com no mín 80 % de participação masculino..... | 82 |
| Tabela 6: Tabela dos participantes com 5% a 49% de freqüência – feminino..... | 84 |
| Tabela 7: Tabela dos participantes com 5% a 49% de freqüência – masculino..... | 85 |
| Tabela 8: Tabela dos participantes com 1 aula de freqüência ou nenhuma – feminino..... | 86 |
| Tabela 9: Tabela dos participantes com 1 aula de freqüência ou nenhuma– masculino..... | 87 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| Anexo 01: Versão em português do Inventário de Depressão de Beck (BDI)..... | 98 |
| Anexo 02: Versão em português do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)..... | 99 |
| Anexo 03: Versão em português do Perfil dos Estados de Humor (POMS)..... | 100 |
| Anexo 04: Versão em português do Questionário de Senso de Coerência de Antonvsky | 101 |
| Anexo 05: Versão em português do Teste de Orientação da Vida (TOV-R)..... | 106 |
| Anexo 06: Versão em português da Escala de Auto-estima de Rosemberg..... | 107 |
| Anexo 07: Instrumento para caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes..... | 109 |
| Anexo 08: Cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 110 |
| Anexo 09: Solicitação para a pesquisa na instituição..... | 111 |
| Anexo 10: Autorização da instituição - Superintendência do Sistema de Execução Penal (SUSEPE), para a realização da pesquisa nas Penitenciárias Feminina e Masculina em Aparecida de Goiânia - GO, CNPJ 0.149.606/0001-48..... | 113 |
| Anexo 11: Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos..... | 114 |
| Anexo 12: Declaração de cadastramento no comitê de ética..... | 115 |
| Anexo 13: Certificado de participação prévia no programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)..... | 116 |
| Anexo 14: Certificado de participação no programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) na University of Massachusetts Medical School (UMAss)..... | 117 |

PREFÁCIO

A técnica de *mindfulness* foi adaptada da meditação budista e introduzida no ocidente ao final da década de 70 por Kabat-Zinn como um programa que envolve treinamento sistemático e cultivo da atenção plena inerente à capacidade humana. O objetivo do treino da meditação *mindfulness* na psicologia e medicina comportamental é aprender a perceber os primeiros sinais de perturbação emocional de um modo amplo, livre de preconceitos e regras. Na literatura são propostos quatro possíveis mecanismos que podem explicar como *mindfulness* funciona: auto-regulação, clarificação de valores, flexibilidade cognitiva e comportamental e exposição. Resultados de pesquisas demonstraram que o estado de *mindfulness* surge quando a intenção, atenção e atitude são simultaneamente cultivadas permitindo uma nova avaliação da situação e facilitando uma mudança de perspectiva. Com a prática, *Mindfulness* melhora a auto-estima e o senso de coerência, diminui a depressão, a ansiedade, stress e dor crônica. Intervenções com a meditação também foram realizadas em presídios. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos com a técnica de *mindfulness* e na Índia com a meditação *Vipassana* indicaram, em seus resultados, diminuição do comportamento hostil, aumento da empatia e anomia, redução da depressão, redução da ansiedade, incremento da auto-estima, maior estabilidade no humor. Diante do exposto, esta pesquisa se constitui em uma oportunidade para armazenar evidência bibliográfica e empírica sobre a eficácia da prática da meditação *Mindfulness* dentro de presídios brasileiros. Argumentamos que, frente à falta de recursos públicos e a urgência para o abrandamento dos efeitos biopsicossociais prejudiciais da privação de liberdade, a meditação nos presídios brasileiros poderia resultar em uma solução econômica em direção à humanização do ambiente carcerário e transformar a vida na prisão em rotina mais saudável.

MEDITAÇÃO *MINDFULNESS* PARA PROMOÇÃO DE *COPING* E SAÚDE MENTAL: Aplicação clínica e em presídio

APRESENTAÇÃO

A pesquisa da meditação é um campo em expansão, embora ainda jovem. Resultados de recentes pesquisas, tem demonstrado efeitos benéficos em pacientes com problemas psicológicos e médicos bem como nos detentos, em presídios na Índia e nos Estados Unidos. Dentre essas práticas, *mindfulness* é uma proposta recente (final da década de 70), porém a mais pesquisada. A meditação Vipassana, em que a prática de *mindfulness* se fundamentou, também é alvo de pesquisas desde a década de 60 por, Goleman, Chaudhary, Dhar, Khurana e outros. A proposta mais recente é *Loving-Kindness Meditation* que nesse momento é a técnica menos pesquisada.

Esse trabalho foi estruturado em duas partes. Na primeira parte buscou-se realizar um estudo teórico sobre: 1. O conceito da meditação *mindfulness*; 2. As intervenções clínicas baseadas no conceito de *mindfulness*; 3. O conceito de *Loving-Kindness Meditation* como ferramenta na psicologia positiva; 4. Elucidar como ambas podem ampliar o *coping* e promover saúde mental com a sua aplicação na clínica pela psicologia positiva e pela clínica comportamental cognitiva.

Vipassana é uma das mais antigas técnicas de meditação da Índia e significa ver a realidade das coisas através da auto-observação. Embora tenha origem no budismo, a técnica pode ser praticada livremente por todos, indiferentemente de raça, credo ou religião já que não é doutrinária, mas prática e individual, sendo oferecida para iniciantes em um curso de 10 dias em retiro (Associação Vipassana Brasil, s.d). *Vipassana* é uma técnica meditativa de atenção plena, que consiste em um treinamento da percepção permanente dos estímulos como pensamentos e emoções e em ocorrências corporais. Segundo Fleischman, (2009) a técnica de *Vipassana* não se constitui em apenas uma prática formal, sentada e de olhos fechados, observando pensamentos, emoções e as sensações corporais, mas também de uma prática informal. Esta última exige consciência de como sentamos, comemos, dormimos, pensamos e nos sentimos através do corpo em si, diretamente. Manter essa consciência sistemática no corpo inteiro, o tempo todo, é uma das chaves da prática.

Como a técnica de *mindfulness* foi desenvolvida por Kabat-Zinn (1990) a partir da *Vipassana*, também incorporou o princípio de que a prática formal é apenas um meio para desenvolver uma particular qualidade de atenção e consciência que pode ser cultivada e desenvolvida através da meditação (Kabat-Zinn, 2003, p.145). Sendo uma técnica de atenção com fundamento na meditação *Vipassana*, a prática de *mindfulness* consiste em um treinamento sistemático e cultivo da atenção plena inerente à capacidade humana. A intenção da meditação *mindfulness* é observar pensamentos, emoções e sentimentos tanto prazerosos quanto aversivos sem ignorá-los ou suprimi-los, analisá-los ou julgá-los, sem se apegar a eles ou tentar fugir ou se esquivar deles. Tal como *Vipassana*, *mindfulness* é um modo de ser ou ver exigindo uma consciência sistemática no corpo inteiro e do ambiente externo o tempo todo. Ambas abordagens constituem-se em práticas formais e informais. A chave dos benefícios advindos com a prática de *mindfulness* está na possibilidade de uma nova avaliação conceitual de pensamentos, emoções, sensações, emoções que aparecem e desaparecem podendo alterar a percepção e consciência dos eventos mentais e a reação a eles (Kabat-Zinn, 1990). Enfrentando emoções tanto agradáveis como desagradáveis de forma equânime, sem fuga, esquiva ou apego, focar no problema de forma mais realista, torna-se mais fácil. Isto pode resultar em uma ampliação de fatores protetivos e estratégias de *coping* com foco no problema e promoção de saúde mental.

Loving-Kindness Meditation se aproxima do conceito de *mindfulness* sendo também um modo de ser ou ver com atenção plena o momento presente, sem julgamento. Passou a ser utilizada na psicologia positiva como uma técnica para evocar e reforçar emoções positivas. Praticada em uma postura sentada, com os olhos fechados e um foco inicial na respiração, o meditante deve, primeiramente, se concentrar na região do coração e dirigir sentimentos carinhosos a uma pessoa para quem já sente sentimentos amáveis, em seguida, a ele mesmo e, posteriormente, a um círculo cada vez maior de pessoas. Diretamente evoca emoções positivas seletivas como amor, contentamento (Fredrickson et al. 2008) que aumentam momentaneamente o repertório de pensamento e ações e, a longo prazo, ajudam na capacidade de *coping*. Embora também fundamentada em *Vipassana* e semelhante a *mindfulness* por envolver a atenção no momento presente de forma aberta, sem julgamento. *Loving-Kindness Meditation*, sendo uma técnica de unidirecionalidade (*one-pointedness*), envolve intencionalidade já que, freqüentemente, orienta-se por uma série de visualizações, pensamentos e sentimentos escolhidos.

A meditação, seja *Vipassana*, *mindfulness* ou *Loving-Kindness Meditation*, tem como propósito preparar a mente para a consciência imediata, conceitual da realidade a partir de

uma auto-regulação da atenção. “Praticando a meditação, aprimora-se a capacidade de dirigir a atenção, resultando disso a imperturbabilidade da concentração e progressão de estados de consciência o que proporciona ao meditador efeitos cognitivos exclusivos como aumento da concentração e nas habilidades de detecção sensorial” (Goleman, 1996, p.154-201). A concentração correta se alcança eliminando a raiz da distração (apego ou aversão a eventos mentais). As distrações da concentração, quando nem seguidas nem reprimidas, mas simplesmente observadas e aceitas, retrocedem promovendo um estado equânime (Fleischman, 2009).

A psicologia ocidental tem se interessado em estudar empiricamente *mindfulness*, enquanto técnica que tem sido utilizada para redução do estresse e dores crônicas (*Mindfulness Based Stress Reduction* - MBSR); redução da ansiedade e pânico MBSR e *Acceptance e Commitment Therapy* - ACT), no tratamento de pacientes *borderlines* (*Dialectical Behavior Therapy* - DBT) e na prevenção de recaídas na depressão (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* - MBCT) entre outros. *Loving-Kindness Meditation*, se tornou objeto de estudo pela mesma relevância na promoção de saúde mental (Fredrickson, B.L., 2001).

A segunda parte se constitui em uma pesquisa empírica realizada com aplicação de um programa semi-estruturado de meditação *mindfulness* nos presídios masculino e feminino do Complexo prisional em Aparecida de Goiânia, Estado de Goiás, para alguns detentos, realizando-se estudos de casos a partir de análises dos efeitos da intervenção, verificando: 1. Diferenças individuais entre o pré-teste e o pós teste; 2. Diferenças entre crimes graves e leves; 3. Diferenças entre homens e mulheres. Os resultados obtidos são comparados com os estudos realizados em presídios na Índia e nos Estados Unidos com as meditações *mindfulness* e *vipassana*.

Assim, pode-se afirmar que a síntese alcançada neste trabalho, enriquece não somente o meio acadêmico suscitando novas indagações e encontrando novas respostas, mas também todo sistema penal brasileiro na medida em que os aproxima de uma visão de tratamento mais humanitário que deve ser despendido a todos os seres humanos independentemente de posição social, ou dos delitos que tenham cometido.

TEREZA CLÁUDIA CAMAPUM CARVALHO DE FREITAS

PARTE I – REVISÃO TEÓRICA

Meditação no Contexto da Psicologia Clínica e Positiva

Goiânia

2011

RESUMO

A filosofia e psicologia orientais têm influenciado as práticas e os estudos no ocidente nas áreas da psicologia clínica e psicologia positiva. Várias pesquisas demonstram resultados positivos na clínica em relação à redução do estresse e dores crônicas (*Mindfulness Based Stress Redution* - MBSR); na redução da ansiedade e pânico (*Mindfulness Based Stress Redution* - MBSR e *Acceptance e Commetimet Therapy* - ACT). No tratamento de pacientes *borderlines* (*Dialectical Behavior Therapy* - DBT) e na prevenção de recaídas na depressão (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* - MBCT) entre outros. Na psicologia positiva, pesquisas foram realizadas com a hipótese de que seria possível promover emoções positivas seletivas como amor, contentamento e compaixão ao longo de meses utilizando-se *Loving-Kindness Meditation* (LKM). Esta técnica de meditação demonstrou ser capaz de evocar e incrementar emoções positivas que ajudam a ampliar estratégias de *coping*. Todavia, *Loving-Kindness Meditation* se aproxima do conceito de *mindfulness* quando é considerada uma técnica de atenção plena no momento presente, sem julgamento, mesmo que exista a intencionalidade de evocar pensamentos e emoções pré-determinadas. Com esta pesquisa bibliográfica buscou-se realizar um estudo teórico sobre : 1. O conceito da meditação *mindfulness* ressaltando os seus efeitos benéficos nos meditantes; 2. Intervenções clínicas baseadas no conceito de *mindfulness*; 3. O conceito da meditação *Loving-Kindness Meditation* e como esta é capaz de evocar e reforçar emoções positivas e por isso ser utilizada como ferramenta na psicologia positiva; 4. Elucidar como pode ampliar o *coping* e promover saúde mental. Em conclusão, a partir da análise da literatura existente, este estudo teórico sugere que um leque de processos está envolvido nos benefícios da meditação, incluindo maior consciência de si, aceitação das experiências, geração de emoções positivas e ampliação de recursos psicológicos.

Palavras chaves: *Mindfulness*, *Vipassana*, *Loving-Kindness Meditation*, presídio, emoções positivas, *coping*, saúde mental.

ABSTRACT

Oriental philosophy and psychology have influenced the practices and research in positive and clinical psychology. Mindfulness was found to reduce stress and chronic pain (Mindfulness Based Stress Reduction - MBSR); reduce panic and anxiety (MBSR and Acceptance and Commitment Therapy – ACT), help in the treatment of borderline patients (Dialectical Behavior Therapy - DBT) and in the prevention of depressive relapse (Mindfulness Based Cognitive Therapy - MBCT) amongst other clinical applications. In positive psychology, studies were done on the hypothesis that promotion of positive emotions as love, contentment and compassion using Loving-Kindness-Meditation (LKM) during various months. LKM was found to promote positive emotions that help broaden coping and build resilience in participants. Both mindfulness and LKM involve full attention to the present moment without judging. The intention of this literature research was to construct a theoretical study on: 1 The concept of mindfulness meditation, emphasizing its beneficial effects on meditators; 2 Clinical interventions based on the concept of mindfulness; 3 The concept of LKM and how it can evoke and reinforce positive emotions as an instrument in positive psychology; 4 Clarify how mindfulness and meditation can promote coping and mental health. Finally, based on the analysis of the existing literature, the present study suggests that a broad range of processes is involved in the benefits of meditation, including increased self conscience; acceptance of experiences, increased positive emotions and the broadening of psychological resources.

Key-words: Mindfulness, Vipassana, Loving-Kindness Meditation, jail, positive emotions, *coping*, mental health.

1 INTRODUÇÃO

Vindo de uma tradição milenar oriental, a meditação invadiu, no fim do séc XX a psicologia ocidental. Dois campos foram particularmente afetados: a psicologia clínica e a psicologia positiva. Com objetivo de identificar como a meditação está sendo utilizada na psicologia para promoção de coping e saúde mental, duas técnicas de meditação tornaram-se importantes para a realização deste estudo: *Mindfulness e Loving-Kindness Meditation*.

A meditação budista *Vipassana* inspirou a técnica de meditação *mindfulness* inicialmente utilizada para redução do estresse. Sua utilização foi ampliada para tratamento de dores crônicas, ansiedade e pânico (*Mindfulness Based Stress Reduction - MBSR*), por Kabat-Zinn (1990). Na psicologia clínica *mindfulness* tem sido amplamente utilizada na Terapia Cognitiva Comportamental; 1- *Acceptance e Commitment Therapy* (ACT) na redução da ansiedade (Hayes, 1987; Hayes, 2004; Hayes, Follette, & Linehan, 2004); na terapia de casais (Fruzzetti & Iverson, 2004); 2 - *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) especialmente com pacientes com transtorno da personalidade *borderline* e para melhorar transtornos de humor (Linehan, 1993a, 1993b); 3 - *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) de Teasdale, Segal, e Williams (1995) na prevenção de recaídas da depressão (Segal e Ingram, 1994; Teasdale e col. (2000); Teasdale e col. 2002; Teasdale, 1999a; Teasdale, 1999b).

Com uma prática regular formal sentado ou deitado (atenção plena e sem julgamento na respiração, pensamentos, sensações corporais, sentimentos ou visualizações) e informal (atenção plena nas experiências sensoriais, durante a realização de atividades cotidianas como comer, dirigir, lavar louças) em sua base diária, a pessoa pode ser capaz de permanecer com a atenção concentrada no presente, pacificamente, sem lutar e sem se deixar absorver pelos pensamentos e emoções, mesmo diante de percepções sensoriais desagradáveis (Kabat-Zinn, 2003).

Langer (1989) propõe uma prática informal para promover a criação contínua de novas categorias para interpretação das vivências, abertura a informações novas e foco sobre os processos complexos. De acordo com ela, o mecanismo pelo qual *mindfulness* funciona é o processamento atento de todas as informações nos seus contextos relevantes, sem depender de conclusões já alcançadas ou de algoritmos mentais.

Uma outra visão sobre a meditação vem da psicologia positiva. Essa corrente fundada por Seligman aborda os aspectos virtuosos da experiência humana. *Loving-Kindness Meditation*, também desenvolvida a partir da *vipassana*, passou a ser investigada

na psicologia positiva como fonte de emoções positivas. A autora encontrou resultados que indicaram que métodos preventivos podem ser criados através da identificação e incremento das virtudes e dos aspectos positivos considerados fatores protetivos, da saúde mental (Fredrikson, 2001).

Embora *mindfulness* envolva a atenção no momento presente de forma aberta, sem julgamento, sem intencionalidade, mas, com um padrão que indica um estado de prontidão atenta e constante, *Loving-Kindness Meditation*, visa propositadamente cultivar pensamentos positivos. Essa prática não se confunde com a prática da compaixão budista. Já que, na meditação Vipassana, a compaixão constitui tradicionalmente uma prática. Todavia, *Loving-Kindness Meditation* se aproxima do conceito de *mindfulness* por ter como foco uma auto-regulação da atenção no momento presente.

Além disso, foram detectados em meditantes efeitos puramente fisiológicos marcadores de redução de estresse. Foi observado redução da taxa metabólica (a produção de dióxido de carbono diminui tanto quanto consumo de oxigênio durante a meditação); redução na frequência cardíaca quando comparado com os participantes do grupo controle ou mesmo com *pranayama* (exercícios respiratórios) sem meditação; alterações da atividade eletroencefalográfica; modificações nas concentrações de neurotransmissores (Danucalov, Simões, Kozasa & Leite, 2008).

Alguns pesquisadores relataram que a meditação diminuía a reação do corpo à norepinefrina¹, um hormônio liberado em reação ao estresse. Verificou-se ainda que a pressão sanguínea manteve-se mais baixa por longos meses e até por dois ou três anos após o rompimento da prática da meditação (Goleman, 1995). As pesquisas de Walsh (1995) sugerem redução da excitação, modificação da atividade relativa dos hemisférios cerebrais, modificação no equilíbrio entre os componentes ativadores do sistema nervoso autônomo e alteração do fluxo sanguíneo do cérebro. Os mecanismos químicos apresentados identificaram reduzido nível sanguíneo de lactato² e do hormônio cortisol vinculado com a resposta à tensão.

¹ A Adrenalina e noradrenalina são formadas a partir da dopamina. Por vezes chamada norepinefrina, é importante na regulação do humor, ansiedade e impulsos. Elas atuam na musculatura cardíaca e no metabolismo (adrenalina/adrenaline), atuam também na circulação periférica (noradrenalina/noradrenaline) e auxiliam o corpo lidar com stress agudo e crônico. <http://www.medicoassistente.com/modules/dictionary/detail.php?id=407>

² O lactato é uma substância produzida em grande quantidade pelo músculo durante a contração. Em algumas circunstâncias essa produção é necessária para que o músculo exerça sua função. Entretanto, a sua produção em demasia provoca dois efeitos indesejáveis para a atividade muscular: a) altas concentrações musculares de lactato produzem fadiga muscular localizada e b) o lactato muscular lançado para a corrente sanguínea pode diminuir o funcionamento normal das células nervosas, diminuindo a coordenação e concentração do atleta. <http://www.mundofitness.com.br/textos/lactato.htm>

2 OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é contextualizar a produção científica a partir da década de 70 sobre: 1. O conceito de *mindfulness* e como está sendo utilizado na psicologia clínica; 2. O conceito de *Loving-Kindness Meditation* e como esta é capaz de evocar e reforçar emoções positivas e por isso ser utilizada como ferramenta na psicologia positiva; 3. Como ambas as técnicas de meditação podem ampliar o *coping* e promover saúde mental.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico constituído principalmente de livros, e artigos científicos. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio do COMUT oferecido pela PUC-GOÍÁS, e UFG, utilizando-se as seguintes palavras chaves nas buscas de artigos do google acadêmico e do pubmed: *Mindfulness, Vipassana, Loving-Kindness Meditation*, emoções positivas, *coping* e saúde mental. Mediante este levantamento, os seguintes periódicos foram selecionados: *Clinical Psychology: Science and Practice; Clinical Psychology Review; Clinical Psychology & Psychotherapy; Behavior Research and Therapy; Annual. Rev. Psychology; Psychological Medicine; General Hospital Psychiatry; Journal of Clinical Psychology; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Journal of Personality and Social Psychology; Journal of Behavioral Medicine; American Journal of Psychiatry, Journal of Abnormal Psychology; Journal of Happiness Studies*. Os textos obtidos por esse meio foram complementados por livros selecionados a partir de sua relevância pelo assunto.

4 RESULTADOS

A literatura sobre *mindfulness* é vasta, mas a partir dos termos atenção plena, no momento presente, sem julgamento, foi possível conceitualizá-la e verificar como está sendo utilizada na psicologia clínica. Como primeiro resultado tem-se os artigos encontrados nas buscas realizadas em sites do google acadêmico e pubmed. O critério

utilizado para a seleção dos artigos encontrados em sites foi, primeiramente, pelo tipo de meditação a que se referiam (vipassana, mindfulness, loving kindness). Dentre os textos encontrados, foi feita uma seleção dos textos pela relevância intencional, ou seja, aqueles que abordavam melhora na saúde mental com a prática da meditação. Os resultados serão apresentados mediante os quatro tópicos: 1. Meditação *Mindfulness* – desenvolvimento e conceito; 2. Intervenções clínicas baseadas no conceito de *mindfulness*; 3. *Loving-Kindness Meditation* - conceito e intenção na Psicologia Positiva e 4. *Mindfulness e Loving-Kindness Meditation*: promoção de coping e saúde mental.

4.1 MEDITAÇÃO *MINDFULNESS* – DESENVOLVIMENTO E CONCEITO

Os budistas encorajam a não se ver as coisas como se elas fossem verdadeiras, como se existissem objetivamente por si próprias. Se a análise de alguma coisa levá-la a desaparecer, isto indica que ela não é verdadeira. Em termos, contemporâneo a realidade não existe independente do sistema de medida e da interpretação, ou seja, a realidade depende do referencial e do observador (Wallace, 2007).

A posição budista é que a realidade convencional é uma ilusão pautada no processo da designação conceitual. Para se libertar da ilusão a prática budista começa com uma observação atenta bem aguçada das sensações corporais. Como toda experiência da realidade acontece em um corpo já que o estado de percepção permanente dos estímulos como pensamentos e emoções têm, inevitavelmente, sua contrapartida em ocorrências corporais. Uma auto-observação cuidadosa mostra que “os sentimentos são efêmeros ou, como dizem os budistas, sutilmente impermanentes” (Wallace, 2007, p. 29) e que por isso seus sentimentos não devem ser levados tão a sério na vida convencional a ponto de guiar suas decisões.

Para Aurobindo (1988) quando os sentimentos guiam o fluxo de nossas ações, entramos freqüentemente em funcionamento automático. Justificamos nossos atos, primeiramente operando em defesa própria, e rapidamente exigindo uma validação para a mais insignificante coisa dando a si mesmo explicações acerca das circunstâncias e para os acontecimentos. Quando percebemos que cometemos um erro, o primeiro impulso é encobri-lo. Assim nós vivemos no aquilo que estamos fazendo e não controlamos o que está sendo feito, ao contrário, somos muito controlados por atividades passadas que nós

nos esquecemos. Este é o motivo pelo qual nós “moramos” na ação em vez de viver observando o fluxo da ação atrás de nós.

Todas essas coisas são habituais e automáticas e não se tem consciência delas. Mas quando você começa a ter uma disciplina além do seu ser, você pode descobrir uma realidade muito interessante e se tornar consciente de que você está vivendo constantemente uma auto-decepção, um estado intencional de decepção porque você se engana o tempo todo espontaneamente. Isto significa que é necessário despender um esforço para manter a disciplina de ser mentalmente sincero (Aurobindo, 1988, p.10)³

Para manter a disciplina de ser mentalmente sincero, a prática meditativa inclui voltar a atenção para observar o observador, sondando a natureza do mesmo. Esta auto-observação foi denominada com a expressão “examinar a natureza não-nascida da consciência” (Wallace, 2007). O autor sugere dois métodos para “examinar a natureza não-nascida da consciência”: o modelo do Controle e o modelo da Liberação. O modelo do controle vincula o fato de o meditante ser capaz de focalizar e sustentar a atenção sobre um objeto escolhido. Para facilitar manter a atenção focada no objeto em questão, primeiramente pratica-se a conscientização da respiração até que os pensamentos desapareçam. Posteriormente, a conscientização deve ser levada para as sensações corporais, observando-se todas as sensações desde os pés até a cabeça e vice e versa. Isto libera a mente dos estímulos perceptivos e conceituais atraentes e repulsivos que fazem surgir o anseio e a aversão. O modelo da Liberação é uma prática meditativa feita com os olhos abertos e olhar fixo no espaço, sem se estender para o campo dos sentidos, no presente, e permitindo que os eventos mentais surjam e que se diluam sem intervenção. Em ambos os modelos (do controle e da liberação), não deve haver julgamento, ou apego aos fenômenos, imagens, emoções, memórias e pensamentos que surgirem (Wallace, 2007).

Segundo Goenka, (s.d) durante a meditação *Vipassana* o que quer que esteja sendo observado deve ser aceito sem julgamento e com equanimidade, mantendo-se a calma independentemente do evento que esteja sendo observado. Como realidades mentais se têm pensamentos e emoções; como realidades físicas, respiração e sensações corporais. Aprendendo a ser equânime diante de todas as coisas experimentadas dentro de si, desenvolve-se o desapego e afasta-se aversão. Experimentar diretamente a realidade físico-mental tem como propósito cessar a reação automática, cega, não cônica aos eventos mentais.

³ Tradução da pesquisadora

A técnica de *mindfulness* foi desenvolvida e direcionada a um treinamento sistemático e cultivo da atenção plena (Kabat-Zinn, 1990). *Mindfulness* tem uma particular qualidade de atenção e consciência que podem ser cultivadas através da meditação, mas não está limitada à operacionalização de uma técnica em particular (Kabat-Zinn, 2003). Utilizando-se os dois modelos de auto-observação, *mindfulness*, tal como a meditação *Vipassana*, possibilita ao praticante perceber a realidade em seu aspecto dual físico e mental. A intenção da meditação *mindfulness* é reconhecer pensamentos, emoções e sentimentos tanto prazerosos quanto depressiogênicos, mas sem se aprisionar a eles, deixando-os ir embora.

As origens espirituais da técnica ainda são visíveis nas práticas contemporâneas. Algumas práticas da psicologia clínica contemporânea também incluem no treino de *mindfulness* ensinamentos como compaixão, gentileza amorosa, confiança, solidariedade, imparcialidade e a aceitação de si e dos outros. Utilizando estas qualidades pode-se cultivar atenção no momento presente de maneira gentil, aberta a todas as experiências sensoriais, mentais e emocionais (Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998). Neste aspecto em especial, o treino de *mindfulness* se aproxima mais do treino de *Loving-Kindness Meditation*. Aprende-se a respeitar tanto os pensamentos positivos quanto negativos. Aprende-se a vivenciar o momento, sem tentativas de fuga ou esquiva dos problemas ou ainda sem criar explicações literais pautadas no processo da designação conceitual, procurando perceber o que realmente poderia ser feito para resolvê-los (Vandenberghe & Sousa, 2006).

O não julgamento das experiências permite, ao mesmo tempo, manter uma perspectiva adequada sobre os pensamentos e emoções que emergem. Essa maneira de estar plenamente atento no aqui e agora, sem julgar, constitui “uma forma nova, mais vasta e profunda forma de experimentar, de ver, de entrar em contato com as coisas” (Aurobindo, 2006, p. 327).⁴ A prática de *mindfulness* é assim mais bem compreendida como um modo de ser ou ver, um convite para se ir onde já se está; um modo de aprender a perceber os primeiros sinais de perturbação emocional de forma ampla, livre de preconceitos e regras e obter uma compreensão interna da realidade externa presente em cada momento; um meio para descobrir que esta realidade é frequentemente distorcida por uma rotina habitual e por pensamentos e emoções que nos envolvem em uma alienação da experiência direta com o mundo sensorial e com o nosso próprio corpo (Kabat-Zinn, 2003).

⁴ Tradução da pesquisadora.

4.2 OS MECANISMOS DE *MINDFULNESS*

Mindfulness está em ascensão como propostas terapêuticas na Terapia Cognitiva Comportamental (1- *Acceptance e Commitment Therapy* (ACT); 2 - *Dialectical Behavior Therapy* (DBT); 3 - *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT), utilizam *mindfulness* como um instrumento para promover uma revisão da perspectiva da vivência subjetiva de conteúdos específicos. A proposta clínica passa a ser, então, a de transformar a perspectiva que produz significado em relação a uma crença ou um sentimento (Vandenberghe & Assunção, 2009). *Mindfulness*, dessa forma pode ser definido como uma habilidade que pode ser desenvolvida com a prática (Bishop e col., 2004; Kabat-Zinn, 2003).

Assim, a intervenção com *mindfulness* na clínica, objetiva, em *latu sensu*, facilitar uma percepção do ambiente interno e externo do paciente de forma mais acurada considerando simultaneamente diferentes pontos de vista. Ajuda a ampliar as estratégias de enfrentamento por meio de uma exposição sistemática levando a uma diminuição da esquiva experiencial. Também promove a desidentificação com crenças sobre si e identificação dos objetivos e valores em várias áreas da vida. Em *strictu sensu*, o objetivo de *mindfulness* no tratamento terapêutico é proporcionar uma mudança de visão no paciente. Outras habilidades estão implícitas no construto de *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990, Shapiro e Schwartz, 1999, 2000): paciência (permitindo que as coisas se desdobreem em seu próprio tempo), confiança (na habilidade de permanecer em contato com a experiência privada), não reatividade (calma), sabedoria (auto-conhecimento) e compaixão (empatia a si mesmo).

Existe uma outra concepção de *mindfulness* baseada no modelo cognitivo de Langer (e.g., Langer, 1989; Langer e Moldeveanu, 2000) que envolve uma disciplina mental com metas estabelecidas e solução de problemas. Langer partiu da definição de *mindlessness* para desenvolver sua noção de *mindfulness*. A autora define *mindlessness* como um modo de funcionar em que a pessoa vive como se fosse guiada por categorias, referências prontas, um piloto automático que estreita a sua visão da experiência. Uma causa de *mindlessness* consiste em automatismos intelectuais que podem levar a pessoa a funcionar sem ter uma noção clara do que está fazendo. Algumas fontes disso são: 1- padrões de comportamento bem treinados, hábitos que são utilizadas pelo indivíduo sem avaliações acerca da situação e da melhor maneira de enfrentá-la; 2 - compromisso cognitivo precoce, em que informações antigas, pouco avaliadas anteriormente e que agora necessitam de uma boa avaliação, passam a ter efeito sobre comportamentos que ocorrem em situações novas sem prévia avaliação; 3 - utilização de regras rígidas e

obsoletas que especificam quais recursos devem ser preservados e quais objetivos devem ser conquistados; 4 - A adoção de conceitos socialmente convencionados como corretos, sem que haja prévio questionamento de sua adequação no espaço e no tempo (Vandenbergh & Assunção, 2009).

A partir da definição de *mindfulness*, Langer (1989), conceitua *mindfulness* como atenção plena à situação e ao contexto no momento presente. A autora propõe uma prática informal para promover a criação contínua de novas categorias para interpretação das vivências (aprendizagem), abertura a informações novas (análises de informações com estratégias conscientes para consideração simultânea de diferentes pontos de vista) e foco sobre os processos complexos (tarefas cognitivas com metas estabelecidas e solução de problemas).

Shapiro, Carlson, Astin, e Freedman (2006) propuseram quatro possíveis mecanismos que podem explicar como *mindfulness* funciona: auto-regulação; clarificação de valores; flexibilidade cognitiva e comportamental; exposição. Sumariamente consideraram que o estado de *mindfulness* surge quando a intenção, atenção e atitude são simultaneamente cultivadas. Através deste processo, uma nova avaliação da situação ocorre facilitando uma mudança de perspectiva que é o cerne da transformação afetada pela prática *mindfulness*.

A auto-regulação é desenvolvida com a capacidade de ficar como observador e testemunhar estados emocionais negativos como ansiedade e medo com atenção plena, no momento presente, sem julgamento e com aceitação. Perceber sentimentos, pensamentos ou emoção que surgem e vê-los como estados impermanentes que surgem e desaparecem no tempo, possibilita novas percepções e reavaliações. Isto permite um maior nível de tolerância para estados internos desagradáveis. Ao mesmo tempo, capacita a pessoa a ser menos controlada por emoções e a usar uma gama mais vasta e mais adaptável de habilidades de *coping* evitando desregulação e subsequente doença.

A clarificação de valores ocorre quando as pessoas reconhecem o que é significativo e o que é realmente importante para eles. Com frequência, se é empurrado e puxado por aquilo em que se acredita (com base no condicionamento cultural ou familiar). No entanto, quando se é capaz de observar os próprios valores e refletir com maior objetividade sobre o que é verdadeiramente importante no contexto de nossas próprias vidas, podem-se realizar escolhas de comportamentos que são congruentes com as próprias necessidades, interesses e valores (Hayes, 2002; Shapiro e col, 2006).

A flexibilidade cognitiva, emocional e comportamental também pode ajudar na desidentificação com crenças e padrões antigos. Por intermédio de uma exposição direta, a pessoas aprendem que suas emoções, pensamentos ou sensações do corpo não são tão esmagadoras ou assustadoras (Shapiro e col, 2006). "A esquiva experiencial torna-se menos automática e menos necessária" (Hayes, 2002, p. 104) e respostas mais adaptáveis ao ambiente tornam-se mais fáceis em contraste com os padrões rígidos, de reatividade emocional.

4.3 INTERVENÇÕES CLÍNICAS BASEADAS EM *MINDFULNESS*

Nos Estados Unidos e em outros países, segundo Salmon, Santorelli, Sephton e Kabat-Zinn (1998), existem mais de 240 hospitais e clínicas de saúde mental que oferecem um programa de tratamento, baseado no treinamento de *mindfulness* independentemente de qualquer religião ou tradição cultural. *Mindfulness* no tratamento terapêutico pode influenciar a suscetibilidade ou habilidade para recuperação de inaptidão e doenças. Estas maneiras incluem: diminuição da percepção da dor crônica; incremento na habilidade de tolerar a dor ou inaptidão; redução do stress, ansiedade e depressão, enriquecimento de relações interpessoais e de conexões sociais dentre outras (Ludwig & Kabatt-Zinn, 2008).

As terapias com MBSR e outras que utilizam *mindfulness* são muito semelhantes em seus objetivos e técnicas apesar de focar diferentes aspectos da saúde mental e física. As terapias que utilizam *mindfulness*, em sentido amplo, objetivam aceitação dos conteúdos mentais a partir da observação do comportamento privado (pensamento, emoção, sentimentos e sensações físicas). Utilizando a técnica da atenção plena no momento presente e sem julgamento, tal como definido por Kabat-Zinn, *mindfulness* permite observar a vivência como uma perspectiva e não como conceito e ainda como eventos passageiros. Mais tolerante com os eventos mentais, uma exposição aos mesmos é facilitada. A exposição prolongada favorece insights e amplia a consciência dos eventos mentais. Isto permite uma maior compreensão da realidade, melhor manejo das contingências a partir de uma percepção mais ampla dos recursos internos e externos disponíveis facilitando a integração da emoção com o problema. Uma diferente compreensão ainda possibilita um novo significado, sentido emocional à experiência. Por fim, novos valores podem ser reconhecidos, novos objetivos podem ser traçados, e ações para alcançar os objetivos podem ser efetivadas. O resultado final é uma melhora no senso de coerência e na saúde mental.

4.3.1 Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

O programa foi iniciado na Universidade de Massachusetts (UMass) Centro Médico em 1979 por Dr. Kabat-Zinn, (1990). Inclui sessões orientadas com 2h a 2h e 30min de instruções e práticas formais diárias de meditação e de práticas informais (realização, de forma consciente, com a atenção concentrada de atividades rotineiras por aproximadamente 15 minutos diários). O treino tem duração de 8 semanas devendo ser ministrado a um grupo com 15 a 40 pessoas. Na sexta semana tem-se um dia todo (7h e 30min) de silêncio.

A prática formal deve ser realizada em seis dias na semana por 45 minutos e tem como método inicial a varredura corporal ⁵. Segue-se a prática da meditação com atenção na respiração observando o que acontece: expansão e contração do abdômen em uma respiração diafragmática, sentimentos, emoções e sensações corporais. A prática formal inclui ainda práticas alternadas dentre as seguintes: exercícios de hatha yoga sem forçar muito para não sentir dor e com atenção na parte do corpo que está sendo trabalhada; meditação caminhando; meditação com olhos abertos por 45 minutos sendo três momentos de 15 minutos com pausas de 5 minutos entre eles; meditação da montanha; exercícios de energização com contração e relaxamento muscular e atenção plena na área do corpo que está sendo trabalhada. Todas as práticas são realizadas por 45 minutos exceto os exercícios de energização.

A prática informal (realização, de forma consciente e com a atenção concentrada no momento presente, de atividades rotineiras como comer observando gosto e textura dos alimentos, tomar banho, escovar os dentes, andar, dirigir e outros) deve ser realizada por cerca de 15 minutos diários. A finalidade da observação de atividades rotineiras é se ter através de percepções somáticas, consciência de momentos agradáveis e desagradáveis sempre sem absorver ou realizar qualquer julgamento. O propósito é estar cômico de eventos que, pelo fato de os fazermos de forma tão automática, deixam de ser percebidos como provocadores de sentimentos e emoções.

A duração total de aulas práticas formais durante o programa é de 30 horas que, somadas às práticas informais deve totalizar no mínimo 42 horas com orientações semanais de 2h cada uma. Após o término do programa, todos os participantes são

⁵ Técnica chamada por kabat-Zinn (1990) de Body Scan. Trata-se de percorrer o corpo dos pés à cabeça com a atenção mental, sem se prender às sensações corporais, pensamentos, sentimentos e emoções.

incentivados a dar continuidade às práticas integrando-as em seu próprio ambiente, em sua vida cotidiana e realizando-as por no mínimo 45 minutos e seis vezes na semana.

As aplicações clínicas com MBSR partiram dos primeiros estudos bem sucedidos de *Stress Reduction and Relaxation Program* (SR e RP) no contexto da dor crônica. Os dados obtidos durante três ciclos⁶ com 10 semanas de treinamento deste programa indicaram para todas as categorias de dor crônica que 60% dos 51 participantes obtiveram uma considerável melhora com redução da dor o que foi mantido no *follow-up* 2.5, 4 e 7 meses (Kabat-Zinn, 1982). Outros estudos realizados com o programa evidenciaram que um intensivo treino em meditação *mindfulness* e yoga poderia ser aceito por um grande número de pacientes com problemas médicos físicos no contexto clínico e estresse (Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988). A intervenção também convida os pacientes participantes a verem o estresse como um desafio em vez de uma ameaça. A maioria deles alcançou uma melhora de saúde (Kabat-Zinn, 1990).

Miller, Fletcher, e Kabat-Zinn (1995) demonstraram que houve manutenção do incremento clínico positivo com redução da ansiedade nos três anos seguintes em um grupo de pacientes que participaram do estudo original. Os dados deram fortes evidências de que uma prática intensiva da intervenção *mindfulness* baseado na redução do estresse pode ser um efetivo tratamento clínico para pacientes médicos com distúrbios de ansiedade e depressão.

Kabat-Zinn, (1990) sugere que a exposição prolongada a sensações de dor com habilidade em observá-las sem julgamento, embora consciente de suas sensações e das respostas de stress, pode ser capaz de levar a uma dessensibilização com redução da ansiedade associada à dor e levar à capacidade de experimentar sensações de dor sem reatividade excessiva. No tratamento de pacientes com dores crônicas, os instrutores de *MBSR* encorajam os pacientes a direcionar a atenção ao local ou músculo em que se tem a sensação de dor. O paciente é incentivado a assumir uma atitude de não realizar qualquer julgamento acerca dessas sensações bem como em relação a várias cognições, emoções como ansiedade e raiva, impulsos de trocar de posição quando se tem a sensação de dor.

Outra aplicação de MBSR foi como técnica para reduzir a ansiedade, e pânico (Kabat-Zinn, Massions, Kristeller, & Peterson, 1992). O mecanismo consiste em sustentar uma observação das sensações de ansiedade sem tentativas de fugas ou esquivas. Utilizando o programa de MBSR obtiveram resultados que demonstraram um declínio na escala de ansiedade de Beck e na reatividade emocional tipicamente eliciada por sintomas de ansiedade. Em relação aos participantes que relataram ataques de pânico, com ou sem

⁶ Inverno; primavera e outono de 1980 nos Estados Unidos da América.

agorafobia, os resultados demonstraram um declínio na escala de Hamilton de pânico após o treino, inclusive com declínio da agorafobia.

A eficácia potencial do treinamento de *MBSR* para melhorar o bem-estar psicológico em uma população não clínica (estudantes paramédicos e médicos) também foi documentada. Em sua pesquisa, Shapiro et al. (1998) chegaram a resultados consistentes com os achados de pesquisas anteriores realizadas com intervenções de *MBSR* (Kabat-Zinn et al., 1992). Os dados indicaram que a meditação *mindfulness* pode efetivamente reduzir medidas de depressão e a ansiedade auto declarada e aumentar níveis globais de empatia com outras pessoas. O incremento na capacidade de empatia sugere que a intervenção pode ter ajudado os participantes a cultivar a capacidade de ouvir e desenvolver perspectivas novas, mais compassivas. Essas atitudes podem promover crescimento em suas próprias vidas, ao mesmo tempo em que desenvolvem habilidades para efetivamente ajudar outras pessoas (Shapiro et al., 1998).

Para se tornar um instrutor de *mindfulness* Kabat-Zinn, (2003) enfatiza quão imperioso é uma extensiva prática pessoal. Isto é exigível como forma de aprender como olhar profundamente em sua própria mente e corpo, pois estas experiências internas não podem ser descritas racionalmente por quem não as experimentou, porque fogem da descrição usual da realidade. Por este motivo a meditação *mindfulness* não poderia ser ensinada por quem não sabe, em verdade, o que está oferecendo aos outros, correndo-se o risco de ensinar apenas uma caricatura do que se pretende já que *mindfulness* não é apenas uma técnica, mas antes, um modo de ser e ver.

Para se tornar um instrutor de *MBSR* deve-se atender a três pré-requisitos: 1 – ter um grau de instrução equivalente ao mestrado; 2 – ter uma experiência que compreende: uma prática diária por 5 anos; participação de no mínimo um retiro de 5 dias de meditação *mindfulness* silenciosa; participação no treinamento de 8 semanas de *MBSR* in Mind-Body Medicine ministrado no Centro para *mindfulness* nos EUA; 200 horas ensinando *mindfulness* em um grupo; e contar com supervisão de 60 h. no início; 3 – habilidade para trabalhar independentemente e colaborativamente; propósito profissional de desenvolvimento no campo de *MBSR*; capacidade de efetivar uma relação interpessoal com o cliente; integridade e honestidade (Salmon, Santorelli & Kabat-Zinn, 1998).

4.3.2 *Acceptance e Commetimet Therapy (ACT)*

Na psicologia clínica, a prática de observar o observador foi reconceituada entre outros, por Hayes (2000). O autor destaca três Eus (*Selves*): Eu conceitual, Eu como fluxo de vivências e Eu observador. Este último é também chamado de Eu como contexto.

O Eu conceitual se refere à maneira com que o indivíduo forma auto-conceitos acerca de si mesmo por meio de explicações literais. Muitas vezes a explicação conceitual de suas vivências se torna mais relevante do que o próprio engajamento na vida. Os indivíduos passam a viver mais no passado e em um futuro conceitualizado do que em o contato vivencial com o presente. O indivíduo pode se tornar refém de seu Eu conceitual, quando realmente acredita que é o que pensa sobre si.

O Eu como fluxo das vivências se refere ao autoconhecimento a partir das suas vivências que estão aparecendo no momento, diretamente. O indivíduo pode estar consciente de seu fluxo de experiências sem engessá-los por avaliações e conceitos. O contato com esse Eu mais flexível e “vivo” é promovido pela ACT através de exercícios de conscientização, metáforas e processos experienciais. Porém, a identificação com esse Eu também traz problemas, porque pode se tornar muito fragmentado.

O Eu observador na mesma direção da prática meditativa budista, constitui na experiência de observar os seus conceitos, a sua própria perspectiva e seu fluxo de vivências, sem identificar-se com nenhum desses. Pelo desenvolvimento aguçado da capacidade de observar o treinamento de *mindfulness* pode levar a um desenvolvimento do senso de perspectiva. Isto significa “ver” o próprio ponto de vista como uma perspectiva e não como um conteúdo.

Na ACT identificam-se vários contextos sócio-verbais patogênicos. Hayes et al. (1999) sugere que no contexto de literalidade, o controle verbal é uma forma especial de controle de estímulos que, devido à sua natureza simbólica, promove uma predominância da regulação verbal do comportamento sobre todos os outros processos comportamentais.

O contexto da literalidade coloca os processos psicológicos sob controle da linguagem. Uma fonte de rigidez psicológica é decorrente dos conceitos lingüísticos (idéias e pensamentos) que saem do plano da abstração de simples produtos verbais e que acabam por regular as emoções e comportamentos mais importantes. A categorização de eventos em bons e ruins na tentativa de criar explicações conceituais para os problemas e torná-los mais aceitáveis culmina por afastar a pessoa da vivência direta das condições que realmente teriam para resolvê-los (Hayes, 1987). Dessa forma, o comportamento passa a

ser guiado por redes verbais relativamente inflexíveis em detrimento das contingências apresentadas no meio.

Porém, responder efetivamente às situações requer plena atenção à vivência direta. O procedimento utilizado para diminuir a excessiva literalidade é enfraquecer a tendência de identificar-se com seus pensamentos. Isto é feito por várias técnicas de defusão cognitiva. A defusão cognitiva e as técnicas de conscientização têm o intuito de enfraquecer a tendência de tratar o pensamento mais como uma referência acerca de si mesmo do que apenas como uma impressão direta (o pensamento sobre si mesmo).

O resultado da defusão se dá geralmente por uma queda na crença ou vínculo aos eventos mentais. A ACT promove contato constante e não-valorativo com os eventos psicológicos e do ambiente externo na medida em que estes ocorrem. A dinâmica da terapia visa exercer um maior controle sobre o comportamento e usar a linguagem mais como uma ferramenta para a descrição de eventos do que como instrumento para a previsão e julgamento destes. Assim, a terapia tem como um dos seus principais alvos promover no cliente a flexibilidade psicológica com redução da esquiva experiencial.

A meta na ACT é desenvolver a habilidade do indivíduo para experienciar plenamente os eventos privados e para estar cômico de seu comportamento a ponto de persistir ou alterar seu comportamento em prol de alcançar valores escolhidos. Para alcançar esta finalidade, a observação com atenção plena pode desafiar o contexto de dar razão onde certas explicações sustentam outras por serem socialmente aprovadas, mas sem se encaixar na vivência do indivíduo. Em outro momento procura-se incrementar a aceitação de eventos privados anteriormente evitados; por último procura-se distinguir as pessoas de seu pensamento e comportamento. O resultado se dá geralmente, pela mudança de perspectiva em relação às auto-crenças e pela mudança de vínculo aos eventos íntimos (Hayes et al., 1999).

Roemer e Orsillo (2010) dividem o trabalho do terapeuta da ACT em três fases. Primeiramente o terapeuta utiliza metáforas, paradoxos e outras técnicas verbais, para sinalizar ao cliente que tentativas passadas de controlar emoções e pensamentos problemáticos muitas vezes não tiveram sucesso e ainda aumentaram a frequência de tais pensamentos e emoções. Após esta fase, com o trabalho de conscientização e de exercícios de aceitação, o cliente é ensinado a observar os seus próprios pensamentos, sensações corporais e emoções como algo diferenciado de si mesmo; aprende a estar atento no momento, presente aceitando os eventos mentais como passageiros, mesmo que tenham conteúdos recorrentes. A aceitação na ACT é incitada como método para aumentar as ações baseadas em valores. Na terceira fase, o cliente é encorajado a identificar objetivos e

valores em várias áreas da vida, como trabalho, família, saúde, relacionamentos íntimos se comprometendo a praticar ações para chegar a tais objetivos.

Nos transtornos de ansiedade decorrentes de contextos sócio-verbais o modelo da ACT postula que a socialização da pessoa tem uma preponderante relevância. Esta análise está em sintonia com a filosofia oriental budista. Nhat-Hanh (2004) ressalta que uma aceitação compreensiva acerca da realidade da experiência, abre caminho para emoções, cognições e atitudes relacionais e cívicas, proporcionando uma reconciliação da pessoa consigo mesma. A pessoa torna-se mais tolerante, integrada, capaz de administrar suas próprias emoções com imparcialidade, flexibilidade, competência social e empatia.

A aceitação de sentimentos, sensações e pensamentos normalmente avaliados como negativos, inclui um número de habilidades independentes como: 1 - consciência de que sua própria reatividade emocional está aumentando com a proximidade de um estímulo qualquer (pode ser apenas pela verbalização ou expressão da outra pessoa), sem proceder a um julgamento acerca dessas emoções; 2 - identificação das emoções primárias associada com o incremento da estimulação, o que é essencial para uma efetiva resposta considerando a experiência privada vivida no presente e os estímulos que a antecederam; 3 – compreensão e aceite dos sentimentos e emoções que estão emergindo, não se importando com o fato de que a experiência foi prazerosa ou não (Hayes, 2004; Hayes et al., 2004).

Esta aceitação pode dar-se em dois níveis: aceitação simples e pura da experiência ou aceitação radical onde se transforma uma experiência negativa em uma experiência até mesmo positiva por entender o valor dos sentimentos negativos. Em ambos os níveis são incluídos comportamentos de tolerância a pensamentos, emoções, desejos e a estímulos privados (internos) ou públicos (Hayes, Strossahl e Wilson, 1999). O resultado é uma melhora na qualidade de vida emocional.

A ACT também vem sendo utilizada na terapia de casais. Para um relacionamento saudável é necessária comunicação emocional, com atenção para as emoções e um padrão de interação em que cada um descubra com precisão os seus pensamentos, emoções, desejos, e expresse aceitação e compreensão validando a experiência de proximidade com o parceiro compreendendo-o e aceitando-o (Fruzzetti e Jacobson, 1990). O esforço de entender a perspectiva da emoção pelo parceiro é associado ao processo de aceitação no casal (Fruzzetti et al., 2003; Linehan, 1993a).

Fruzzetti e Iverson, (2004) relacionam quatro passos para transformar conflitos em mais proximidade e minimizar o sofrimento individual dos parceiros. *Mindfulness* pode ser empregada para resolver essas dificuldades. Começa com se tornar consciente das

tentativas do outro em solucionar o problema entre o casal, percebendo que, na verdade, essas tentativas demandam muita energia e que as tentativas dos parceiros de modificar o outro muitas vezes são frustradas. Deve-se desistir dessas tentativas.

A pessoa decide desistir da mudança de comportamento desejada no parceiro tolerando tal comportamento. O esforço passa a ser em prol de uma mudança em seu próprio comportamento. Isto também exige uma tolerância ao seu próprio desapontamento e frustração, deixando passar a raiva e não julgando o parceiro ou a si mesmo o que pode ter um efeito salutar para ambos e, possivelmente, reduzir conflitos e aumentar as possibilidades de aproximação ocasionando uma melhora na interação do casal.

O processo vai além de parar com as tentativas corrosivas de mudar o outro e de não fazer julgamento. Se tornar consciente do parceiro inclui informar ao outro o custo para si mesmo, para o parceiro e para o relacionamento do comportamento que se quer alterar ao mesmo tempo em que relega os desejos por mudança e julgamentos sobre o parceiro pela falta dessa mudança. Como conseqüências desse ato de informar surgem desapontamentos e raiva, bem como o incremento da vulnerabilidade para mais conflitos devido ao aumento da frustração e uma distância emocional que ocasiona. Neste passo, o foco é a tolerância às próprias emoções negativas como desapontamento ou raiva por ter parado de reclamar e ao mesmo tempo em que se conscientiza da toxicidade decorrente do desejo extremo de mudança no comportamento do parceiro. Isto inclui uma interferência diferente com uma participação atenta (*mindful*) no relacionamento que pode levar ao incremento da motivação para uma aceitação mais radical e verdadeira.

Depois disso, a pessoa pode perceber que o comportamento que o parceiro, antigamente definia como problemático, hoje tem outro significado. Segundo a filosofia budista (Nhat Hanh, 2004) olhando mais profunda e atentamente é possível analisar o comportamento em seu contexto mais amplo e perceber os reais motivos para que a pessoa realize tais comportamentos incluindo seu próprio papel no desenvolvimento desse comportamento. Assim, a chegada sempre tarde em casa do parceiro pode ser devido, em parte, porque ele ou ela trabalha arduamente e não apenas porque está insensível ao desejo do outro de que venha mais cedo para casa.

Relembrar que a meta maior é uma aproximação, mais intimidade e melhora no relacionamento, pode facilitar um envolvimento com este tipo de interação. Alternativamente, providenciar descrições acuradas do momento presente ou de descobertas acerca de si mesmo ajudam contextualizar as ofensas antigas e partir para um apoio ao parceiro demonstrando cura.

A meta da ACT em relacionamentos familiares e de casais é descrever mais amplamente e com menos julgamento; compreender o objetivo original do comportamento descrito; prestar atenção para o que é ao invés de o que não é; ouvir atentamente o parceiro e responder com respeito, compaixão, e aceitação da experiência do outro validando-a; transcender o eu pelo nós por meio de participação, vontade e reciprocidade. Com repetidas experiências descrevendo ao invés de julgar, velando no lugar de demandar, ouvindo, participando e apoiando ao invés de evitar ou atacar, antigos conflitos podem ser transformados em compreensão genuína.

4.3.3 Dialectical Behavior Therapy (DBT)

Linehan (1993a, 1993b) inclui o treino de *mindfulness* no princípio do treino de habilidades sociais especificamente para clientes com transtornos de personalidade *borderline*. Para ela, *mindfulness* inclui dois subconjuntos separados embora conectados: o que fazer para ser *mindful* e como se engajar nesses comportamentos. Em relação ao primeiro subconjunto, *mindfulness* consiste em: 1 – Observar ou se tornar consciente do comportamento, eventos e emoções no momento presente. 2 – Descrever apenas o que está sendo observado, com cuidado e usando uma linguagem puramente descritiva. 3 – Participação plena nos eventos, sentindo, pensando no que sente, agindo para resolver os problemas, sem racionalizar ou justificar. Em relação ao segundo subconjunto, o conceito inclui: 1 - não julgar ou não avaliar, nem categorizar ou qualificar os eventos em certo ou errado, bom ou ruim. 2 – estar atento ao momento presente e em uma coisa por vez. 3 - agir de forma efetiva a resolver os problemas e em consonância com seus valores e objetivos na vida.

As tarefas de *mindfulness* na terapia comportamental dialética, desenvolvida por Linehan (1987), são ensinadas como observado em MBSR e incluem observar, descrever e participar os pensamentos, emoções, sensações e estímulos ambientais de forma atenta, efetiva e sem julgamento reformulando conceitos e aplicando-as diariamente em suas relações cotidianas com as pessoas. Pensamentos, sensações e sentimentos também são observados e etiquetados como algo passageiro e alguns exercícios encorajam a conscientização de *mindfulness* durante várias atividades diárias como quando se toma café, lavar a louça, se alimentar ou limpar a casa como no programa de MBSR. Todavia, DBT, diferentemente do programa de MBSR, não exige uma prática extensiva, frequência

específica ou duração padronizada dos exercícios. São ensinadas várias formas de observar a respiração: contando as respirações, coordenando-a com os passos enquanto se caminha, e seguindo a respiração enquanto se ouve uma música, ou se está em alguma situação do cotidiano.

DBT é utilizado na clínica com pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. Este transtorno é marcado por instabilidade afetiva devido a variações de humor bruscas, por impulsividade, por padrões de relacionamentos interpessoais caóticos com mudanças radicais entre idealização e desvalorização, como também por perturbação da identidade e fragmentação da percepção de si. Na utilização para o tratamento do transtorno de personalidade *borderline*, o principal objetivo na primeira fase da DBT é tratar comportamentos fora do controle que ameaçam a vida do indivíduo. Mais genericamente, outro objetivo é ajudar a pessoa a alcançar o equilíbrio entre comportamentos e experiências emocionais. No entanto como complexos padrões de comportamento interferem no andamento sobre as metas do tratamento inicial, DBT enfoca os comportamentos que interferem na terapia e na relação terapêutica. O terapeuta deve abordar todos os comportamentos problemáticos da paciente (dentro e fora das sessões) para a solução de problemas.

Procedimentos básicos do tratamento incluem solução de problemas, técnicas de exposição, treinamento de habilidades, manejo de contingências e modificação cognitiva. Também como uma abordagem de *mindfulness*, DBT busca desenvolver habilidades de observação prolongada de pensamentos e emoções com a finalidade de levar os clientes à compreensão plausível da realidade e que, sensações de medo não traduzem, inexoravelmente, um perigo iminente no contexto real (Linehan, 1993a, 1993b). A exposição do paciente a estes estímulos sem tentativas de esquiva ou fuga pode promover uma dessensibilização que aumenta a sua capacidade de *coping* diante de estados emocionalmente negativos, podendo levar à extinção de comportamentos eliciados por estes estímulos (Vandenberghe & Sousa, 2006).

Objetivando uma tentativa de síntese entre aparentes contradições (desejo e a realização somente do que é possível), a técnica de DBT enfatiza a aceitação e validação do comportamento como ocorre no momento nos processos dialéticos (Linehan, 1993a, 1993b). Já que o fato de desejar que a realidade fosse diferente não a muda, os clientes são encorajados a aceitarem a si mesmos, suas histórias e suas experiências cotidianas exatamente como são ao mesmo tempo em que trabalham para modificar seu comportamento e o ambiente substituindo comportamentos ineficazes, desadaptativos ou inábeis por respostas hábeis.

Linehan (1993a) chamou a capacidade do indivíduo em emitir uma resposta equilibrada com certa dose de racionalidade acerca do problema apresentado de “mente sábia”. Os pacientes *borderlines* devem aprender este modo de funcionar, desenvolvendo habilidades de autocontrole e administrando a vontade. Ao mesmo tempo em que se torna suficientemente calmo, o cliente pode ser capaz de enfrentamento de eventos mentais sem ansiedade ou estresse excessivos ou ainda, sem intenso sofrimento físico ou psíquico respondendo a problemas de forma adaptativa e eficaz englobando no tratamento a qualidade de vida.

4.3.4 Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

As pesquisas de Segal e Ingram (1994); Segal, Williams, Teasdale, e Gemar (1996); Williams, Teasdale, Segal, e Soulsby (2000); Teasdale, Williams, Soulsby, Segal, Ridegeway, e Lau (2001) e Teasdale et al. (2002), mostram que pessoas durante os episódios depressivos, freqüentemente reagem a sentimentos e pensamentos negativos, com respostas cognitivas irracionais, sem visão do contexto e sob controle imediato da emoção isolada. O objetivo de MBCT na prevenção e recaída da depressão é promover nessas pessoas a aceitação da variação de humor e de sentimentos e emoções negativas. Estando no momento presente, com uma visão mais realista do contexto ambiental seria mais fácil fugir da armadilha de julgamentos e do controle de auto-regras e crenças abstratas que promovem esquivas experienciais (Teasdale et al., 2002). Esta atitude pode prevenir uma escalada nos padrões de rumações mentais (Teasdale et al., 1995).

Baseada no programa de MBSR de Kabat-Zinn e formatada por Segal, Williams, e Teasdale, (2002) MBCT também consiste em observar os pensamentos sem julgamento, sem absorvê-los, e sem efetuar qualquer racionalização sobre eles, apenas deixando-os vir e ir. A técnica é usada para prevenir recaída de pessoas que eram depressivas e passaram com sucesso por uma terapia cognitiva. O objetivo consiste em facilitar para o indivíduo se desvencilhar de um modo de ver os seus pensamentos como sendo fatos reais (como, por exemplo, de sucesso ou fracasso, de superioridade ou inferioridade) ou como sendo ele mesmo (Vandenberghe & Sousa, 2006).

Teasdale, Segal e Williams (1995) relacionaram alguns pontos como sugestão da potencial relevância de *mindfulness* na prevenção de recaída da depressão: 1 – *Mindfulness* é uma habilidade que pode ser praticada em situações diversas, mesmo diante

de uma variedade de pensamentos, sentimentos e experiências especificamente relacionadas a depressão. 2 - Os indivíduos podem estar conscientes de seus pensamentos e sentimentos, mantendo equanimidade mesmo diante de experiências desagradáveis e perceber os primeiros sinais de recaída da depressão. 3 - A aceitação da experiência direta da realidade no momento presente pode ser associada com a redução da tendência de entrar em processos mentais ruminativos o que pode aumentar as chances de ampliar o repertório de ações que poderão ser implementadas no tempo.

Teasdale (1999) e Teasdale et al. (1995) em suas conclusões sobre MBCT, sugerem que, com a habitualidade da prática de observar pensamentos sem o julgamento, os pacientes adquirem a habilidade de redirecionar a atenção para objetos neutros que ocorrem no momento tal como a respiração, um som ambiente, passos da sua caminhada. Concentrando a atenção nos recursos necessários para tolerar e aceitar sinais da emergência da depressão como variações de humor e sentimentos negativos. Os pacientes se preparam, eles mesmos, para enfrentar vivências desconhecidas e, de início incertas, que podem ocorrer ou não por meses, ou mesmo anos, após a recuperação do episódio depressivo. Desta perspectiva, a chance de recaída da depressão ou sua persistência pode ser reduzida.

4.4 LOVING-KINDNESS MEDITATION NA PSICOLOGIA POSITIVA

Saúde mental inclui alcance do bem estar subjetivo e felicidade. Pressupõe uma homeostase entre demandas internas e as exigências externas, ou seja, um equilíbrio entre suas emoções (agradáveis e desagradáveis) e sua capacidade em administrar a própria vida mesmo enfrentando circunstâncias adversas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Segundo Fredrickson (2001) a possibilidade de utilizar estratégias saudáveis para enfrentar ativamente a situação pode ser aumentada por duas formas: reduzindo-se as demandas ou aumentando-se a capacidade de lidar com estressores. Em relação à segunda possibilidade, a autora na sua teoria do “ampliar e construir” ressalta que as emoções positivas (otimismo, diversão, prazer, contentamento, amor, auto-estima) ao contrário das emoções negativas, aumentam momentaneamente o repertório de pensamentos e ações que, em longo prazo, auxiliam na construção de recursos pessoais duradouros e ajudam a ampliar a capacidade das pessoas para o enfrentamento dos problemas.

Com atenção concentrada no problema a pessoa percebe o evento de um modo mais amplo, em oposição aos sentimentos negativos que fazem com que as pessoas fiquem mais focadas nos detalhes (Straub, 2005). Sendo o pensar uma fonte de estresse psicológico, rever conceitos de forma mais ampla e encarar os eventos como desafios e não como ameaças, possibilitam respostas criativas, integradas e oferece uma variedade grande de opções comportamentais, com criticidade, mas sem preconceitos, medos, fuga ou esquiva (Fredrickson, 2001).

As emoções positivas também minimizam a duração e os efeitos tóxicos da excitação emocional negativa, o que Fredrickson (2001) chamou de “hipótese do desfazer”. Sinteticamente, as emoções positivas ampliam o repertório pensamento-ação exercendo uma função adaptativa em situações percebidas como ameaçadoras e favorecendo o bem estar em contraposição às emoções negativas que limitam momentaneamente o repertório de pensamentos/ações restringindo as opções comportamentais (Fredrickson, 2001).

A possibilidade de evocar e reforçar emoções positivas seletivas como amor, contentamento, compaixão, ao longo de meses passou a ser alvo de pesquisas. Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, e Finkel, (2008) conduziram um experimento para testar se emoções positivas induzidas através de *Loving-Kindness Meditation* (LKM), construiria recursos pessoais, sociais e físicos. Durante 9 semanas o grupo experimental incrementou experiências diárias de emoções positivas evocadas por LKM e o grupo controle praticou uma meditação placebo. A técnica de LKM envolve direcionamento a pensamentos e visualizações evocando emoções positivas. Durante a prática é pedido aos indivíduos pela primeira vez para se concentrar na região do coração e dirigir sentimentos carinhosos a uma pessoa para quem já sentem sentimentos amáveis, em seguida, a eles mesmos e, posteriormente, a um círculo cada vez maior de pessoas (Fredrickson et al. 2008).

Os resultados revelaram que LKM é capaz de induzir e incrementar emoções positivas. O efeito continua após a prática de meditação, acoplando ganhos momentâneos como recursos pessoais (resiliência e domínio ambiental), recursos sociais (relações positivas com os outros, maior facilidade para dar e receber suporte social) e recursos físicos (redução de sintomas de doenças e melhora na qualidade do sono). Ganhos em longo prazo (mudanças na satisfação da vida e bem estar) também foram percebidos nos resultados. O resultados, a longo prazo, indicaram ainda uma redução das emoções negativas, redução da ansiedade e depressão.

Assim como a teoria do “ampliar e construir” emoções positivas de Fredrickson (2001) prevê, quando as pessoas se abrem para emoções positivas, elas incrementam seu

próprio crescimento à medida que ampliam os repertórios de pensamentos e ações, encarando os eventos de forma mais realista e com menos esquivas experienciais. Em longo prazo, esta nova forma de perceber os eventos auxilia na construção de recursos pessoais e sociais duradouros e ampliam a capacidade das pessoas para o enfrentamento dos problemas (Fredrickson et al. 2008).

4.5 COPING, SENSO DE COERÊNCIA E MINDFULNESS

Os seguintes itens foram identificados Pela Organização Mundial de Saúde em Copenhague (World Health Organization, 1997) como critérios de saúde mental: atitudes positivas em relação a si próprio; crescimento, desenvolvimento e auto-realização; integração e resposta emocional; autonomia e autodeterminação; percepção apurada da realidade; domínio ambiental e competência social. Assim, O conceito de saúde mental está fortemente associado ao nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional (Straub, 2005).

A abordagem salutogênica abre uma nova perspectiva de se estudar a qualidade de vida cognitiva ou emocional como resposta adaptativa automática ou disponível para lidar com as demandas sobre o organismo. Antonovsky (1987) acredita que o aparecimento das doenças não seria causado pelo estresse e sim pela falência em manejá-lo: o enfoque está nos recursos de *coping* e não os estressores.

O estresse é definido por Antonovsky (1987) como sendo o estado de resposta do organismo frente às tensões/estressores. Dependendo das características dos estressores e dos recursos para se resolver a tensão gerada esta pode ser vista como algo também positivo à vida das pessoas. Se a tensão não é resolvida de modo eficaz, o indivíduo entra em um estado de estresse. Neste estado recursos de *coping* internos tornam-se escassos podendo deteriorar o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional (Antonovsky, 1987; Antonovsky, 1998).

Uma orientação geral estável em relação à percepção e ao controle do ambiente para a significação e a adoção de comportamentos apropriados é importante para o enfrentamento de situações cotidianas (Antonovsky, 1987). Um forte senso de coerência permite que o indivíduo enfrente melhor os estressores presentes na vida cotidiana, se construa ou se reconstrua positivamente frente às adversidades, e se mantenha saudável (Barlach, 2005).

Composto por três componentes: compreensão, manejo e significado, o senso de coerência tem relação direta com recursos internos de *coping* (Antonovsky, 1987). **Compreensibilidade** é a forma como o indivíduo percebe a situação à sua volta ou seja, o seu ambiente interno e externo. A compreensão da realidade será tanto mais acurada quanto mais ordenada, estruturada, consistente e clara for este componente. A pessoa com forte senso de compreensão espera que os estímulos que irá encontrar no futuro sejam previsíveis ou, se inesperados, que, pelo menos, tais estímulos sejam ordenados e explicáveis (Antonovsky, 1987). **Maneabilidade** é a percepção pela pessoa dos recursos disponíveis e se estes estão adequados às demandas da situação, dando ao sujeito a sensação de que poderá contar com esses recursos quando tiver necessidade. Os recursos podem ser internos, próprios do indivíduo, ou encontrados em outras pessoas, como cônjuges, amigos, profissionais da saúde ou entidades divinas. A pessoa com alto senso de manuseio não se sentirá vítima dos acontecimentos e não pensará que a vida a está tratando de maneira não bondosa. Percebe que, embora coisas inconvenientes possam acontecer durante sua vida, ela será hábil para lidar com esses acontecimentos e não irá sofrer infinitamente. **Significatividade** é o senso emocional que dá sentido à experiência da situação, validando um comprometimento e um engajamento nos eventos da vida.

Diante da bibliografia pesquisada, o senso de coerência tornou-se um fator da saúde mental, pois, fortalecer o senso de coerência pode significar ampliar recursos internos de *coping*, permitindo que o indivíduo enfrente melhor os estressores presentes na vida cotidiana e se mantenha saudável. Neste aspecto, *mindfulness* se relaciona com o senso de coerência. Os dados de pesquisas citadas sugerem que um dos efeitos da meditação *mindfulness* pode ser o fortalecimento do senso de coerência, pois, facilita uma maior compreensão do ambiente interno e externo, a percepção de recursos disponíveis para enfrentar as situações e engajamento em ações para consecução de objetivos valorosos para a pessoa, ampliando o *coping*, promovendo bem estar e saúde mental.

Leite et al. (2010) verificaram os efeitos de uma meditação com auto-atenção progressiva em 22 participantes do grupo experimental e 20 no grupo controle. Verificaram que a meditação do tipo *mindfulness* melhorou os escores no Inventário de depressão de Beck como também atenção e agilidade no *Digit Symbol Test* do Waiss.

Resultados similares foram encontrados por Kozasa et al. (2008) com meditação (utilizando mantras) associada a exercícios respiratórios (pranayama). Neste estudo obteve-se uma melhora nos escores no Inventário de Depressão de Beck, no *State-Trait Anxiety Inventory* (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), *Tension Feelings Self-Evaluation*

Scales (Escala de auto-avaliação de sentimentos de tensão) e *Well-being Self-evaluation Scales* (Escala de auto-avaliação de bem-estar).

5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos em pesquisas com a prática *mindfulness* nas intervenções clínicas (MBSR, ACT, DBT, MBCT), demonstraram relevantes efeitos benéficos com a prática de *mindfulness*: redução do estresse, de dores crônicas, do pânico; redução e prevenção de recaídas da depressão; melhora no senso de coerência, com pacientes com transtorno de humor e personalidade *borderline* e na terapia de casais.

A possibilidade de utilizar estratégias saudáveis para enfrentar ativamente a situação pode ser ampliada com o aumento de recursos pessoais, sociais e físicos que capacitam lidar com estressores facilitando a resiliência. Sinteticamente, *mindfulness* é capaz de ampliar o *coping* em longo prazo, proporcionando mudanças na satisfação da vida e no bem estar. Percebe-se, como mostrado na figura 1, que diferentes processos psicológicos estão envolvidos nas práticas de *mindfulness* sobre o funcionamento humano.

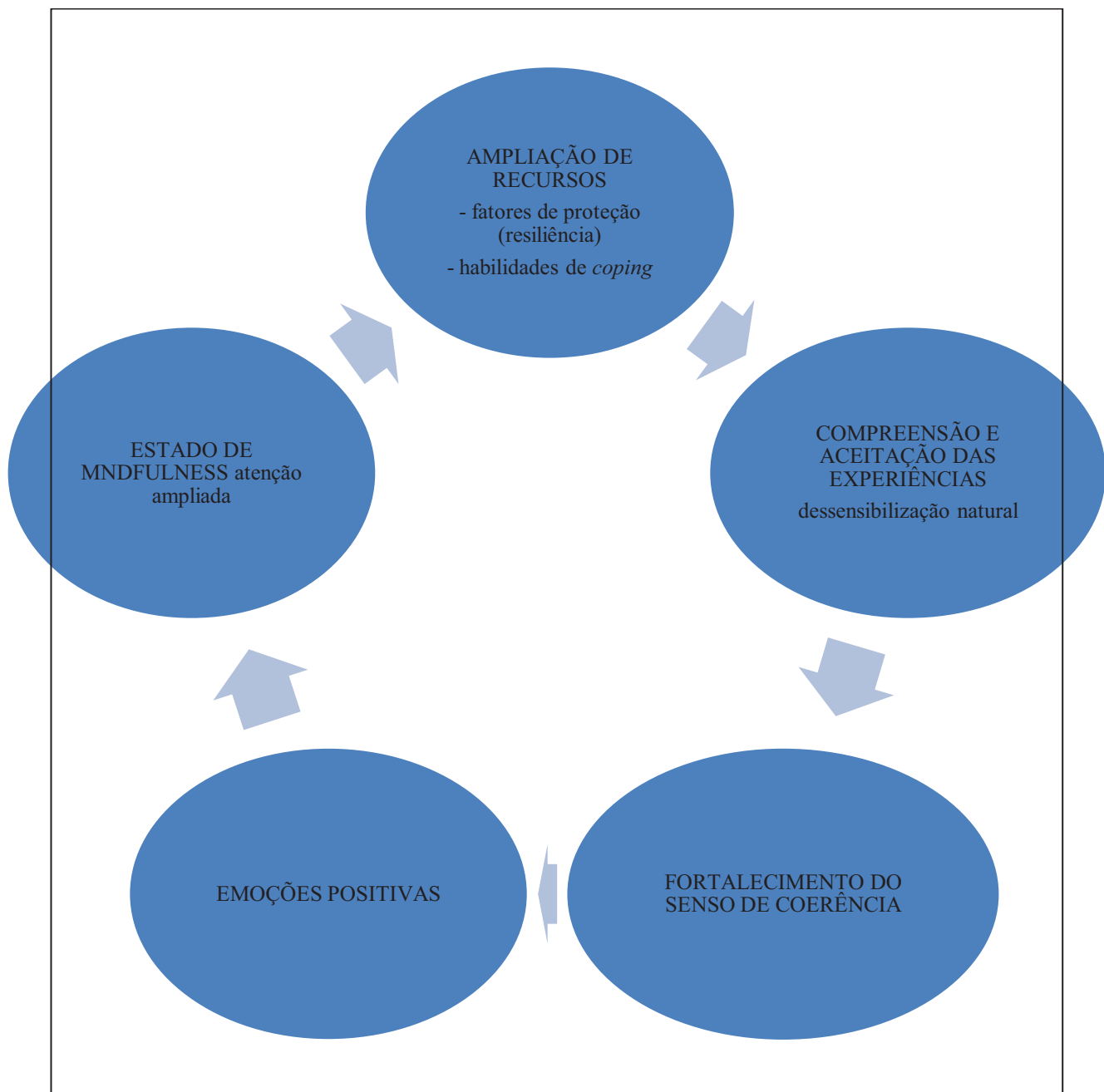


Figura 1. Processos psicológicos na meditação

A bibliografia pesquisada demonstrou que *mindfulness* possibilita atenção plena na vivência de conteúdos mentais (pensamentos, sentimentos, sensações e emoções) no momento presente, sem julgamento destes conteúdos o que atenua as avaliações negativas, tornando possíveis auto-avaliações mais realistas. Com a tomada de consciência acerca de si mesmo, fatores insalubres tendem a mudar para fatores saudáveis de percepção cognitiva e afetiva. A compreensão de que não se é nem os conceitos que tem de si e nem os conteúdos que vivencia é facilitada podendo auxiliar na aceitação dessa experiência.

Com a aceitação desses eventos mentais, o praticante pode ser continuamente exposto à observação dos mesmos, ainda que negativos ou depressiôgenos o que permite reavaliá-los e compreendê-los melhor podendo levar à uma cadeia de “dessensibilização natural e global”. Assim as pessoas podem reconhecer o que é significativo para elas e desidentificar com crenças e padrões antigos.

Desidentificando-se com crenças sobre si, sendo capaz de observar e aceitar os seus eventos mentais no momento em que estes ocorrem o indivíduo pode perceber o seu ambiente interno e externo de forma mais acurada, estruturada e consistente. Ocorrendo mudança cognitiva, compreende-se mais adequadamente o ambiente interno e externo. O Senso de compreensibilidade é fortalecido possibilitando uma melhor explicação desses eventos caso ocorram no futuro e, conseqüentemente ampliando as estratégias de enfrentamento desses eventos.

Percebendo os recursos adequados (próprios ou encontrados em outras pessoas) que estão disponíveis para enfrentamento da situação e identificando objetivos e valores em várias áreas da vida, como trabalho, família, saúde, relacionamentos íntimos a pessoa pode perceber quais recursos pessoais ou obtidos com ajuda dos outros, poderá contar quando tiver necessidade. Ampliados os recursos próprios que capacitam lidar com estressores, aprende-se a ser menos controlado por emoções o que possibilita o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento focado no problema e o uso de uma gama mais vasta e mais adaptável de habilidades de *coping*.

A pessoa com alto senso de maneabilidade encontrará formas para utilizar os recursos disponíveis e os mais adequados às demandas da situação, não se sentirá vítima dos acontecimentos e não irá sofrer infinitamente. A experiência da situação passa a ter um novo significado validando um comprometimento na prática de ações e um engajamento nos eventos da vida. A pessoa é capaz de enfrentar os estressores perante a vida cotidiana para alcançar objetivos pessoais. O bem-estar é facilitado e a resiliência incrementada, recuperando-se o padrão de funcionamento mesmo vivendo sob uma situação adversa e promovendo saúde mental.

Emoções seletivas como amor, contentamento e compaixão também podem ser evocadas ou ainda reforçadas como resultado da prática com *mindfulness*. Estas emoções aumentam momentaneamente o repertório de pensamentos e ações que ajudam a incrementar a capacidade das pessoas para o enfrentamento dos problemas (incrementa a resiliência, facilita o domínio ambiental, favorece relações positivas com os outros, propicia maior facilidade para dar e receber suporte social, reduz sintomas de doenças e melhora na qualidade do sono) que novamente fortalecem o senso de coerência. Em longo

prazo, auxiliam na construção de recursos duradouros (mudanças na satisfação da vida e bem estar).

6 CONCLUSÃO

Em pesquisas recentes, a meditação foi uma das intervenções testadas pela terapia cognitiva comportamental e pela psicologia positiva. Por um lado, as pesquisas buscaram verificar empiricamente o que as intervenções com *mindfulness* poderiam acrescentar como método de intervenção no tratamento terapêutico com pacientes com vários transtornos. Por outro lado, a psicologia positiva, utilizou em suas pesquisas *Loving-Kindness Meditation* como uma forma de melhorar a qualidade de vida de pessoas sem transtorno. Ambas as frentes de pesquisas demonstraram que a meditação é um método de intervenção capaz de desenvolver a aceitação das experiências mesmo as desagradáveis, promover a ampliação de repertórios disponíveis de pensamentos e ações, fortalecer o senso de coerência, evocar e reforçar emoções positivas. Como resultado destes benefícios, a meditação facilita o enfrentamento de situações estressoras e diminui a tensão, ampliando fatores de proteção e habilidades de *coping* e promovendo saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery Of Health*. Sao Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. (1998). The Sense of Coherence. An historical and future perspective. In McCubbin, H. M., Thompson, E. A., Thompson, A. I., Fromer, J. E. (Ed.), (1998) *Stress, Coping, and Health in Families Sense of Coherence and Resiliency*. California.: Sage. 3-20.
- Associação Vipassana Brasil (s.d). *Edição Eletrônica em Português*. Recuperado em 04 de novembro de 2008, de <http://www.dhamma.org/pt>.
- Aurobindo, Sri (1988). What is Mind. *Aim Booklets*, 2ª ed. Editor: K. C. Anand.
- Aurobindo, Sri (s.d). The Synthesis of Yoga. In Capra, F. (2006). *O Tao da Física*. 24ª Ed. São Paulo: Cultrix.

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 125–143. Doi: 10.1093/clipsy.bpg015
- Barbosa, G. S. (2006). Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª Série: Validação e aplicação do questionário do índice de Resiliência: Adultos Reivich-Shatté/Barbosa. *Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- Barlach, L. (2005). O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito. *Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo*.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L. Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational Definition. *Clinical Psychology: Science and practice*, V11 N3, American Psychological Association D12 2004.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social psychology*, 84, 822-848.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Danucalov, M.A., Simões, R.S., Kozasa, E.H., & Leite, J.R. (2008). Cardiorespiratory and metabolic changes during yoga sessions: the effects of respiratory exercises and meditation practices. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2008 Jun; 33(2):77-81. Epub 2008 Mar 4. PMID: 18317923 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Dantas, R. A. S. (2007). Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros. Recuperado em 06 de abril de 2010, de http://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/LIVRE-DOCA_NCIA_ROSANA_APARECIDA_SPADOTI_DANTAS_1_.pdf, acessado em 01/03/2010.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Fincham, F. D. & Beach, S. R. H. (1999). CONFLICT IN MARRIAGE: Implications for Working with Couples. *Annu. Rev. Psychol.* 1999. 50:47.77.
- Fleischman, P. R. (2009). *A Ação Terapêutica de Vipassana*. Primeira Edição Eletrônica em Português Publicado por: Associação Vipassana Brasil, Recuperado em 15 de julho de 2010, de <http://www.dhamma.org/pt>.
- Fredrickson, B.L. (2001). The Role of Positive psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychological Association*, Vol. 56, N°. 3, 218-226.

- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. & Finkel, S. M. (2008). Open Hearts Build Lives: Positive Emotions, Induced Through Loving-Kindness Meditation, Build Consequential Personal Resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2008, Vol. 95, No. 5, 1045–1062 0022-3514.
- Fruzzetti, A. E. e Iverson, K. M. (2004). Mindfulness, acceptance and individual psychopathology in couples. In Hayes, S. C., Follette, V. M. e Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford, p.1-30.
- Fruzzetti, A. E. e Jacobson, N. S. (1990). Toward a behavioral conceptualization of adult intimacy: Implications for marital therapy, In Blechman, E. A (1990) (Ed.), *Emotions and the family: For better or for worse* (pp. 177-135). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fruzzetti, A. E., Lowry, K., Mosco, E., & Shenk, C. (2003). Emotion regulation: Rationale and strategies. In Donohue, W. T. O, Fisher, J. E. & Hayes, S. C. (eds.), *Empirically supported techniques of cognitive behavior therapy: a step-by-step guide for clinicians* (pp. 152-159). New York: Wiley.
- Goenka, (s.d). *A Arte de Viver: Meditação Vipassana*. Edição Eletrônica em Português Publicado por Associação Vipassana Brasil. Recuperado em 10 de março de 2010, de <http://www.dhamma.org/pt>
- Goleman, D. (1995). A Saúde Mental na Psicologia Budista Clássica. In Walsh, R. N.; Vaughan, F. (Orgs.) (1995). *Além do Ego: Dimensões Transpessoais em Psicologia*. São Paulo: Cultrix/Pensamento.
- Goleman, D. (1996). *A Mente Meditativa: As Diferentes Experiências Meditativas no Oriente e no Ocidente*. São Paulo: Ática.
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In Jacobson, N. S. (org.). *Psychoterapists in Clinical Practice*, 327-387. New York: Guilford.
- Hayes, S. C. (2000). *Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy: Cognitive and behavioral practice*. Vol 9, 58-66.
- Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 101–106
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance and relationships. In Hayes, S. C., Follette, V. M. e Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strossahl, K., & Wilson, K. G., (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn J. (1982). An Out-patient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations and Preliminary Results, In *General Hospital Psychiatry*, 4:33-47.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using The Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1998). Meditation. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 767-779). New York: Oxford University Press.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based Interventions in Context: Past, Present and Future. In *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, pp144-156
- Kabat-Zinn, J. & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an Outpatient Stress reduction Program: rates and Predictors of program Completion. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 11, n° 4.
- Kabat-Zinn J., Massions A.O. & Kristeller J., (1992), Effectiveness of a Meditation-based Stress Reduction Program. In *The Treatment of Anxiety Disorders. American Journal of Psychiatry*, 149, pp936-943.
- Kozasa, E.H., Santos, R.F., Rueda, A.D., Benedito-Silva, A.A., de Ornellas, F.L. & Leite, J.R. (2008). *Evaluation of Siddha Samadhi Yoga for anxiety and depression symptoms: a preliminary study. Psychol Rep. 2008 Aug;103(1):271-4.*
- Langer, E. J. (1989). *Mindfulness Reading, MA: Addison-Wesley.*
- Leite, J.R., Ornellas, F.L., Amemiya, T.M., de Almeida, A.A., Dias, A.A., Afonso, R., Little, S. & Kozasa, E.H. (2010). *Effect of progressive self-focus meditation on attention, anxiety, and depression scores. Percept Mot Skills. 2010 Jun;110(3 Pt 1):840-8.*
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy in groups: Treating borderline personality disorders & suicidal behavior. In Brody, C. M. (Ed.). *Women's Therapy Groups: Paradigms of Feminist Treatment*. New York: Springer Publishing, 145-62.
- Linehan, M. M. (1993). *Dialectical Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., (1993b). *Skills training manual for treating of borderline personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, (1991). *Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Ludwig, D. S. & Kabatt-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Journal of American Medical Association*, vol. 300, n° 11.
- Miller, J. J., Fletcher, K. e Kabat-Zinn, J. (1995). *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200, 1995.

- Nhat-Hanh, T., (2004). *Os Cinco Treinamentos Para a Mente Alerta*. Ed. Vozes.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M.E.P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6(1), 25 – 41.
- Plotino. (s.d.). Meditação: Passagem para o Transpessoal. In Walsh, R. N. & Vaughan, F. (Orgs.). (1995). *Além do Ego: Dimensões Transpessoais em Psicologia*. São Paulo: Cultrix/Pensamento.
- Radloff, L. S. (1977). The CES_D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Roemer, E. & Orsillo, S. M. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese; revisão técnica: Arnaldo Ribeiro das Neves Neto. Porto Alegre. Artmed.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Salmon, P., Santorelli, S. F., Sephton, S. E. & Kabat-Zinn, J. (1998). Intervention Elements Promoting Adherence to Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Programs, In *The Handbook of Health Behavior Change*, Cap 14, p. 271-28.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994) . Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Segal, Z.V. & Ingran, R. E. (1994). Mood Priming And Construct Ativation In Tests Of Cognitive Vulnerability To Unipolar Depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 663-695.
- Segal, Z.V.; Williams, J.M.; Teasdale, J. D. & Gemar (1996). A Cognitive Science Perspective On Kindling And Episode Sensitization In Recurrent Affective Disorder. *Psychological Medicine*, 26, 371-380.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A new Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M., 2000. *Positive psychology: An Introduction*. *American Psychological Association*. Vol.55, nº 1, 5-14.
- Seligman, Martin E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.

- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 373-386, 2006.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E. & Bonner, (1998). Effects of Mindfulness –based Stress Reduction on Medical or Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581 – 599.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E., (1999). Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15, 128-134.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E., (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. In M. Bockacrts & P. Pintrich (Eds.), *Handbook of sel-regulation* (pp. 253-273). San Diego, CA: Academic Press.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marrage and the family*, 38, 15-28.
- Straub, R. O., (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6: 146–155.
- Teasdale, J. D. (1999a). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behavior Research and Therapy*, 37, 53-77.
- Teasdale, J.D. (1999b). Metacognitive awareness and preventionof relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 275-287.
- Teasdale, J. D.; Segal, Z. V. & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavioral Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J.D., Segal Z.V., Williams J.M.G., Ridgeway V., Soulsby J. & Lau M. (2000). Reducing Risk of Recurrence of Major Depression Using Mindfulness-Based Cognitive Therapy, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, pp615-23.
- Teasdale, J.D., Williams, J.M.G., Soulsby, J., Segal, Z.V., Ridegeway, V.A., Lau, M.A. (2001). Prevention of Relapse/Recurrrence in Major Depression by Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4): 615-23.
- Teasdale, J. D.; Moore, R. G.; Hayhurst, H.; Pope, M.; Williams, S. & Segal, Z.V. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 275-287.
- Thorp, S. R. & Fruzzetti, A. E., (2004). Predicting course of disorder in psychiatric outpatients: The impact of validation and invalidation by cohabiting partners. Unpublished manuscript, University of Nevada, Reno. In Hayes, S.C., Follette, V.M. e Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford, p.1-30.

- Vandenberghe, L. S., Aquino, A. C. de, 2006. *Mindfulness nas Terapias Cognitivas e Comportamentais*. Rev. Bras.Ter. Cogn. [Online]. Jun. 2006, Vol.2, No.1 P.35-44. Disponível na World WideWeb:<[Http://Pepsic.Bvs-psi.Org.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1808-56872006000100004&Lng=Pt&Nrm=Iso](http://Pepsic.Bvs-psi.Org.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1808-56872006000100004&Lng=Pt&Nrm=Iso)>. Issn 1808-5687. Recuperado em 05 de janeiro de 2010.
- Vandenberghe, L. S., Assunção, A. B., (2009). Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental. *Contextos Clínicos*, 2(2):124-135, julho-dezembro 2009 © 009 by Unisinos - doi: 10.4013/ctc.2009.22.07.
- Walsh, R. N. (1995). A Pesquisa da Meditação: A Evolução e a Situação dos Estudos Sobre Meditação. In Walsh, R. N.; Vaughan, F. (Orgs.) (2006). *Além do Ego: Dimensões Transpessoais em Psicologia*. São Paulo: Cultrix/Pensamento.
- Wallace, B. A. (2007). *Budismo com Atitude: O Treinamento Tibetano da Mente em Sete Etapas*. Tradução de Ângela Machado; Revisão de Bruno Pacheco. Rio de Janeiro: Nova Era.
- Waring, E. M., & Patton, D. (1984). Marital intimacy and family function. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 9 (1), 24-29. In Hayes, S. C., Follette, V. M. e Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioural tradition*. New York: Guilford, p.1-30.
- World Health Organization, (1997). FIFTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY Resolution: WHA51.7. *Health for all for the twenty-first century: health policy for Europe*. Copenhagen. Recuperado em 20 de junho de 2010, de http://www.emro.who.int/mei/pdf/topic/phc/healthforall_resolution.pdf
- Williams, J. M. G.; Teasdale, J. D. Segal, Z. V. & Souby, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in Formerly Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 150-155.

TEREZA CLÁUDIA CAMAPUM CARVALHO DE FREITAS

PARTE II - ARTIGO

MEDITAÇÃO *MINDFULNESS*:
Promoção de *coping* e saúde mental em presídio

Goiânia

2011

RESUMO

Um curso de 40 dias de Meditação *mindfulness* foi oferecido para presidiários que cumprem pena privativa de liberdade no Complexo Prisional em Aparecida de Goiânia. Foram realizadas 40 aulas práticas, por 2h diárias. Sendo um presídio campo fértil para situações estressoras e emoções negativas praticamente todo o tempo, o objetivo da pesquisa foi verificar o impacto de *mindfulness* na saúde mental dos reeducandos em alguns aspectos como esperança, sensação de bem-estar, diminuição da depressão, ansiedade e hostilidade e melhora no senso de coerência. Procurou-se com a aplicação de um conjunto de questionários obter indícios comparáveis entre os participantes, utilizando-se medidas padronizadas. No total, seis participantes completaram o curso e preencheram os seguintes questionários antes da intervenção, após a intervenção e no *follow-up* 30 dias após o término da intervenção: 1 – Inventário de Depressão de Beck, 2 – Inventário de Ansiedade de Beck, 3 – Perfil dos Estados de Humor (POMS), 4 – Escala Rosenberg de Auto-Estima, 5 – Senso de Coerência (QSCA), 6 – Orientação de Vida (TOV- R). Dezoito outros completaram as mesmas escalas, antes e após a intervenção, todavia só frequentaram entre 1 e 18 aulas. Os resultados indicaram efeitos positivos em todas as escalas aplicadas para os que completaram o treino e praticaram crimes leves. Contudo, o maior efeito verificado em todos os participantes que completaram o treino foi a redução da depressão e exceto em um participante, a promoção de estados de humor mais estáveis. Para um participante que não continuou com a prática após o término da intervenção a melhora em ansiedade não se manteve. Os participantes que completaram o treino e praticaram crimes graves, pioraram no senso de coerência e obtiveram resultados variados nas outras escalas. Não foram identificadas diferenças sistemáticas nos resultados entre mulheres e homens.

Palavras chaves: *mindfulness*, presídio, senso de coerência, *coping*, resiliência, saúde mental, humanização.

ABSTRACT

A forty day training in mindfulness meditation was offered to prison in-mates in the prison complex of the Central Brazilian town of Aparecida de Goiania. Forty sessions of 2 hours each took place. Considering prison an exceptional area for continuous stress and negative emotions, the aim of the study was to verify the impact of mindfulness on the mental health of the in-mates as verified in aspects like hope, subjective wellbeing, lowered depression and anxiety, and increased sense of coherence. In total six participants completed the training and filled out the following paper and pencil tests before the intervention, at the end of the training, and thirty days after termination of the program: 1 – Beck Depression inventory; 2 – Beck Anxiety Inventory, 3 – Profile Of Mental States (POMS), 4 – Rosenberg Self Esteem Scale, 5 – Questionnaire of Sense of Coherence (QSCA), 6 – ... (TOV- R). Eighteen others filled out the same scales, before and after the intervention, but only took part in 1 to 18 sessions. The results indicate improvement in all the applied scales for those who completed the training and had been sentenced for less serious crimes. Overall, the strongest effect seen in participants who completed the training was a reduction in depression and (with the exception of one participant) increased stability of humor. For one participant who stopped practicing after completing the training, the improvement in anxiety was not maintained. The participants, who completed training and had been sentenced for heavy crimes, worsened on the measure of sense of coherence and did not show a clear pattern of change on the other scales. No systematic differences were seen between men and women.

Key-words: *mindfulness*, prison, sense of coherence, *coping*, resilience, mental health, humanization.

1 INTRODUÇÃO

A segunda parte do artigo se constitui em uma pesquisa empírica realizada com aplicação de um programa semi-estruturado de meditação *mindfulness* em presídio masculino e feminino no Estado de Goiás. A escolha pelo ambiente prisional se deu diante da perspectiva de humanizar o espaço prisional e de possibilitar que a vida no presídio fosse mais suportável e menos degradante.

A meditação tem sido objeto de pesquisas recentes em presídios em especial a meditação *vipassana* e *mindfulness*. *Vipassana* é uma das mais antigas técnicas de meditação budista da Índia praticada a mais de 3.000 anos. Significa ver a realidade das coisas através da auto-observação. A técnica não se constitui em apenas uma prática formal, sentada e de olhos fechados, mas também de uma prática informal. Esta última consiste no desenvolvimento da consciência de como sentamos, comemos, dormimos, pensamos e nos sentimos através do corpo em si, diretamente (Fleischman, 2009).

O programa de *mindfulness* é uma prática desenvolvida por Kabat-Zinn (1990) a partir da *vipassana*, como intervenção na medicina comportamental. Consiste em um treinamento sistemático e cultivo da atenção plena inerente à capacidade humana, no momento presente e sem julgamento (Kabat-Zinn, 1990). A intenção do treino de *mindfulness* é observar pensamentos, emoções e sentimentos sem ignorá-los ou suprimi-los. Tal como *vipassana*, *mindfulness* é um modo de ser ou ver exigindo uma consciência sistemática conceitual de pensamentos, emoções, sensações, emoções que aparecem e desaparecem podendo alterar a percepção e consciência dos eventos mentais e a reação a eles (Kabat-Zinn, 1990). Enfrentar emoções tanto agradáveis como desagradáveis de forma equânime, sem fuga ou esquiva, mas também sem apegar-se ou identificar-se com seus conteúdos pode resultar em uma ampliação de fatores protetivos e estratégias de *coping* com foco no problema e promoção de saúde mental.

1.1 A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E SEUS EFEITOS NEGATIVOS NO DETENTO

Extinguindo os suplícios a sociedade ocidental pôs termo aos martírios corporais, prática usual na Antiguidade como forma de punir os crimes, o sistema penal define o poder de punir como uma função social de prevenção do crime e reeducação do criminoso. A prisão transformou-se no meio de exercício da tutela, por parte do Estado, de indivíduos com

comportamentos tipificados como desviantes. Entretanto, a prisão logo se revestiu de um caráter de prisão-castigo encarregada de um suplemento corretivo meramente retributivo, privando o indivíduo de um bem precioso, sua liberdade, e imputando-lhe uma série de procedimentos padronizados investidos de uma disciplina despótica que aviltam sua dignidade. Há uma transferência do suplício da esfera corporal, para a mental.

A grande maioria das prisões brasileiras oferece aos seus detentos, nada mais que condições que, no geral são insuficientes para conduzir ao desenvolvimento humano e preservar a saúde mental confrontando-se ao prescrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos e à Constituição Federal. Ensina Zaffaroni (2001) que a prisão ou cadeia é uma instituição que pode prejudicar o bem estar físico diante das deficiências de alojamento com superlotação, alimentação paupérrima, falta de higiene e assistência sanitária, facilitam o aparecimento da tuberculose, AIDS e outras enfermidades contagiosas típicas do ambiente prisional. Corroborando para a deteriorização da saúde, muitos presos não recebem qualquer assistência institucional ou familiar que visem prover suas necessidades básicas de alimentação e vestuário. Sofrem com o frio, acabam se molhando em dias de chuva e permanecem com a roupa molhada no corpo, causando doenças como pneumonias. Além disso, a falta de tratamento médico preventivo e curativo adequado acaba transformando as prisões em um problema também de saúde pública (Bittencourt, 2004).

Segundo Zaffaroni (2001) o prisioneiro é privado ou limitado nas atividades que fazem parte da vida de um ser humano adulto: impossibilidade de realizar escolhas, perda da privacidade, deturpação de sua vida sexual e amorosa, constantes submissões e revistas degradantes. O ócio e a falta de trabalho viciam o sujeito a um estado de inoperância e falta de comprometimento. Presume-se um dano considerável na condição físico-psíquica do interno, pois a falta de trabalho e ostracismo do recluso, aliados a uma alimentação deficiente e ainda à falta de atividades físicas, acabam fragilizando sua saúde, tornando-o mais vulnerável e suscetível de adoecer. Sua capacidade laborativa também acaba sendo reduzida, comprometendo ainda mais suas possibilidades de reinserção no mercado de trabalho, quando do seu retorno ao convívio social. A depressão e os mais variados tipos de psicoses também são conseqüências comumente verificadas naqueles que permaneceram encarcerados por longos períodos: ansiedade, nervosismo, angústia, alienação, agressividade, ódio e muito medo dos companheiros, da polícia, de não superar as dificuldades do momento, de ficar doente, do advogado abandonar o caso, do futuro, de cometer suicídio, de morrer comprometendo a saúde mental dos mesmos.

Outro problema encontrado no ambiente prisional é a adesão à cultura carcerária. Conforme Baratta (1999) que o efeito da "prisionização" recai sobre as tradições, valores,

atitudes e costumes impostos pela população carcerária e que são apreendidos pelos detentos, como uma forma natural de adaptação ou até mesmo de sobrevivência ao rígido sistema prisional. A adesão à cultura prisional é inevitável, proporcionando o aumento significativo da tensão, violência, medo, desesperança e revolta. Sinteticamente, a privação de liberdade, tem como o seu mais significativo efeito nos reeducandos um comprometimento da saúde mental, refletindo em uma limitada capacidade dos mesmos de apreciar a vida (Baratta, 1999).

A abordagem salutogênica abre uma nova perspectiva de se estudar as conseqüências das demandas sobre o organismo que não possui uma resposta adaptativa para lidar com essas demandas. Antonovsky (1987) acredita que o aparecimento das doenças não seria causado pelo estresse e sim pela falência em manejá-lo: a pessoa não possui uma resposta adaptativa automática ou disponível para lidar com essas demandas. O estresse é assim definido pelo autor como sendo o estado de resposta do organismo frente às tensões/estressores (Antonovsky, 1987; Antonovsky, 1998). Se a tensão não é resolvida de modo eficaz, o indivíduo entra em um estado de estresse e sem recursos para enfrentamento dos estressores sua capacidade de enfrentar de forma positiva as adversidades que o ambiente prisional lhe impõe. Dito de outra forma, a prisão restringe o senso de coerência do reeducando e, como conseqüência, sua saúde mental é comprometida.

Como o Senso de Coerência, conceito central da teoria Salutogênia (Antonovsky, 1987) tem como objetivo quantificar o grau de adaptabilidade das populações ao seu ambiente, o senso de coerência se tornou relevante neste estudo como um dos benefícios individuais advindos com a prática de *mindfulness*. A prática de *mindfulness*, conforme os resultados pesquisas abaixo citadas, indicou poder fortalecer o senso de coerência. O treino pode desenvolver a habilidade de prestar atenção no momento presente e facilitar a compreensão da realidade de uma forma mais clara e estruturada além de ampliar recursos pessoais, sociais e físicos para enfrentamento de diversas situações. Proporcionando uma orientação geral estável em relação à percepção e ao controle do ambiente para a significação e a adoção de comportamentos apropriados a pessoa pode se comprometer a estabelecer e buscar objetivos na vida.

Citando Foucault, (1994, p. 196): “Conhecem-se todos os inconvenientes da prisão, e sabe-se que é perigosa quando não inútil e, entretanto, não “vemos” o que por no seu lugar. Ela é a detestável solução de que não se pode abrir mão”. Diante desta realidade social e da dificuldade em modificar o ambiente prisional, seja modificações em sua estrutura física, assistencial médica e psicológica, fortalecer o senso de coerência e ampliar recursos de *coping* pode ser a melhor estratégia para se manter saudável no ambiente prisional.

1.2 MEDITAÇÃO *VIPASSANA* E *MINDFULNESS* EM PRESÍDIOS

Vários estudos têm investigado os efeitos psicoterapêuticos da meditação e da yoga chegando a conclusões em que constataam efeitos positivos na qualidade de vida. Dentre as técnicas de meditação utilizadas nas pesquisas com a população prisional, destacam-se *vipassana* e *mindfulness*. Ambas são técnicas meditativas de atenção nos eventos mentais (pensamentos e emoções) e nas realidades físicas (respiração e sensações corporais) que exigem um estado de percepção permanente desses estímulos que ocorrem no corpo. O treino consiste em práticas formais com foco nos estímulos acima citados e também de uma prática informal. Esta última exige consciência de como sentimos, comemos, dormimos, pensamos e nos sentimos através do corpo em si, diretamente. Experimentar diretamente a realidade físico-mental tem como propósito cessar a reação automática, cega, não consciente aos eventos mentais e treinar uma capacidade de ser equânime independentemente se o evento observado é agradável ou desagradável, mantendo a calma em qualquer situação.

A experiência da meditação *vipassana* estendeu-se aos presídios. Dois cursos de meditação *vipassana* foram conduzidos por Acharya S. N Goenkaji a 120 presos da Cadeia Central na cidade de Jaipur. O primeiro curso oferecido foi em 1975 e o segundo em 1977. Pesquisas realizadas pela *University of Rajasthan* (Shah, 1976; Unnithan & Ahuja, 1977) antes e após estes cursos terem sido ministrados indicaram, em seus resultados, mudanças positivas na hostilidade, anomia e comportamento dos participantes.

Em 1994 cursos de meditação *vipassana* foram oferecidos na Cadeia de Tihar, a maior prisão da Índia com cerca de 10.000 presos. Chandiramani, Verma, Dhar e Agarwal (1994) estudaram os efeitos psicológicos em presos que participaram dos cursos e concluíram que houve um incremento no senso de esperança e redução considerável na ansiedade, depressão, hostilidade, e sentimentos de desesperança. Resultados positivos nos vários aspectos da saúde mental com considerável redução na ansiedade e depressão bem como nos sentimentos de hostilidade, desesperança e anomia com incrementos na esperança e bem estar foram observados por Dhar (1994). A variável independente nestas pesquisas foi a meditação *vipassana*. As variáveis dependentes foram: qualidade de vida, bem estar subjetivo e propensão criminal.

Chaudhary (1999) investigou a eficácia da meditação *vipassana*, como uma técnica de gerenciamento e de mudança no estresse entre prisioneiros adolescentes. Neste estudo, Chaudhary relatou que a ansiedade se reduziu significativamente entre os adolescentes que tinham feito o curso de *vipassana*. Relatou também que havia uma diminuição na agressão entre os prisioneiros sentenciados que tinham participado no curso. Houve um aumento nos sentimentos de emoções positivas como, esperança,

controle do *self* e conformidade em comparação com os não participantes.

Khurana (1996, 1999) conduziu experiências de campo para encontrar o efeito, em longo prazo, da meditação *vipassana* nos detentos de Tihar. Em seus resultados encontrou efeito positivo na qualidade de vida e no bem estar social dos que fizeram parte do grupo experimental, embora não expressiva. Dando continuidade às pesquisas de campo, Khurana e Dhar (2002) verificaram que houve um incremento no bem estar e redução da propensão criminal dos prisioneiros de Tihar que tinham feito o curso de *vipassana*. Os aspectos examinados para aferir a propensão criminal foram a mentira, psicoticismo, extroversão e neuroticismo.

Bowen, e col (2006) realizaram uma investigação, oferecendo meditação *vipassana* em uma penitenciária nos Estados Unidos. Os resultados demonstraram que os participantes no curso, em comparação com aqueles em uma condição de controle de tratamento usual, obtiveram uma redução significativa no uso do álcool, maconha, e cocaína. As medidas foram administradas via auto-relato na linha de base, 3 meses após e 6 meses no follow-up.

Também Estados Unidos foram realizadas pesquisas relevantes com a técnica de meditação *mindfulness* com os ambos os sexos (Samuelson, Carmody, Kabat-Zinn e Bratt, 2007) e somente com o sexo feminino (Sumter, Monk-Turner, & Turner, 2009). Em relação ao primeiro estudo, Kabat-Zinn e sua equipe implementaram o programa de *Mindfulness- Based Stress Reduction* (MBSR) na instalação correcional de Massachusetts. Aproximadamente 2.000 presos participaram do programa de MBSR em seis instituições correcionais em Massachusetts. Os programas foram oferecidos numa prisão feminina em e em cinco prisões masculinas de segurança média e em uma de segurança mínima. Os resultados, foram associados à participação no programa, sugerem redução da hostilidade e comportamentos agressivos, incremento da auto-estima, e redução no distúrbio de humor. As mudanças foram mais significativas para as mulheres do que para os homens e, dentre estes, para os participantes das unidades de segurança mínima do que para os de segurança média (Samuelson et al., 2007).

Sumter et al. (2009) também examinaram o impacto de um programa estruturado de meditação *mindfulness* em sintomas médicos, emoções e comportamentos com detentas no sudeste da Virgínia, comparando o grupo experimental composto por 17 mulheres com o grupo controle de 16 mulheres. Os resultados, com tomadas de medidas indicaram diferenças significativas no pós-teste entre os grupos experimental e controle em três variáveis: dificuldades para dormir, vontade de jogar coisas, bater ou unhar as pessoas. Estes resultados em relação ao grupo experimental sugerem que a prática da meditação facilitou o relaxamento e um sono saudável, um manejo da raiva e dos sentimentos de frustração, contribuiu para a redução do stress e ansiedade e, por fim, a manter calma em qualquer situação. Entre os

grupos, as diferenças entre o pré-teste e o pós-teste diferiram significativamente em duas variáveis: sentimento de culpa e sentimentos de esperança sobre o futuro. A diminuição do sentimento de culpa com o incremento dos sentimentos de esperança sobre o futuro não foram encontrados no grupo controle (Sumter et al. 2009).

Tabela 1- Estudos anteriores em presídios

| Estudos | Instrumentos | Resultados |
|--|--|--|
| Shah, (1976) e Unnithan e Ahuja,(1977). Meditação <i>Vipassana</i> | 1- <i>Personality Trait Inventory</i> (Sen, 1966) - mede características da personalidade como atividade, tendência paranóica, instabilidade emocional, introversão, ciclotimia, tendência depressiva e desejo social. Este questionário foi baseado no <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> (MMPI) of Hathaway e Mckinley (1951); 2 - <i>PGI Heath Questionnaire</i> (Wig e Verma, 1971) - 38 questões divididas em sintomas físicos e mentais para verificar neuroticismo (problemas psiquiátricos) e pode ser usado com uma população de baixo grau de instrução ou analfabeta; 3 - <i>Hamilton Anxiety</i> ; 4 - <i>Beck's Depression Inventories</i> , 5 - <i>Draw a Person Test</i> (Carr, 1985) utilizado como técnica projetiva para avaliação da personalidade. | Mudanças positivas na atitude e comportamento dos participantes. |
| Chandiramani et al. (1994) Meditação <i>Vipassana</i> | 1- Escala da satisfação da vida ou do bem estar PGI em hindi (Verma, Dubey e Gupta, 1983); 2 - Escala subjetiva de esperança (Sharma, et al. 1992); 3 - Escala de Propensão Criminal – PEN Inventory (Menon, e Verma, 1988); 4 - Escala de hostilidade (Caine et al., 1967); 5 - Escala de anomia (Khan, I. A., (1989). | Incremento no senso de esperança e redução considerável na ansiedade, depressão, hostilidade, e sentimentos de desesperança. |
| Dhar (1994) Meditação <i>Vipassana</i> | 1- Escala da satisfação da vida ou do bem estar PGI em hindi (Verma, Dubey e Gupta, 1983); 2 - Escala subjetiva de esperança (Sharma, et. Al, 1992); 3 - Escala de Propensão Criminal – PEN Inventory (Menon, e Verma, 1988); 4 - Escala de hostilidade (Caine et. Al., 1967); 5 - Escala de anomia (Khan, I. A., (1989). | Resultados positivos nos vários aspectos da saúde mental com considerável redução na ansiedade e depressão bem como nos sentimentos de hostilidade, desesperança e anomia com incrementos na esperança e bem estar |
| Chaudhary (1999) Meditação <i>Vipassana</i> | Não informados | A ansiedade se reduziu significativamente e houve diminuição na agressão |
| Khurana (1996, 1999) Meditação <i>Vipassana</i> | Não informados | Efeito positivo na qualidade de vida e no bem estar social. |
| Khurana e Dhar (2002) Meditação <i>Vipassana</i> | 1 - <i>PEN Invetory</i> - Questionário de personalidade de Eysenk e Sysenk, (1975) validado para o Hindi (Menon, e Verma, 1988). 2 - Escala subjetiva de esperança (Sharma, Bahera, e Verma, 1992) 3 - Escala de anomia (Khan, 1989) 4 - Questionários de qualidade de vida (Moudgil, Verma, e Kaur, 1986), 5 - Escala subjetiva do bem estar (Nagpal & Sell, 1985 e Verma, Dubey, & Gupta, 1983). | Incremento no bem estar e redução da propensão criminal com destaque para o aumento dos sentimentos de esperança, e de respeito às normas. Outros benefícios ainda foram observados como diminuição da depressão, ansiedade, pressão arterial, stress, incremento da calma, sensibilidade, empatia, & receptividade. |

Tabela 1 - Estudos anteriores em presídio “conclusão”

| | | |
|---|--|--|
| Bowen, et al. (2006) Meditação <i>Vipassana</i> | <p>1 - <i>The Daily Drinking Questionnaire</i> (Collins, Parks, e Marlatt, 1985)</p> <p>2 - <i>Daily Drug-Taking Questionnaire</i> (Parks, 2001) foram usados para avaliar o uso de álcool e 14 categorias diferentes drogas. Ambas as medidas avaliadas quantidade e frequência com um calendário semanal para medir o consumo e utilização para uma semana típica e a semana de pico passados 90 dias.</p> <p>3 - <i>O Short Inventory of Problems</i> (Miller, Tonigan, e Longabaugh, 1995) uma medida de 15-itens adaptado do inventário <i>Drinker Inventory of Consequences</i> (Miller et al., 1995), avaliou o controle de impulsos, responsabilidade social e conseqüências físicas, interpessoais e intrapessoal durante os últimos 3 meses.</p> <p>4 - A escala de <i>Drinking-Related Locus of Control</i> (Donovan & O’Leary, 1978) foi utilizada para avaliar as percepções de controle sobre o álcool.</p> <p>5 - <i>O White Bear Suppression Inventory</i> (Wegner & Zanakos, 1994) avaliou supressão de pensamentos</p> <p>6 - <i>O Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis e Melisaratos, 1983) avaliou severidade de sintomas psiquiátricos ao longo de dimensões de nove sintomas, bem como um índice de gravidade global.</p> <p>7 - <i>O Life Orientation Test</i> (Scheier & Carver, 1985) foi usado para medir o otimismo.</p> | Redução significativa no uso do álcool, maconha e crack de cocaína". |
| Samuelson, et al. (2007) Meditação <i>mindfulness</i> | <p>1 - <i>Cook and Medley Hostility Scale</i> (Barefoot, e col., 1989);</p> <p>2 - <i>Rosemberg Self-Esteem Scale</i> (Rosenberg, 1979);</p> <p>3 - <i>Profile of Mood States</i> (McNair, Lorr e Droppelman, 1992).</p> | Redução da hostilidade e comportamentos agressivos, incremento da auto-estima, e redução no distúrbio de humor. As mudanças foram mais significativas para as mulheres do que para os homens e, dentre estes, para os participantes das unidades de segurança mínima do que para os de segurança média (Samuelson et al., 2007). |
| Sunter, Monk-Turner e Turner, (2009) Meditação <i>mindfulness</i> | <p>1 - Versão simplificada do instrumento de Borysenko, (1987), que incluía originalmente em seu questionário, 26 sintomas médicos e 38 sintomas psicológicos.</p> | A prática da meditação facilitou o relaxamento e um sono saudável, um manejo da raiva e dos sentimentos de frustração, contribuiu para a redução do stress e ansiedade e, por fim, a manter calma em qualquer situação. Diminuição do sentimento de culpa e sentimentos de esperança sobre o futuro. |

2 OBJETIVOS

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi de verificar diferenças individuais entre o pré-teste e o pós-teste na saúde mental dos participantes do programa: 1 – Comparar os resultados dos participantes que completaram o programa analisando ainda se há diferenças entre crimes graves e leves e entre homens e mulheres; 2 - Avaliar os resultados deste programa comparando-os aos resultados obtidos com os estudos realizados em presídios na Índia e nos Estados Unidos com as meditações *mindfulness* e *vipassana*.

3 MÉTODO

3.1 PARTICIPANTES

No grupo feminino, por ser pequeno (60 detentas) e conter apenas uma ala no presídio, foi oferecido o treinamento à totalidade das reeducandas (presas); no grupo masculino, o mesmo foi oferecido apenas aos reeducandos que ficavam na ala da enfermaria e que participavam de um projeto em que se comprometiam a não utilizar drogas. Todos os participantes homens já estavam sem usar drogas há dois meses antes do início do treino. O critério de inclusão utilizado para ambos os grupos acima determinados, foi o de estar cumprindo pena em regime fechado. O critério de exclusão utilizado foi o diagnóstico de esquizofrenia e uso frequente de substâncias alucinógenas e entorpecentes.

A pesquisadora foi apresentada a ambos os grupos pela gerente de saúde. Ato contínuo, explicou em que consistia a pesquisa, tempo de duração da intervenção horário e local, com uma breve explanação sobre o conceito de meditação. Em seguida abriu-se espaço para perguntas e respostas. Depois que todos esses passos foram dados, uma lista final com a qualificação dos participantes foi preparada com as seguintes informações: nome, idade, grau de instrução, profissão, e tempo restante de cumprimento de sentença. Estas informações foram fornecidas conjuntamente pelos próprios reeducandos e pelos agentes prisionais ou agentes de reintegração social.

As participantes do grupo feminino receberam a identificação alfabética com letras que vão de A a E e o grupo masculino com letras de F a J onde: 1 significa os participantes que concluíram o curso com 80% ou mais de participação nos treinos; 2 os que tiveram de 5% a 49% de frequência; 3 os que participaram apenas de um dia de treino (1º ou 2º dia) ou não

tiveram nenhuma participação. Não houve participantes entre 50% a 79%. Os dados sócio demográficos e clínicos são elencados nas tabelas 1 (feminino) e 2 (masculino).

Nenhum ganho ou benefício secundário pela participação no curso (como redução de sentença, visitas, maior espaço na cela, ou qualquer outro) foi oferecido aos participantes bem como nenhum fato que fosse desmotivador como perda do trabalho. Com estas precauções visou-se garantir que o motivo da participação fosse unicamente o benefício advindo com meditação.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes do sexo feminino

| ID Idade | MEDICAMENTOS | DADOS CRIMINAIS | DADOS PENAIIS |
|---------------------------|---|---|---|
| 1A 48anos | - Medicamento para dormir 2x ao dia -Bomba para respirar | Leve - tráfico de drogas pequena quantidade. Condenação 03 anos. | Tempo de prisão no início do treino: 10 meses. Está em condicional desde o final do treino. |
| 1B 44anos | - Medicamento para dor de cabeça quase todos os dias - Medicamento para dormir 1x ao dia | Grave – homicídio Tempo de prisão no início do treino: 03 anos. | Está na expectativa de progressão de regime (semi-aberto) em fevereiro de 2011. |
| 1C 34anos | - Nenhum medicamento | Grave – homicídio Tempo de prisão no início do treino: 01 ano, mas, ainda pode recorrer da sentença. | Última semana do treino com expectativa de uma pena de mais de 20 anos, ficando muito ansiosa e chorosa. |
| 2A 28anos | - Medicamento para depressão 3x dia | Leve - tráfico de drogas pequena quantidade | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 2B 22anos | - Medicamento para depressão 1x dia | Leve - tráfico de drogas pequena quantidade | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 2C 38anos | - Medicamento para depressão 3x dia | Grave - homicídio | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 2D 24anos | - Sem medicamentos | Leve - tráfico de drogas pequena quantidade | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 2E 39anos | - Sem medicamentos | Grave – vários estupros de menores | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3A 31anos | - Medicamento para dormir 3X ao dia (depressão, ansiedade) | Leve - tráfico de drogas pequena idade | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3B 31anos | - Sem medicamentos | Leve - tráfico de drogas pequena quantidade | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3C 33anos | - Sem medicamentos | Leve - tráfico de drogas pequena quantidade | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3D 26anos | - Sem medicamentos | Grave - cárcere privado | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3E 47anos | - Sem medicamentos | CRIME: leve - tráfico de drogas pequena quantidade | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |

Tabela 3 - Caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes do sexo masculino

| ID | MEDICAMENTOS | DADOS CRIMINAIS | DADOS PENAIS |
|--------------|--|---|---|
| 1F 45anos | - Medicamento para dormir 1X ao dia (depressão, ansiedade e nervosismo) | Leve - tráfico de drogas pequena quantidade | Tempo de prisão no início do treino: 15 meses. |
| 1G 35anos | - Sem medicamentos | Leve - furto Condenação 05 anos. | Tempo de prisão no início do treino: 36 meses |
| 1H 27anos | - Sem medicamentos | Grave - estupro e homicídio com crueldade Condenação 20 anos. | Tempo de prisão no início do treino: 10 anos |
| 2F 33anos | - Medicamento para dormir 3X ao dia (depressão, ansiedade e nervosismo) | Grave - homicídio e estupro. Possibilidade de esquizofrenia | Foi excluído da prática |
| 2G 26anos | - Medicamento para dormir 1X ao dia (depressão, ansiedade e nervosismo) | Grave - roubo com violência física | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 2H 36anos | - Sem medicamentos | Grave - tráfico de drogas; latrocínio aos 16 anos; estelionato; roubo | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3F 30anos | - Sem medicamentos | Grave - estelionato, homicídio, roubo | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3G 31anos | - Sem medicamentos | Grave - roubo com violência física | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3H 33anos | - Medicamento para respirar | Leve - roubo sem violência física | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3I 39anos | - Medicamento para dormir 1X ao dia (depressão, ansiedade e nervosismo) | Grave - invasão de domicílio e latrocínio | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |
| 3J 30anos | - Sem medicamentos | Grave - tráfico de drogas; homicídio | Dados penais não informados. Sem informações relevantes durante a prática. |

3.2 AMBIENTE

Na penitenciária feminina com capacidade de 48 (quarenta e oito) vagas e uma população atual aproximada de 60 internas, as escalas de medidas bem como o treino de *mindfulness* ocorreram na área aberta (“quintal” com árvores e grama), debaixo de uma tenda de lona. Na penitenciária masculina com uma população atual aproximada de 1500 internos, as escalas foram aplicadas nas próprias celas dos participantes e os treinos de *mindfulness* ocorreram em três lugares diferentes conforme disponibilidade do ambiente: em uma pequena área (aproximadamente 50m²) reservada para banho de sol, na própria cela situada na enfermaria do presídio e na sala reservada a atendimentos de psicoterapia.

Os ambientes oferecidos para as práticas na penitenciária masculina eram muito mais barulhentos do que o oferecido para o grupo do sexo feminino e com muitos mosquitos o que dificultou muito a concentração. Para minimizar a presença de mosquitos a pesquisadora passou a levar repelentes corporais e produtos bactericidas para serem jogados no chão.

3.2 MATERIAL

3.3.1 Materiais utilizados durante as práticas formais

Em todos os ambientes, as práticas formais de *mindfulness* (prática deitada de varredura corporal e prática sentada com atenção na respiração) foram realizadas em colchonetes e almofadas próprios para meditação que foram fornecidos pela pesquisadora. Outras práticas formais (exercícios de yoga; exercícios de energização; meditação com olhos abertos; meditação caminhando) também fizeram parte do programa de *mindfulness*. Breves textos com material didático de psicologia e fisiologia da atividade do stress e comunicação foram distribuídos a todos os participantes meditantes como integrantes das práticas informais (realizar atividades cotidianas com atenção plena: comer, escovar os dentes, lavar louças, trabalhos manuais - costurar bola e dobrar camisetas - e outros). Um pequeno aparelho de som portátil foi utilizado para a audição de músicas suaves, geralmente sons da natureza, com o intuito de minimizar as interferências de ruídos.

3.3.2 Instrumentos de medidas utilizados

As variáveis medidas para análise no segundo capítulo foram depressão, ansiedade, senso de coerência, auto-estima, orientação da vida, e estados de humor. Para facilitar a discussão dos resultados, os questionários foram escolhidos dentre os utilizados em estudos realizados com meditação *Vipassana* e *Mindfulness* em presídios nos Estados Unidos e na Índia e que, após validação transcultural, estavam disponíveis na língua portuguesa. Para substituir questionários que não são disponíveis em português, avaliar a hostilidade utilizou-se do questionário de senso de coerência por ser é uma importante medida do bem estar que enfoca recursos de *coping* e adaptabilidade de uma população ao seu meio, mesmo que com algumas medidas repetidas como depressão e ansiedade nos Inventários de Beck. Como conceito central da Teoria Salutogênica de Antonovsky (1987) o senso de coerência ainda foi um precursor da psicologia positiva.

As escalas de medidas para o programa incluíram o Inventário de depressão e de Ansiedade de Beck, Perfil dos Estados de Humor (*Profile of Moods - POMS*); Orientação de Vida TOV-R, escala Rosenberg de auto-estima (*Rosenberg Self-Esteem Inventory*), Senso de coerência (QSCA VPC4/VPF) para medir o progresso individual da mudança de comportamento em longo prazo como hostilidade, redução da violência, consciências dos estados de humor, gerenciamento de stress, comportamentos positivos e sensação de coerência.

3.3.2.1 Inventários de Depressão de Beck (BDI)

A variável depressão foi medida utilizando-se o Inventário de Depressão de Beck (anexo 01) em sua versão traduzida para o português (Gorestein & Andrade, 1998). O instrumento consiste de 21 grupos de afirmações, composto por quatro alternativas cada um. Os itens, conforme a versão traduzida, referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Os *scores* entre 18 a 19 pontos indicam uma possível depressão; os *scores* entre 20 e 35 uma depressão moderada; os *scores* entre 36 e 63 uma depressão grave. Os itens 02 (perspectiva de futuro) e o 09 (idéias suicidas) maiores do que 1 sinalizavam risco de suicídio.

3.3.2.2 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

A variável ansiedade foi medida utilizando-se o Inventário de ansiedade de Beck (anexo 02) em sua versão traduzida para o português (Gorestein & Andrade, 1998). O instrumento é uma escala de auto relato com 21 itens que mede a intensidade de sintomas de ansiedade incluindo: dormência ou formigamento, tremores, palpitações, sensações de sufocação e de calor, medo de perder o controle, terror, nervosismo, susto, sudorese, medo de morrer. Os *scores* entre 11 e 19 pontos indicam uma ansiedade leve; os *scores* entre 20 e 30 moderada; os *scores* entre 31 e 63 uma alta ansiedade. Espera-se que os participantes do sexo feminino obtenham 4 pontos a mais do que os do sexo masculino e que ainda sejam inversamente proporcionais à idade (jovens são mais ansiosos).

3.3.2.3 Perfil dos Estados de Humor (POMS)

Perfil de Estados de Humor (Viana, Almeida & Santos, 2001) é uma medida de consciência da pessoa de seu estado de flutuação de humor ou de angústias mentais, (anexo 03). A escala avalia as flutuações dos estados afetivos perguntando-se como cada um dos 65 adjetivos descrevem sentimentos observados na última semana. As pontuações mais altas indicam perturbação de humor maior. Os dados são analisados em sub-escalas avaliando seis dimensões de humor: **1 - tensão/ansiedade** com máx. = 23; **2 - depressão/angústia** com máx.= 22; **3 - raiva/hostilidade** com máx. = 22; **4 - vigor/atividade** com máx.= 20; **5 - fadiga/inércia** com máx. = 22; **6 - confusão** com máx. = 20 (Viana, Almeida & Santos, 2001).

3.3.2.4 Questionário de Senso de coerência – QSCA

O Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (anexo 04), desenvolvido originalmente na língua inglesa, foi culturalmente adaptado visando seu uso enquanto uma medida de avaliação de *coping* para pacientes cardíacos brasileiros por Dantas (2007). Denominado de questionário de orientação para vida (*Orientation to life questionnaire*), é mais conhecido como Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) – Antonovsky (1987). O Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky, desenvolvido originalmente na língua inglesa, foi culturalmente adaptado visando seu uso enquanto uma medida de avaliação de *coping* para pacientes cardíacos brasileiros por Dantas (2007). O processo de adaptação cultural foi conduzido conforme preconizado pela literatura científica, concluindo que a versão adaptada para o português do QSCA manteve as equivalências conceitual, semântica e de medida conforme proposto na versão original e mostrou ter preservado a validade relacionada à aparência e ao conteúdo da versão original. A versão final do instrumento trata-se de um questionário fechado e sistematizado contendo os 29 itens distribuídos segundo os três componentes sendo que: 11 itens investigam o componente da **compreensão** (itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26), dez itens relacionam-se com o componente **manuseio** (itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29) e oito com o componente **significado** (itens 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28). Ele pode ser usado na forma de entrevista ou de auto-preenchimento (Dantas, 2007). As respostas aos itens são obtidas através de uma escala de sete pontos, com os valores extremos variando de um (1) a sete (7), no qual o valor um representa o mais fraco SC e o sete o mais forte com 13 itens respondidos em uma escala reversa de valores. Segundo Dantas (2007) os resultados não apresentaram significativas quanto ao sexo em relação à idade, considerando que todos eram adultos, mas apresentou diferença em relação ao estado sócio-cultural.

3.3.2.5 Teste de Orientação de Vida (TOV- R)

O teste de Orientação da Vida, TOV-R (anexo 05), cujo nome original em inglês é *Life Orientation Test* ou LOT (Scheier & Carver, 1985, Scheier & Carver, 1992) visa medir o construto de orientação da vida. Este construto refere-se à maneira como as pessoas percebem suas vidas, de uma forma mais otimista ou menos otimista em termos das expectativas que possuem sobre os eventos que ocorrerão no futuro em suas vidas. Esta percepção de eventos futuros interfere na auto-regulação do comportamento no sentido de alcançar objetivos que

acreditam ser possíveis e que suas ações produzirão os efeitos desejados nesta direção (Hjelle, Belongia & Nesser, 1996).

Validado para o português por Bandeira, Bekou, Silva, Teixeira e Rocha, (2002), o TOV pode ser utilizado em contextos clínicos para verificar a presença de comportamentos de manutenção de saúde; em contextos educacionais, sendo relacionado com a capacidade de adaptação e desempenho escolar; pra relacionar otimismo com *coping*; e para relacionar otimismo com locus de controle. Pesquisas têm relacionado a orientação otimista da vida com o bem estar psicológico e físico e com a capacidade das pessoas de enfrentamento ("coping") em situações estressantes (Scheier & Carver, 1992; Scheier & Carver, 1985). Neste sentido, pessoas mais otimistas apresentam estratégias mais adaptativas de enfrentamento de situações adversas ("*active copers*") pessoas pessimistas apresentam um estilo de enfrentamento caracterizado pela evitação ("*avoidant copers*"), negando uma situação real e se esquivando da situação, em termos de uma ausência de ações concretas para resolver a situação (Scheier & Carver, 1992).

A versão brasileira do TOV-R validada por Bandeira, e col., (2002) contem 10 itens sendo três afirmativas positivas, três afirmativas negativas e quatro questões neutras. Para o cálculo do grau de orientação otimista da vida, os escores dos itens negativos precisam ser invertidos invertendo os valores da escala de 0 a 4. Os valores próximos de 4 indicam sempre um maior grau de expectativa otimista da pessoa em relação à vida. Após a inversão dos valores é possível o cálculo global de otimismo somando os seis itens (afirmativas positivas e negativas) do TOV-R.

3.3.2.6 Escala Rosenberg de Auto-Estima

A auto-estima será avaliada pela escala de Rosenberg, (1979) em sua versão adaptada para o português (anexo 06) por Dini, (2001). A Escala de Auto-Estima de Rosenberg é mais utilizada como uma medida unidimensional de auto-estima global, definida como uma atitude favorável ou desfavorável em direção à si mesmo. Contém 10 itens respondidos em uma escala de quatro pontos (1 = concordo fortemente, 2 = concordo, 3 = discordo, 4 = discordo fortemente), sendo cinco itens com pontuações reversas. A medida de auto-estima é obtida pela soma dos valores das respostas aos itens da escala, após a recodificação dos cinco itens reversos (itens 2, 5, 6, 8, e 9). O intervalo possível varia de 10 a 40, com maiores valores indicando elevada auto-estima.

3.4 PROCEDIMENTOS

3.4.1 Procedimentos preparatórios

O primeiro contato para a realização da pesquisa no presídio foi feito diretamente com a Secretaria de Segurança Pública/GO. Foi encaminhado à esta instituição uma solicitação para realização da pesquisa no presídio (anexo 09). Após a autorização do Secretário de Segurança Pública (anexo 10), o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da própria instituição prisional tendo sido aprovado inclusive pela gerência de saúde (anexo 11). Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da PUC-GOÍAS, tendo sido aprovado em abril de 2010 (anexo 12).

Os horários para o treino foram determinados juntamente com a diretora do presídio feminino, e a gerente de saúde. O horário no presídio masculino foi definido conforme disponibilidade na agenda do serviço de saúde (psicologia e assistência social); no presídio feminino foi escolhido o horário das 17h00min em que todas chegavam do trabalho e eram recolhidas às celas. Os finais de semana e feriados foram excluídos por questão de segurança.

A pesquisa foi apresentada aos possíveis participantes. Inicialmente foi apresentado um vídeo de 20 minutos explicando o que é a meditação para todas as reeducandas e para um pequeno grupo de reeducandos escolhido pela gerência de saúde. Após apresentação do vídeo, foi ministrada uma palestra onde foi inserido o conceito de *mindfulness*, seus possíveis benefícios com espaço para perguntas pelos participantes e respostas.

Ato contínuo foi distribuído o formulário do termo de consentimento livre com uma breve explicação sobre a pesquisa inclusive acerca das regras a serem seguidas, para os que desejaram participar e, em anexo, a ficha a ser preenchida com os dados sócio-demográficos. Seguiu-se a aplicação dos questionários de medidas para todos que preencheram o termo de consentimento livre.

Inicialmente, o grupo experimental consistiu em 20 participantes do sexo feminino e 15 do sexo masculino que se dispusera a participar das sessões de meditação diárias a após o preenchimento do termo de livre consentimento. Todavia, o número inicial de participantes foi reduzido a apenas a 13 no grupo feminino e 11 no masculino devido a inúmeras intercorrências como: progressão de regime para o semi-aberto; liberdade condicional, expulsão do projeto por uso de drogas; não cooperação no preenchimento das escalas de medidas no pós-curso. O grupo controle a princípio, foi constituído de todos os participantes de ambos os sexos que consentiram em colaborar preenchendo as escalas de medidas e que participaram de apenas um

ou nenhum dia de treino sendo 10 do grupo feminino e 10 do grupo masculino. Ao final do treino, todavia, este grupo se recusou a participar com o preenchimento das escalas de medidas. O controle de frequência e prática foi realizado diariamente quando da entrada na área de meditação pela própria pesquisadora e, considerando 80% de participação nas práticas formais de *mindfulness*, apenas 3 homens e três mulheres concluíram o treino.

3.4.2 Aplicação das escalas de medidas

Foram necessários dois dias de aplicação para cada participante tendo sido aplicados os questionários de Senso de Coerência de Antonovsky e Estados de Humor (POMS) em um dia e, no outro, a escala de Auto-Estima de Rosenberg, o questionário de Orientação da Vida (TOV_R) e as escalas de Depressão e Ansiedade de Beck, tendo sido disponibilizado para as aplicações dos questionários, 2h diárias. As escalas no pré-teste foram aplicadas por três estagiárias de psicologia orientadas pela pesquisadora com um grupo de no máximo três participantes por vez para cada aplicador considerando o baixo grau de instrução dos participantes.

De acordo com Kabat-Zinn (1990) a duração total de aulas práticas formais durante o programa é de 30 horas que, somadas às práticas informais deve totalizar no mínimo 42 horas com orientações semanais de 2h cada uma. Dessa forma, a segunda aplicação destas medidas foi completada ao final de 40 dias de aulas práticas formais efetivas com 1h:05min de duração cada uma. Ao longo de 11 semanas consecutivas, foram totalizadas um pouco mais de 43 horas de práticas formais, para assegurar o mínimo horas sugeridas por Kabat-Zinn mesmo sem computar a prática informal. A terceira aplicação envolveu somente seis participantes que concluíram o curso, após 4 semanas do final da intervenção.

3.4.3 Programas semanais para o treino da meditação *mindfulness*

Inicialmente elaborou-se um programa para ser realizado semanalmente começando-se às segundas-feiras e terminando-se às sextas feiras nos horários de 15h:10min às 17:00h para o grupo do sexo masculino e das 17h:10min às 19:00h para o grupo do sexo feminino. Todavia, devido às intercorrências relatadas abaixo, considerou-se como “uma semana” 5 dias de treino, independentemente de quais os dias da semana em que eram praticados e sem a necessidade de

que estes fossem dias corridos. Dessa forma, o programa inicialmente elaborado para cumprir um cronograma de oito semanas corridas foi modificado para 40 dias efetivos de treino.

Devido a problemas de liberação na Penitenciária masculina o grupo de participantes do sexo feminino começou com o treino uma semana antes do grupo do sexo masculino. Nesta primeira semana utilizou-se o CD1 com a gravação da meditação de varredura corporal⁷. Na semana seguinte, iniciou-se o programa para o grupo masculino. Todavia, não foi permitido à pesquisadora entrar no presídio masculino com equipamentos de áudio ou vídeo. Assim, só foi possível guiar a prática com voz pessoal sem a gravação. Deste momento em diante, em ambos os grupos foi suprimida a apresentação em áudio passando a pesquisadora a guiar as meditações com a leitura de textos das meditações tal qual nas gravações para se tentar garantir a igualdade do procedimento entre os grupos. Após a intervenção, a pesquisadora entregou a cada um dos seis participantes que concluíram o treino gravações de áudio das meditações guiadas de varredura corporal e a meditação sentada com atenção na respiração com a proposta de que os participantes praticassem sozinhos a meditação formal *mindfulness* por 45 minutos diários.

3.4.4 Variáveis interferentes

3.4.4.1 Mudanças de rotina

Com a entrada do horário de verão, houve uma alteração no horário de tranca nas celas na penitenciária feminina de 17h para 18h. Em decorrência de tal mudança nos cinco dias que se seguiram as participantes chegaram somente às 18h. Segundo relataram, gostariam de ficar mais tempo em convívio no pátio e somaram a este desejo o temor de ficarem expostas a olhares críticos caso iniciassem o treino às 17h como antes, tendo em vista que as não participantes também estariam não trancadas. Uma das participantes teve a sua jornada de trabalho estendida até às 18:00h, chegando às 18h:05min. Esta alteração de horário ocorreu na quarta semana de treino do grupo feminino e na terceira semana do grupo masculino.

No presídio masculino a alternância e ambientes oferecidos para a prática (espaço para banho de sol, sala de atendimento psicológico e a própria cela), foram responsáveis por atrasos

⁷ Varredura corporal é a prática mais importante de *mindfulness*. Consiste em “varrer mentalmente” todo o corpo observando atentamente as sensações corporais, sem julgamento ou tentativa de se desvencilhar de sensações desagradáveis como dor.

no início diário dos treinos bem como provocavam a irritação na maioria deles chegando ao ponto de, quatro vezes, somente ser possível realizar exercícios de energização. Estes dias não foram computados como dias de treino.

3.4.4.2 Intercorrências

Um dia todos os participantes do sexo masculino estavam cansados, pois acordaram 5h da manhã para participarem do concurso de poesia aberto para os reeducandos que faziam parte do Projeto Renascer. Este concurso também foi alegado por muitos como empecilho para a participação já que deveriam se preparar escrevendo poesias, músicas, ensaiar apresentação.

Em cinco dias diferentes de prática a meditação com a população masculina teve que ser interrompida no meio devido a homicídios dentro do presídio, “baculejo” nas celas realizado pelos agentes prisionais, perigo de rebelião. Com a população feminina a interrupção da meditação ocorreu apenas uma vez por briga entre duas detentas. Estes dias não foram computados como dias treino.

3.4.4.3 Dificuldades durante o treino:

A maior dificuldade conforme relato de muitos em ambos os grupos que acabou por ser responsável pelo pouco interesse, foi o intenso ruído externo e a enorme quantidade de moscas que dificultavam a concentração. A falta de interesse por atividades que não implicam remissão (diminuição de um dia de pena a por cada três dias de trabalho, ou qualquer outro tipo de benefício), em especial para com o grupo feminino, também foi um fato que influenciou a participação no treino.

No grupo feminino, várias alegavam cansaço ao final do dia em que chegavam do trabalho externo às 17h e preferiam descansar. Para as que concluíram o programa outra dificuldade encontrada foi a possibilidade de variáveis interferentes, na semana de aplicação dos testes ao final do treino (pós-curso): 1A – é notificada de que terá uma audiência por vídeo conferência três dias antes do teste e no dia do teste recebe a comunicação de seu livramento condicional; 1C – Recebe a sentença de mais de 20 anos de cadeia aos 32 dias de treino.

No grupo masculino a falta de confiança entre os membros do grupo foi maior obstáculo, pois, não permitia há alguns sequer fechar os olhos para praticar e a outros se

misturarem com os demais que não fossem da mesma cela que a sua. Também alegavam falta de tempo porque tinham que realizar alguns serviços como entrega da comida, limpeza, monitoria, montar a biblioteca, reparar a cela.

3.4.4.4 Processamento e análise dos dados

Para a análise dos dados foram seguidos os seguintes passos: 1 - cálculo dos *scores* em cada escala e sub-escalas; 2 - identificação de diferenças significativas nos resultados individuais (alterações de níveis nas escalas entre grave, moderada e leve) por meio das mudanças nas pontuações obtidas nos pré-curso e pós-curso com todas as variáveis; 3 - para os que concluíram o treino (80% de participação nas sessões de meditação), verificou-se possíveis diferenças entre homens e mulheres e entre crimes graves e leves e foi realizada mais uma tomada de medidas no *follow-up* (após os 30 dias subseqüentes ao término do treino) para se verificar se os resultados se mantinham sem a prática.

3.4.4.5 Devolução dos resultados das escalas

Foi realizada, individualmente, a devolução dos resultados das escalas de medidas a todos os participantes que as responderam inclusive aos presos que não participaram de nenhum dia de prática. Aos participantes que concluíram o curso foi feita uma devolução dos resultados incluindo o follow-up, com leitura sobre os efeitos individuais de *mindfulness* observados nos *scores* das medidas considerando também os auto-relatos apontados em notas de campo.

4 RESULTADOS

Os resultados quantitativos e qualitativos obtidos com os relatos verbais são primeiramente apresentados de forma individual para cada participante concluinte com 80% no mínimo de freqüência. Em seguida são apresentados os resultados dos participantes com até 45% de freqüência e dos que participaram somente por um dia e, por fim, dos que não

participaram do treino. Outro critério utilizado foi a apresentação dos resultados por gravidade dos crimes praticados. A gravidade do crime foi definida pelo desvalor social da conduta (incluindo ocorrência de violência), pela natureza organizada do crime e pela gravidade da pena (quanto mais grave o crime maior a pena).

4.1 RESULTADOS DO GRUPO QUE CONCLUIU O TREINO

Tabela 4. Tabela dos participantes que concluíram o treino com no mín 80 % de participação – feminino

| ID | IDA | | POMS | | | SENSO COER. | | | TOV | | | DEPRE. | | | ANSIED. | | | AUTO ESTIMA | | | |
|----|------|----|------|-----|------|-------------|-----|-----|------|-----|-----|--------|-----|-----|---------|-----|-----|-------------|-----|-----|------|
| | anos | | Pré | pós | f.up | | pré | Pós | f.up | Pré | pós | f.up | pré | pós | f.up | pré | pós | f.up | pré | pós | f.up |
| 1A | 48 | T | 20 | 16 | 06 | C M S | 27 | 34 | 40 | 15 | 18 | 19 | 39 | 16 | 10 | 47 | 11 | 04 | 17 | 11 | 09 |
| | | D | 34 | 13 | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | H | 15 | 05 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | V | 09 | 13 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | F | 14 | 13 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | 14 | 09 | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 116 | 98 | 41 | | 75 | 103 | 111 | | | | | | | | | | | | |
| 1B | 44 | T | 07 | 15 | 13 | C M S | 48 | 42 | 45 | 20 | 17 | 19 | 16 | 09 | 06 | 05 | 12 | 07 | 05 | 08 | 11 |
| | | D | 05 | 19 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | H | 00 | 09 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | V | 15 | 04 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | F | 03 | 15 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | 04 | 14 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 34 | 76 | 58 | | 151 | 120 | 118 | | | | | | | | | | | | |
| 1C | 34 | T | 07 | 06 | 05 | C M S | 39 | 37 | 40 | 18 | 15 | 19 | 10 | 10 | 08 | 04 | 02 | 08 | 10 | 10 | 08 |
| | | D | 19 | 08 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | H | 07 | 05 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | V | 16 | 07 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | F | 05 | 09 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | 10 | 09 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 64 | 44 | 39 | | 128 | 121 | 116 | | | | | | | | | | | | |

- crimes leves

Participante 1A – Obteve-se na tabela 3 uma melhora expressiva em todas as sub-escalas do POMS que ficou mais significativa no *follow-up*. O mesmo ocorreu com os questionários de Senso de Coerência, Depressão, Ansiedade e Auto Estima, porém, no TOV, as melhoras não foram expressivas. Dados qualitativos como alguns relatos verbais da participante feitos na sexta semana de treino dão consistência ao resultado: “Não preciso mais da bombinha que uso desde que entrei aqui; consigo respirar bem melhor”; “Não preciso mais

do remédio para dormir: quando perco o sono eu medito e o sono vem” (medicamentos que usava duas vezes ao dia).

Todavia em relação a esta participante existe uma possibilidade de da interferência e uma variável significativa que estar gozando da concessão da liberdade condicional logo após o último dia do treino, ou seja, durante todo o intervalo entre o pós-teste e o *follow-up*.

- crimes graves

Participante 1B – Aumentaram todas as sub-escalas do POMS em especial a confusão exceto o item vigor que diminuiu. Diminuíram o senso de coerência, depressão e auto-estima e aumentou a ansiedade, porém, no TOV, as mudanças não foram expressivas. Em relação ao senso de coerência houve uma diminuição expressiva na sub-escala significatividade onde é avaliado o senso emocional que dá sentido à experiência da situação, validando um comprometimento e um engajamento nos eventos da vida. No *follow-up* registra-se uma leve “melhora” na ansiedade que havia aumentado expressivamente no pós-teste.

Como indicadores qualitativos esta participante muitas vezes reclamava que não estava bem, mas a pesquisadora, diante de sua experiência profissional, não conseguia captar demonstrações de sinceridade em seu discurso verbal. Todavia, na última semana do treino, após 28 participações, demonstrou realmente estar abalada; chorou pela primeira vez e disse estar cansada da prisão e muito triste. No último dia desta semana foram aplicadas as medidas do pós-teste.

Participante 1C – Obteve uma melhora em todas as sub-escalas de humor (POMS). O senso de coerência permaneceu relativamente o mesmo com uma leve diminuição. A depressão, auto-estima e TOV mantiveram praticamente os mesmos *scores*; a Ansiedade aumentou um pouco. Como indicadores qualitativos, na sétima semana do treino, demonstrou estar abalada, chorando muito e com muitas demonstrações de ansiedade podendo ser em função da iminência de ser sentenciada com mais de 20 anos de prisão. Na oitava semana, um dia após terem sido aplicadas as medidas do pós-teste de fato a participante recebeu a intimação de sua sentença confirmando a sua expectativa. Antes do *follow-up*, porém, conseguiu um advogado para recorrer da sentença podendo todos esses fatos ser indicativos de variáveis interferentes no resultado.

Tabela 5 - Tabela dos participantes que concluíram o treino com no mín 80 % de participação – masculino

| ID | IDADE | POMS | SENSO COER. | | | TOV | | | DEPRE. | | | ANSIED. | | | AUTO – ESTIMA | | | | | | |
|----|-------|----------------------------|-------------|-----|------|-------------|-----|------|--------|-----|------|---------|-----|------|---------------|-----|------|----|----|----|----|
| | | | pré | pós | f.up | pré | pós | f.up | pré | pós | f.up | pré | pós | f.up | pré | pós | f.up | | | | |
| 1F | 45 | T D H V F C | 18 | 04 | 08 | C M S | 32 | 39 | 40 | 14 | 21 | 18 | 20 | 16 | 20 | 17 | 12 | 27 | 13 | 09 | 09 |
| | | | 24 | 11 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 10 | 03 | 09 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 12 | 06 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 08 | 06 | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 81 | 40 | 70 | | 114 | 135 | 125 | | | | | | | | | | | | |
| 1G | 35 | T D H V F C | 14 | 10 | 01 | C M S | 38 | 37 | 40 | 15 | 17 | 14 | 16 | 10 | 00 | 03 | 02 | 00 | 08 | 06 | 08 |
| | | | 08 | 01 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 03 | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 12 | 20 | 09 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 02 | 02 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 05 | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 44 | 37 | 11 | | 141 | 143 | 128 | | | | | | | | | | | | |
| 1H | 27 | T D H V F C | 18 | 04 | 03 | C M S | 50 | 37 | 37 | 8 | 12 | 14 | 24 | 10 | 07 | 04 | 05 | 00 | 12 | 09 | 08 |
| | | | 06 | 05 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 19 | 06 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 15 | 18 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 11 | 03 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 03 | 05 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 72 | 41 | 24 | | 135 | 116 | 118 | | | | | | | | | | | | |

- crimes leves

Participante 1F – Obteve uma melhora em todas as sub-escalas do POMS. Porém, com recaída parcial no *follow-up*. Melhora no senso de coerência com recaída parcial no *follow-up*. TOV com melhora expressiva e recaída parcial no *follow-up*; depressão com melhora leve e recaída no *follow-up*; ansiedade com melhora leve e piora marcante no *follow-up*; auto-estima com melhora leve e manutenção no *follow-up*. Como indicadores qualitativos, este participante relatou estar sentindo muita falta da meditação com a presença da pesquisadora já que não conseguia meditar ouvido as gravações de áudio dos CDs entregues.

Participante 1G – Obteve uma melhora em todas as sub-escalas do POMS com expressiva diminuição da depressão e aumento do vigor. Em relação ao senso de coerência, praticamente houve manutenção da compreensibilidade e significatividade com um aumento

expressivo da maneabilidade. O TOV, auto-estima e ansiedade praticamente se mantiveram. A depressão houve uma diminuição expressiva, com pontuação zero no *follow-up*. Este participante relatou verbalmente que continuava meditando de madrugada, quando todos dormiam utilizando os CD's gravados com o áudio das meditações que recebera ao final do treino.

- crimes graves

Participante 1H – Obteve uma melhora em todas as sub-escalas de humor do POMS. O senso de coerência houve uma diminuição em especial na compreensibilidade e significatividade. O TOV, a ansiedade e auto-estima ficaram levemente melhor inclusive no *follow-up*. A depressão teve uma melhora expressiva em especial no pós-teste e uma melhora leve no *follow-up*. Este participante relatou verbalmente que continuava meditando de madrugada, quando todos dormiam utilizando os CDs gravados com o áudio das meditações que recebera ao final do treino. A personalidade também pode ser uma variável interferente indicando que as mudanças qualitativas no senso de coerência, expressivamente na compreensão e no significado, podem não ser realmente negativas sinalizando, talvez, uma diminuição nas estratégias de defesa utilizada pelo participante.

Tabela 7 - Tabela dos participantes com 5% a 49% de frequência – masculino

| ID | IDADE | POMS | | SENSO COER. | | | TOV | | DEPRES. | | ANSIED. | | AUTO - | | |
|----|-------|---------|-----|-------------|-------------|----------------|----------------|-----|---------|-----|---------|-----|--------|-----|-----|
| | | escalas | pré | pós | escalas | pré | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós | pré | Pós |
| 2F | 33 | T | 14 | 20 | C M S | 33 22 43 | 37 37 29 | 06 | 13 | 43 | 39 | 29 | 20 | 18 | 10 |
| | | D | 12 | 07 | | | | | | | | | | | |
| | | H | 05 | 07 | | | | | | | | | | | |
| | | V | 18 | 14 | | | | | | | | | | | |
| | | F | 15 | 15 | | | | | | | | | | | |
| C | 10 | 09 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 74 | 72 | | 98 | 103 | | | | | | | | |
| 2G | 26 | T | 18 | 15 | C M S | 70 53 56 | 47 49 49 | 7 | 20 | 07 | 04 | 04 | 10 | 10 | 05 |
| | | D | 16 | 03 | | | | | | | | | | | |
| | | H | 08 | 01 | | | | | | | | | | | |
| | | V | 14 | 18 | | | | | | | | | | | |
| | | F | 10 | 00 | | | | | | | | | | | |
| C | 14 | 02 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 80 | 39 | | 179 | 145 | | | | | | | | |
| 2H | 36 | T | 09 | 10 | C M S | 34 44 39 | 43 39 36 | 11 | 14 | 21 | 21 | 33 | 17 | 14 | 09 |
| | | D | 10 | 17 | | | | | | | | | | | |
| | | H | 06 | 09 | | | | | | | | | | | |
| | | V | 15 | 11 | | | | | | | | | | | |
| | | F | 08 | 07 | | | | | | | | | | | |
| C | 09 | 10 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 57 | 64 | | 117 | 118 | | | | | | | | |

O grupo feminino apresentou variações na escala do POMS e o masculino apresentou uma pequena melhora na variação do humor. O senso de coerência praticamente permaneceu o mesmo, diminuindo nos que cometeram crimes mais graves. No grupo masculino esta queda foi mais acentuada. Os resultados no TOV foram muito variados no grupo feminino e com uma elevação expressiva no grupo masculino. A depressão teve um aumento leve na maioria do grupo feminino e uma leve baixa no masculino. A ansiedade praticamente se manteve igual no grupo feminino, e aumentou expressivamente no masculino para os que cometeram crimes graves, tendo, todavia diminuído para os que cometeram crimes leves no masculino. A auto-estima aumentou em ambos os grupos.

Tabela 9 - Tabela dos participantes com 1 aula de frequência ou nenhuma – masculino

| ID | IDADE | POMS | | | SENSO COER. | | | TOV | | DEPRES. | | ANSIED. | | AUTO ESTIMA | |
|----|-------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------|----------------|----------------|-----|-----|---------|-----|---------|-----|-------------|-----|
| | | Sub-escalas | pré | pós | Sub-escalas | pré | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós |
| 3F | 30 | T D H V F C | 13 06 05 18 02 06 | 12 08 03 12 08 06 | C M S | 26 35 29 | 40 30 40 | 11 | 13 | 20 | 12 | 35 | 28 | 09 | 11 |
| | | | 50 | 49 | | 80 | 110 | | | | | | | | |
| 3G | 31 | T D H V F C | 14 14 08 11 05 05 | 10 19 05 08 14 08 | C M S | 45 36 39 | 24 42 48 | 12 | 13 | 17 | 16 | 02 | 13 | 16 | 05 |
| | | | 57 | 64 | | 112 | 114 | | | | | | | | |
| 3H | 33 | T D H V F C | 09 05 04 16 02 02 | 06 02 02 15 02 02 | C M S | 39 57 52 | 49 44 47 | 21 | 18 | 01 | 05 | 06 | 09 | 06 | 02 |
| | | | 38 | 29 | | 148 | 140 | | | | | | | | |
| 3I | 39 | T D H V F C | 04 06 04 23 05 01 | 04 07 00 21 02 03 | C M S | 52 48 38 | 42 47 45 | 15 | 15 | 00 | 03 | 01 | 02 | 07 | 04 |
| | | | 43 | 58 | | 138 | 134 | | | | | | | | |
| 3J | 30 | T D H V F C | 05 03 00 07 02 04 | 09 03 06 16 03 05 | C M S | 42 57 55 | 32 59 54 | 13 | 15 | 14 | 12 | 04 | 06 | 08 | 06 |
| | | | 21 | 42 | | 154 | 145 | | | | | | | | |

Somente o grupo feminino deste grupo cometeu crimes leves. A variação de humor no POMS praticamente se manteve. O senso de coerência diminuiu na maioria. O TOV se manteve praticamente o mesmo. A depressão praticamente permaneceu inalterada com piora leve na maioria. A ansiedade variou muito em ambos os grupos com aumentos, diminuições e manutenção. A auto-estima se manteve a mesma.

5 DISCUSSÃO

O propósito deste estudo foi verificar impacto da participação em um programa estruturado de meditação *mindfulness* na saúde mental dos reeducandos, esperando-se: redução de emoções negativas e incremento do bem-estar; redução da depressão, da ansiedade e da hostilidade e melhora no senso de coerência. Não foi feita uma análise estatística das diferenças entre grupo controle e grupo experimental devido ao pouco número de participantes que concluíram o programa e preencheram as escalas. Optou-se por uma composição de caso a caso, pré, pós e *follow-up*.

Os resultados ao final da intervenção para os participantes que concluíram o treino obtiveram uma melhora na variação do humor (POMS) como nos estudos realizados por Samuelson, Carmody, Kabat-Zinn & Bratt (2007), com uma melhora mais expressiva para os que cometeram crimes mais leves. Não foram encontrados dados na literatura que expliquem este resultado. Os dados obtidos na sub-escala hostilidade do questionário do POMS, não apontaram a mesma direção de estudos anteriores (Dhar, 1994; Chandiramani, et al., 1994; Chaudhary, 1999; Sumter, et al., 2009; Samuelson, et al., 2007). Nestes os dados mostraram uma diminuição da hostilidade e agressão com a meditação. No presente estudo, houve uma redução significativa apenas para 2 mulheres e uma piora, embora pouco expressiva, para outra. Em relação aos homens, o resultado foi bem variado com incremento e manutenção da hostilidade.

O maior efeito verificado em todos os participantes que completaram o treino foi a redução da depressão, exceto em um participante. Houve uma redução expressiva da depressão para todos os participantes concluintes no período entre o pré-teste e o pós-teste, ratificando outras pesquisas realizadas em presídios (Chandiramani et al., 1994; Sumter, et al. 2009; Samuelson, et al., 2007). Todavia, no follow-up, 30 dias após o término do programa, um participante do sexo masculino que relatou não poder meditar sem a presença da pesquisadora, apresentou uma piora em relação às medidas tomadas no pós-teste, mas não em relação ao seu estado antes do início da intervenção, indicando a importância da prática. Os demais relataram que à noite, quando todos dormiam praticavam de três ou mais vezes na semana ouvindo o CD gravado com instruções de meditação *mindfulness* guiada. Os resultados em relação ao humor e à depressão são relevantes, pois, mesmo todos os participantes se encontrando em um ambiente extremamente estressante, onde até mesmo dormir pode significar risco de morte, a intervenção com *mindfulness* demonstrou resultados como estabilidade do humor e diminuição da depressão.

A ansiedade foi significativamente reduzida para os que cometeram crimes mais leves.

Nos estudos de Chandiramani, et al. (1994); Khurana e Dhar, (2002); Sumter, et al., (2009) e Samuelson, et al., (2007) a redução da ansiedade foi verificada, de modo geral, sem restrição por gravidade do crime. Todavia, embora com resultados positivos no pós-teste, o mesmo participante que obteve um retorno da depressão no follow-up, obteve não só um retorno, mas, um incremento de sua ansiedade no follow-up indicando que a continuidade da prática é importante para manutenção dos resultados. . Para os demais não houve diferenças significativas.

Em relação à auto-estima, os dados foram variados apresentando um resultado inconclusivo. Não se pôde dessa forma, ratificar os dados positivos obtidos por Chandiramani, et al., (1994); Chaudhary, (1999); Sumter, et al., (2009); Samuelson, et al., (2007). Todavia, houve um incremento expressivo na auto-estima para uma participante,

O resultado do questionário de senso de coerência foi inconclusivo diante da melhora para alguns e piora para outros sugerindo um estudo mais aprofundado neste aspecto. Contudo, houve clara melhora no senso de coerência para uma participante que cometeu crime leve e, para os que praticaram crimes graves, houve piora para todos no senso de coerência com uma diminuição expressiva na sub-escala significatividade. Esta sub-escala avalia a dimensão emocional que dá sentido à experiência da situação, validando um comprometimento e um engajamento nos eventos da vida. Não foram identificadas diferenças sistemáticas nos resultados entre mulheres e homens.

Como o senso de coerência avalia a compreensibilidade (compreensão do ambiente interno e externo), maneabilidade (percepção pela pessoa dos recursos disponíveis e se estes estão adequados às demandas da situação) e significatividade (sentido da experiência da situação), o fortalecimento do senso de coerência é importante para ampliar o *coping* e promover saúde mental. Vale ressaltar que os participantes que cometeram crimes graves, pela natureza de seus crimes e ficha médica e criminal possuíam indicação de transtorno de personalidade anti-social. Os dados podem indicar uma nova avaliação da realidade, visível num abalo do significado que anteriormente dava sentido à experiência. Esta nova avaliação e perda do referencial antigo podem dificultar a percepção adequada de como utilizar os recursos disponíveis. A personalidade também pode ser uma variável interferente indicando que as mudanças qualitativas especialmente no senso de coerência expressivamente na compreensão e no significado e aumento da hostilidade podem não ser realmente negativas sinalizando, talvez, uma diminuição nas estratégias de defesa utilizada pelos participantes.

Pesquisas têm relacionado a orientação otimista da vida com o bem estar psicológico e físico e com a capacidade das pessoas de enfrentamento (*coping*) em situações estressantes. Embora, neste estudo, as mudanças não tenham sido expressivas com mínima variação nas pontuações nos dois grupos. Os resultados de outras pesquisas apontaram: incremento no senso

de esperança (Chandiramani, Verma, Dhar & Agarwal, 1994); redução da desesperança e anomia com incrementos na esperança e bem estar (Dhar, 1994); incremento nos sentimentos de emoções positivas como, esperança, e conformidade em comparação com os não participantes (Chaudhary, 1999); incremento no bem estar e redução da propensão criminal com destaque para o aumento dos sentimentos de esperança, e de respeito às normas (Khurana & Dhar, 2002); diminuição do sentimento de culpa e sentimentos de esperança sobre o futuro com os participantes em comparação com o grupo controle (Sumter, et al., 2009). Nestes estudos os dados demonstram que os participantes perceberam suas vidas de uma forma mais otimista após a intervenção, em termos das expectativas que as pessoas possuem sobre os eventos que ocorrerão no futuro sugerindo que os participantes obtiveram melhora no bem estar e ampliação do *coping*.

Este estudo não constatou a manutenção da calma e a diminuição do sentimento de culpa em qualquer situação como Sumter, et al., (2009). Também não se pôde constatar como no estudo realizado por Kabat-Zinn e sua equipe (Samuelson, et al., 2007) mudanças nos participantes mais significativas para as mulheres do que para os homens. Contudo, os resultados mais positivos para os participantes que cometeram crimes mais leves em relação aos que cometeram crimes mais graves.

Houve ainda melhoras no distúrbio do sono. Dados qualitativos como alguns relatos verbais dos participantes feitos na sexta semana de treino dão consistência a este resultado: “Não preciso mais da bombinha que uso desde que entrei aqui; consigo respirar bem melhor”; “Não preciso mais do remédio para dormir: quando perco o sono eu medito e o sono vem”; “Me sinto mais calmo, menos ansioso”. Pelos relatos verbais também houve, de uma forma geral, uma melhora no sono corroborando com os estudos de Sumter, et al., (2009).

Como se trata de uma série de estudos de caso é necessária cautela com a generalização. Inúmeros fatores podem estar envolvidos nos resultados: a cooperação dos agentes prisionais facilitando a implementação do treino, a combinação de diferença entre crimes menos ou mais graves cometidos pelos presos com a possibilidade de progressão de regime ou sair da prisão em liberdade condicional; mudanças de rotina; o ambiente com mais ruídos externos e quantidade de moscas na penitenciária masculina do que na feminina o que dificultavam mais a concentração para os homens; a falta de interesse por atividades que não implicam remissão (diminuição de 1 dia de pena a por cada três dias de trabalho, ou qualquer outro tipo de benefício), em especial para com o grupo feminino, pois várias alegavam cansaço ao chegar do trabalho externo e, ainda, possíveis variáveis interferentes na semana de aplicação dos testes no pós-curso como notificação de audiência três dias antes do teste e comunicação de livramento condicional.

No grupo masculino, a falta de confiança entre os membros do grupo foi maior

obstáculo, pois, não permitia há alguns sequer fechar os olhos para praticar e a outros se misturarem com os demais que não fossem da mesma cela que a sua. Também alegavam falta de tempo porque tinham que realizar alguns serviços como entrega da comida, limpeza, monitoria, montar a biblioteca, construir a nova moradia o grupo do pós-renascer.

6 CONCLUSÃO

Para os participantes que concluíram o programa, as diferenças entre o pré-teste e o pós-teste ao final da intervenção foram expressivas em 3 medidas amplamente aceitas: redução no distúrbio de humor e no grau da depressão e, somente para os que cometeram crimes leves, redução da ansiedade. No *follow-up*, após um mês em que a pesquisadora terminou o programa e parou com o controle da prática, os resultados indicaram uma piora em relação às medidas de depressão e ansiedade no pós-curso em especial para alguns. Essa piora indica que a prática deve ser mantida, para que os efeitos benéficos perdurem.

Como aspectos importantes encontrados tem-se uma melhora na qualidade de vida (indicada no resultado por meio das medidas quantitativas) e uma melhora na qualidade do sono, verificada por relatos verbais. Como aspecto falho, tem-se a impossibilidade de fazer o trabalho quantitativo com um número de participantes que deixa uma amostra representativa, porém, isso possibilita uma investigação dos estudos de caso, que trouxe à luz as variações individuais e a interação entre a prática da meditação e eventos importantes no cotidiano do meditante. Uma contribuição para a ciência foi a abertura do questionamento do papel do senso de coerência na meditação: Será que a meditação ajuda na redução do estresse, porque melhora o senso de coerência? Outra questão foi o efeito paradoxal da meditação sobre o senso de coerência em pessoas com transtorno de personalidade anti social.

REFERÊNCIAS

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery Of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Baratta, A. (1999). *Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal: Introdução à Sociologia do Direito Penal*. Traduzido por Juarez Cirino dos Santos. 2ª Ed., Rio de Janeiro: Freitas Bastos.
- Barefoot, J. C., Dodge, K. A., Peterson, B. L., Dahlstrom, W. G., & Williams, R. B., Jr. (1989). The Cook-Medley Hostility Scale: Item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51(1), 46-57.
- Barlach, L. (2005). *O que é resiliência humana? uma contribuição para a construção do conceito*. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G., (1961). *An Inventory for measuring depression*. *Arch Gen Psychiatry*; 4:53-63.
- Bitencourt, C. R. (2004). *Falência da Pena de Prisão: Causas e Alternativas*. 3ª Ed. São Paulo: Saraiva.
- Borysenko, J. (1987). *Minding the body, mending the mind*. New York: Bantam.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T., Chawla, N., Simpson, T., Ostafin, B., Larimer, M., Blume, A., Parks, G., Marlatt, G. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 3.
- Caine, T. M., Foulds, G. M. & Hope, K. (1967). Hostility and direction of Hostility questionnaire. *Manual. Univ. of London. Press. London*.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angem, M. & Specca (2001). In Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn J. Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-Based Stress Redution in Massachusetts Correctional Facilities. *The Prison Journal*; 87; 254; DOI 10.1177/0032885507303753, Recuperado em 20 de dezembro de 2010 de <http://tpj.sagepub.com/cgi/content/abstract/87/2/254>, acessado em 20/12/2010.
- Carr, A. C. (1985) Psychological Testing of Personality, In *Comprehensive Text book of Psychiatry* Eds. Kaplan H.I. & Sadock, B.J., 1990-97. Williams & Wilkins, Baltimore/London.
- Chandiramani, K., Verma, S. K., & Dhar, P. L. (1995). Psychological effects of Vipassana on Tihar Jail inmates. *Research Report Vipassana Research Institute*, recuperado de 13 de março de 2010 de <http://www.vridhamma.org/Psychological-effects-on-tihar-jail-inmates.aspx>

- Chandirimani, S. K. Verma, P. L., Dhar, P. L., & Aggarwal, N. (1994). *Psychological effects of Vipassana on Tihar Jail inmates: A preliminary report on Vipassana - Its relevance to the present world - An International Seminar*, April, 1994. Recuperado de 13 de março de 2007 de <http://www.vridhamma.org/Psychological-effects-on-tihar-jail-inmates.aspx>
- Chaudhary, L. (1999). Effectiveness of Vipassana Meditation as a Technique of Stress Management and Reformation among Adolescent Prisoners, Delhi: *unpublished dissertation*. Disponível em <http://www.vri.dhamma.org/research/tihar/tihar1.html>, Recuperado em 13 de março de 2007.
- Collins, R. L., Parks, G. A., & Marlatt, G. A. (1985). Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 189–200.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das ESCALAS DE BECK*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dantas, R. A. S. (2007). *Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros*. Disponível em http://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/LIVRE-DOCA_NCIA_ROSANA_APARECIDA_SPADOTI_DANTAS_1_.pdf, acessado em 01/03/2010.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595–605.
- Dhar, P. L. (1994). The First Vipassana Camp in Tihar Jail. Vipassana: Its Relevance to the Present World. *Vipassana Research Institute*. Recuperado em 20/04/2010 de www.vridhamma.org/Meditation-Camp-in-Tihar-Jail.aspx.
- Dini, G. M. (2004). *Validade de construção e sensibilidade da escala de auto-estima Rosenberg / UNIFESP-EPM em lipoaspiração*. -- São Paulo.
- Dobson, K. S.; Craig, K. (Eds.) (1998). *Empirically Supported Treatments: Best Practice In Professional Psychology*. Cal: Thousand Oaks.
- Donovan, D. M., & O’Leary, M. R. (1978). The Drinking-Related Locus of Control Scale: Reliability, factor structure and validity. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 759–784.
- Eysenk, S. B., & Sydenham, H. J. (1975). *Manual of the EPQ (Personality Questionnaire)*. London: Holder and Stoughton educational; San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Fleischman, P. R. (2009). *A Ação Terapêutica de Vipassana*. Primeira Edição Eletrônica em Português Publicado por: Associação Vipassana Brasil, Recuperado em 15 de julho de 2010, de <http://www.dhamma.org/pt>.
- Foucault, M. (1994). *Vigiar e Punir*. 11ª Ed. Petrópolis: Vozes.
- Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista Psiquiatria Clínica*. 1998; 5(5): 245-50.

- Hathaway, S. R., & Mckineley, J. C (1951). *Multiphasic Personality Inventory*. University of Minnesota Press, Minnesota.
- Hagedorn, N. (2009) Mindfulness Research Paper: Proposed Application and Research for MBCT Correctional Settings. PSY 717: *Mindfulness in Clinical Practice*. Recuperado em 12 de janeiro de 2010 de <http://www.myunion.edu/ccmm/documents/MindfulnessproposalforcorrectionalsettingNevaH.pdf>.
- Hjelle, L., Belongia, C., & Nesser, J. (1996). Psychometric Properties of the Life Orientation Test and Attributional Style Questionnaire. *Psychological Reports*, 78, 507-515 in Laranjeira, C. A.(2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Escola Superior de Saúde Jean Piaget*, Portugal, Recuperado em 01 de março de 2010 de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/Rev%20Universitas%20Psychologica%207-2-12.pdf>.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delacorte.
- Khan, I. A. (1989). A law scale. *Journal of Personality & Clinical Studies* 5(1), 101-104
- Khurana, A. K. (1996). Effect of Vipassana Meditation on Quality of life of Undertrials. In *PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF VIPASSANA ON TIHAR JAIL INMATES*. Recuperado em 13 de março de 2010 de www.vri.dhamma.org/research/tihar/tihar1.html.
- Khurana, A. K. (1999). Vipassana Meditation and Subjective Well-being of undertrials. *Indian Journal of Criminology*, 20-25. In *PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF VIPASSANA ON TIHAR JAIL INMATES*. Recuperado em 13 de março de 2007 de www.vri.dhamma.org/research/tihar/tihar1.html.
- Khurana, A. K. & Dhar, P. L. (2002). *Effect of Vipassana Meditation on Quality of life, Subjective well-being, and Criminal Propensity among inmates of Tihar jail, Delhi*. Recuperado em 07 de fevereiro de 2010 de <http://buddhism.lib.ntu.edu.tw/FULLTEXT/JR-AN/an038120.html>.
- Lei de Execução Penal. Brasil, Lei 7.210, de 11 de Julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*. Brasília, Df, 13 de Jul. de 1984.
- McNair, D., Lorr, M. & Droppelman, L. (1992). *Profile of mood states test manual*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Menon, V. D. & Verma, S. K. (1988). *Manual for Hindi PEN Inventory*. Varanasi Rupa Psychological Center .
- Miller, W. R., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC)* (Project MATCH Monograph Series Vol. 4): Margaret E. Mattson, Ed.
- Moudgil, A. C., Verma, S. K., & Kaur, K. (1986). PGI Quality of Life Scale (revised Form). *Indian Journal Clinical Psychology*. 13: 175-184.

- Nagpal R. & Sell, H. (1985). Subjective Well-being. *SEARO Regional Health paper n° 7*. World Health Organization, New Delhi.
- Parks, G. A. (2001). *The Daily Drug-Taking Questionnaire (DDTQ)—Version 1: A measure of typical and peak drug use*. Unpublished manuscript, University of Washington.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn J. Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-Based Stress reduction in Massachusetts Correctional Facilities. *The Prison Journal* ; 87; 254; DOI 10.1177/0032885507303753. Recuperado em 05 de fevereiro de 2010 de <http://tpj.sagepub.com/cgi/content/abstract/87/2/254>
- Sanyal, S. & Kathpalia, V. (1989). *Development of the 'C' Scale on the basis of Eysenckian theory (Criminal Propensity Scale)*
- Sharma, S., Jinadal, S. K., Bahera, D. & Verma, S. K. (1992). Hindi adaptation of na instrument to measure hope: Some preliminary observations. *Indian Journal Social Psychiatry* 8(1-2) 57-66.
- Specia, M. Carlson, L. E., Goodey, E., & Angem, M. (2000). In Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn J. Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-Based Stress reduction in Massachusetts Correctional Facilities. *The Prison Journal* ; 87; 254; DOI 10.1177/0032885507303753, Recuperado em 05 de fevereiro de 2010 de <http://tpj.sagepub.com/cgi/content/abstract/87/2/254>.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247 In Laranjeira, C. A. (2008). *Escola Superior de Saúde Jean Piaget, Portugal, Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R)*, 2008, Recuperado em 01 de março de 2010 de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/Rev%20Universitas%20Psychologica%207-2-12.pdf>, Sunter, M. T., Monk-Turner, E., Turner, C. (2009). The Benefits of Meditation Practice in the Correctional Setting. *J Correct Health Care* 2009; 15; 47; DOI 10.1177/1078345808326621.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 201-228, In Laranjeira, C. A. (2008). *Escola Superior de Saúde Jean Piaget, Portugal, Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R)*, 2008, Recuperado em 01 de março de 2010 de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/Rev%20Universitas%20Psychologica%207-2-12.pdf>.
- Shah, (1976). Impact of Vipassana Meditation on prisoners. College of Social Work, Mumbai (A Report). Vipassana Research Institute.
- Unnithan T. K. N., & Ahuja, R. (1977). Prisoners meditation camp: A sociological analysis. *The Maha Bodhi Journal*, 85, 303-309 . In Khurana, A. K. & Dhar, P. L. (2002). *Effect of Vipassana Meditation on Quality of life, Subjective well-being, and Criminal Propensity among inmates of Tihar jail, Delhi*. Recuperado em 07 de fevereiro de 2010 de <http://buddhism.lib.ntu.edu.tw/FULLTEXT/JR-AN/an038120.html>.

- Verma, S. K. Dubey, B. L., & Gupta, D. (1983). PGI General well-being scale. *Indian Journal Clinical Psychology*. 10: 299-304.
- Verma, S. K. & Verma, A. (1989) *Manual for PGI General well-being measure*. Lucknow: Ankur Psychological Agency.
- Viana, M. f., Almeida, P. L. de, Santos, R. C. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor. In *POMS: Análise Psicológica* 2001, 1 (XIX): 77- 92. Recuperado em 20 de fevereiro de 2010. www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n1/v19n1a08.pdf
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615–640.
- Wig N.N. and Verma S.K. (1971) P.G.I. Health Questionnaire N-1, A Simple Neuroticism Scale in Hindi, Bull, P.G.I., 5,4, pp 152-156.
- Zaffaroni, E. R. (2001). *Em Busca das Penas Perdidas: A Perda da Legitimidade do Sistema Penal*. Traduzido por Vânia Romano Pedrosa e Amir Lopez da Conceição. Rio de Janeiro: Revan.

Anexos

Anexo 01: Versão em português do Inventário de Depressão de Beck (BDI)

BDI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido **na última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

- 1** 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

- 2** 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2 Acho que nada tenho a esperar.
 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

- 3** 0 Não me sinto um fracasso.
 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

- 4** 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

- 5** 0 Não me sinto especialmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 2 Vou me sinto culpado na maior parte do tempo.
 3 Eu me sinto sempre culpado.

- 6** 0 Não acho que esteja sendo punido.
 1 Acho que posso ser punido.
 2 Creio que vou ser punido.
 3 Acho que estou sendo punido.

- 7** 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 2 Estou enojado de mim.
 3 Eu me odeio.

- 8** 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

- 9** 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

- 10** 0 Não choro mais que o habitual.
 1 Choro mais agora do que costumava.
 2 Agora, choro o tempo todo.
 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

- 11** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.

- 12** 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

- 13** 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VER

PEARSON

Copyright © 1997 by NCS Pearson, Inc.
 375 Lakeside Drive, Bloomington, MN 55425-1099

Casa do
 Psicólogo®

© 2007 Casa do Psicólogo Editora e Gráfica Ltda.
 Tradução e adaptação brasileira.
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra por
 qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.

Anexo 02: Versão em português do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

BAI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

| | Absoluta- mente não | Levemente bão ou inco- modado muito | Moderada- mente Foi muito desagrá- dável mas não insuportável | Gravemente Difícil ou não pode suportar |
|---|------------------------|---|---|---|
| 1. Dormência ou formigamento | | | | |
| 2. Sensação de calor | | | | |
| 3. Tremores nas pernas | | | | |
| 4. Incapaz de relaxar | | | | |
| 5. Medo que aconteça o pior | | | | |
| 6. Atordoado ou tonto | | | | |
| 7. Palpitação ou aceleração de coração | | | | |
| 8. Sem equilíbrio | | | | |
| 9. Aterrorizado | | | | |
| 10. Nervoso | | | | |
| 11. Sensação de sufocação | | | | |
| 12. Tremores nas mãos | | | | |
| 13. Trêmulo | | | | |
| 14. Medo de perder o controle | | | | |
| 15. Dificuldade de respirar | | | | |
| 16. Medo de morrer | | | | |
| 17. Assustado | | | | |
| 18. Indigestão ou desconforto no estômago | | | | |
| 19. Sensação de desmaio | | | | |
| 20. Rosto avermelhado | | | | |
| 21. Suor (não devido ao calor) | | | | |

Anexo 04: Versão em português do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (VPC4)

Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa sua resposta, com números de 1 a 7. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 1, circule o número 1. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 7, circule o número 7. Se sua resposta for diferente, circule o número que melhor expressar seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão.

1. Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Nunca tenho essa sensação | | | | | | Sempre tenho essa sensação |

2. Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com certeza não seria feito | | | | | | Com certeza seria feito |

3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Você sente que não as conhece | | | | | | Você as conhece muito bem |

4. Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está se acontecendo ao seu redor?

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Raramente ou nunca | | | | | | Com muita frequência |

5. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

| | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Nunca aconteceu | | | | | | Sempre aconteceu |

6. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?

| | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Nunca aconteceu | | | | | | Sempre aconteceu |

7. A vida é:
- | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muito interessante | | | | | | Muito rotineira |
8. Até agora, sua vida tem sido:
- | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sem qualquer objetivo ou finalidade | | | | | | Com finalidade e objetivos claros |
9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |
10. Nos últimos dez anos sua vida tem sido:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida | | | | | | Completamente previsível (esperada) |
11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:
- | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Completamente fascinante | | | | | | Extremamente chata |
12. Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |
13. Como você vê a vida?
- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida | | | | | | Não há solução para os sofrimentos da vida |

14. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:
- | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sente o quanto é bom estar vivo | | | | | | Pergunta a si mesmo por que você existe |
15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:
- | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sempre confusa e difícil de encontrar | | | | | | Sempre completamente clara e fácil de encontrar |
16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Uma fonte de grande prazer e satisfação | | | | | | Uma fonte de sofrimento e chatice |
17. Sua vida no futuro provavelmente será:
- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Cheia de mudanças sem que você saiba o que acontecerá em seguida | | | | | | Completamente previsível (esperada) |
18. Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ficar se “remoendo de raiva” sobre o acontecido | | | | | | Dizer “está tudo bem, tenho que viver com isso” e seguir em frente |
19. Com que frequência você tem sentimentos e idéias bastante confusas?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |

20. Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, você sente que:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com certeza você continuará sentindo-se bem | | | | | | Com certeza algo acontecerá para estragar essa sensação |

21. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |

22. Você acha que sua vida pessoal no futuro será:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Totalmente sem significado e finalidade | | | | | | Cheia de significado e finalidade |

23. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Você está certo de que essas pessoas existirão | | | | | | Você duvida que essas pessoas existirão |

24. Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |

25. Muitas pessoas - mesmo aquelas muito fortes - algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Nunca | | | | | | Com muita frequência |

26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Você deu muita ou pouca importância para o que aconteceu | | | | | | Você viu as coisas na medida certa |

27. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sempre terá sucesso em superar as dificuldades | | | | | | Não terá sucesso em superar as dificuldades |

28. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?

| | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |

29. Com que frequência você tem a sensação de que você não consegue manter seu auto-controle?

| | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |

Anexo 05: Versão em português do Teste de Orientação da Vida (TOV-R)

Teste de Orientação da Vida (TOV-R)
INSTRUÇÕES

Marque com um X as questões abaixo a respeito de você, indicando o seu grau de acordo, segundo a seguinte escala:

| Discordo totalmente | Discordo | Neutro | Concordo | Concordo totalmente |
|------------------------|----------|--------|----------|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Seja o(a) mais sincero(a) possível e procure não deixar sua resposta a uma questão influenciar suas respostas às outras questões. Não há respostas certas nem erradas.

- | | |
|--|-----------|
| 1. Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor. | 0 1 2 3 4 |
| 2. É fácil para mim relaxar. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Eu gosto muito da companhia de meus amigos e amigas. | 0 1 2 3 4 |
| 6. É importante para mim manter-me em atividade. | 0 1 2 3 4 |
| 7. Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria. | 0 1 2 3 4 |
| 8. Eu não me zango facilmente. | 0 1 2 3 4 |
| 9. Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo. | 0 1 2 3 4 |
| 10. De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas ruins. | 0 1 2 3 4 |

Anexo 06: Versão em português da Escala de Auto-estima de Rosenberg

Como você avalia estas questões:

1) De uma forma geral (apesar de tudo),estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).

- a)Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

- a)Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

- a)Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

- a)Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a)

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

Anexo 07: Instrumento para caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes

Registro na unidade: _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Data de reclusão: ____ / ____ / ____

Tempo faltante da pena em regime fechado: ____ / ____ / ____

Sexo: 1. () masculino 2. () feminino

Estado civil: 1. () solteiro 2. () casado 3. () viúvo 4. () desquitado/divorciado

Grau de escolaridade: _____

Profissão: _____

Diagnósticos médicos:

() AVC

() depressão

() esquizofrenia

() outras- especificar: _____

Faz uso de medicamentos para nervosismo, depressão ou ansiedade?

() sim

() não

Com que frequência? _____

Especificar o nome: _____

Instrumentos de coleta preenchido pelo: 1. () participante 2. () pesquisadora

Início da entrevista: ____ / ____ / ____

Término da entrevista: ____ / ____ / ____

Anexo 08: Cópia do termo de Consentimento Livre

Título do projeto: Meditação *mindfulness* na penitenciária feminina em Aparecida de Goiânia.

Pesquisador Responsável: TEREZA CLÁUDIA CAMAPUM DE FREITAS. Telefone para contato: 3095-7798.

Pesquisador colaborador (orientador): DR. LUC VANDENBERGUE

Estamos realizando um estudo para examinar o impacto da intervenção de um programa de meditação em presidiárias que cumprem pena privativa de liberdade no presídio de Aparecida de Goiânia. Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinie ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelos telefones 3946-1071. As sessões de meditação serão realizadas todos dias por semana durante 12 semanas por 2 h diárias (das 17:00 h às 19:00h) em local apropriado reservado para a prática. As participantes da pesquisa bem como as que não quiserem participar da meditação, mas que desejarem colaborar, completarão um relatório de medidas, objeto do estudo, antes e após a finalização do programa. Cada curso de meditação deverá ter um número limitado de no máximo 30 participantes. Colchonetes para os exercícios de alongamento e almofadas e cadeiras para meditação serão fornecidos. Embora sua participação não deverá lhe trazer riscos, qualquer tipo de dano resultante de sua participação, mesmo que não previsto no termo de consentimento, terá direito à assistência integral pela equipe de enfermagem e psicólogos que atendem na unidade prisional, conforme acertado com a gerência de saúde do local e à indenização na melhor forma do direito. Será dada uma devolução às praticantes e às demais pessoas da comunidade prisional com a finalidade de se estimular a continuidade ou o início da prática, podendo-se oferecer treinamentos posteriores, conforme interesse e conveniência da instituição. O grupo não participante, em contrapartida, irá receber um retorno dos resultados dos testes aplicados informando-lhes como elas se encontram e o que pode ser feito para melhorar sua qualidade de vida no ambiente em que se encontram. Os Tratamentos médicos e assistência psicológica bem como todas as demais atividades serão mantidos em sua rotina diária.

Pesquisador responsável: Tereza Cláudia Camapum C. de Freitas.

Telefone para contato: 3095-7798

Eu,

RG _____

assinou assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos relacionados, concordo em participar com:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, risco, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento.



2010

Goiânia, 30 de março de 2010

Ao Superintendente de Sistema de Execução Penal
 Dr. Carlos Roberto Teixeira
 Assunto: Yoga e meditação na Penitenciária Feminina Casuelo Nasser

Prezado Senhor,


Servimo-nos do presente para solicitar à Vossa Senhoria autorização para que seja realizado um estudo para examinar o impacto da intervenção de um programa de meditação e yoga em presidiárias que cumprem pena privativa de liberdade no presídio feminino de Aparecida de Goiânia, com aplicação de testes e questionários psicológicos bem como com o levantamento dos dados sócio-demográficos e clínicos.

A meditação pode ter um impacto significativo e positivo, na ansiedade, depressão, estresse, auto-estima, estados de humor e hostilidade das reeducandas tendo, como consequência, um impacto positivo no senso de coerência, tornando-as mais capazes de perceber a real situação e escolher opções mais coerentes e acertadas para alcançar seus objetivos. Pode também ser utilizada diariamente para ajudar a enfrentar situações difíceis ou desagradáveis que surgem pra a pessoa e que desprendem uma forte carga emocional; a yoga é um revitalizante corporal e pode ser feita sempre que se está cansado ou quando se está com tensão em alguma parte do corpo.

Com a análise dos resultados do estudo, quando verificado benefício real advindo com a prática da meditação, será dada uma devolução às praticantes e às demais pessoas da comunidade prisional com a finalidade de se estimular a continuidade ou o início da prática, podendo-se oferecer treinamentos posteriores, conforme interesse e conveniência da instituição. O grupo controle, em contrapartida, irá receber um *feed-back* dos resultados dos testes aplicados informando-lhes como elas se encontram e o que pode ser feito para melhorar sua qualidade de vida no ambiente em que se encontram.

O projeto de mestrado analisou as diferenças individuais da comunidade prisional, considerando-o um grupo vulnerável e, como tal, é assegurado no procedimento o

Recebido em 31/03/2010
 ao Sr. Carlos


 Jerônimo R. H. de Souza
 Secretário

Anexo 09: Solicitação para a pesquisa na instituição "conclusão"

respeito às mesmas condições igualitárias de participação, excluindo-se o tratamento diferenciado para os psicóticos. Para a intervenção buscou-se ainda dar oportunidade de participação a todas as reeducandas, excluindo-se os diagnosticados com algum caso de psicose e observando os horários de estudo matutino e vespertino, trabalho, terapias, banho de sol e outras atividades rotineiras na comunidade prisional. As aulas de yoga e meditação serão realizadas todos dias na semana durante 12 semanas, o horário das 17:00h às 19:00, observando os horários de estudo matutino e vespertino, trabalho, terapias, banho de sol e outras atividades rotineiras na comunidade prisional. A intervenção está prevista para iniciar em agosto de 2010, após aprovação do Comitê de Ética, mas os dados sócio-demográficos e clínicos já poderiam desde já serem levantados seja autorizado por Vossa Senhoria. A Sargenta Nelma já está ciente do projeto e concorda plenamente com a intervenção.

Cada curso de meditação deverá ter um número limitado de no máximo 30 participantes. Colchonetes para os exercícios de alongamento e almofadas e cadeiras para meditação serão fornecidos. Embora a participação não deverá trazer nenhum risco aos participantes, qualquer tipo de dano resultante de sua participação, mesmo que não previsto no termo de consentimento, terá direito à assistência integral.

Para fins de Compromisso com a instituição, solicito a assinatura de Vossa Senhoria, na FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS, que segue anexo, bem como um termo de concordância referente ao ofício.

Atenciosamente, peço e espero deferimento



Pesquisadora responsável: **Tereza Cláudia Casapara Carvalho de Freitas**
 Telefone para contato: 3095-7798 e 811-7788

INSTITUIÇÃO – PUC-GOLÁS
 MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Anexo 10: Autorização da instituição - Superintendência do Sistema de Execução Penal (SUSEPE), para a realização da pesquisa nas Penitenciárias Feminina e Masculina em Aparecida de Goiânia- GO, CNPJ0.149.606/000148

SECRETARIA DA
SEGURANÇA PÚBLICA



GOVERNO DO
ESTADO DE GOIÁS
Desenvolvimento com Responsabilidade

CGC: 01409606/0001-48
GABINETE DO SUPERINTENDENTE

Memorando nº 2077/2010-SUSEPE

Goiânia, 31 de março de 2010.

Da: Superintendência do Sistema de Execução Penal – SUSEPE

Para: Coordenadora da Penitenciária Consuelo Nasser – Sargento Nelma

Assunto: Projeto de Pesquisa

Senhora Coordenadora,

1. Ao cumprimentá-la cordialmente, autorizo Vossa Senhoria a possibilitar a realização de Projeto de Pesquisa Acadêmica (Mestrado em Psicologia da Saúde – FUC-GOÍÁS) da Mestranda Tereza Cláudia Camapan Carvalho de Freitas a ser efetivado nessa Unidade.

4. Sem mais no momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Carlos Trixeira
CARLOS ROBERTO TRIXEIRA
Superintendente

Anexo 11: Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos

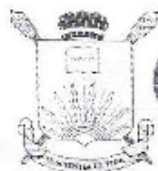


MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| Projeto de Pesquisa: MEDITAÇÃO MINDFULNESS NA PENITENCIÁRIA FEMININA EM APARECIDA DE GOIÂNIA | | | | 01/2000 |
| 2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) CIÊNCIAS HUMANAS - PSICOLOGIA | | 3. Código: 7.07 | 4. Nível: (Só áreas do conhecimento 2 a 4) NÃO SE APLICA | |
| 5. Área(s) Temática(s) Especial (s) NÃO SE APLICA | | 6. Código(s): NÃO SE APLICA | 7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV () | |
| 8. Unitermos: (3) MEDITAÇÃO - PENITENCIÁRIA - SAÚDE MENTAL | | | | |
| SUJEITOS DA PESQUISA | | | | |
| 9. Número de sujeitos No Centro: 60 Total: 60 | | 10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) (X) Outros () Não se aplica () | | |
| PESQUISADOR RESPONSÁVEL | | | | |
| 11. Nome: TEREZA CLÁUDIA CAMAPUM CARVALHO DE FREITAS | | | | |
| 12. Identidade: 1.658.998 | | 13. CPF.: 413.705.701-04 | | 19. Endereço (Rua, nº): RUA 11, nº. 170, ST. OESTE |
| 14. Nacionalidade: BRASILEIRA | | 15. Profissão: PSICÓLOGA/ADVOGADA | | 20. CEP: 74120-030 |
| 16. Maior Titulação: ESPECIALISTA | | 17. Cargo | | 21. Cidade: GOIÂNIA |
| 18. Instituição a que pertence: PUC-GOIÁS | | | | 22. U.F. GO |
| 18. Instituição a que pertence: PUC-GOIÁS | | 23. Fone: 3095-7798 | | 24. Fax |
| 18. Instituição a que pertence: PUC-GOIÁS | | | | 25. E.mail: terezaclaudie@yahoo.com.br |
| Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletado exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 31 / 03 / 2010 | | | | |
| Assinatura | | | | |
| INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO | | | | |
| 26. Nome: PENITENCIÁRIA FEMININA CONSUELO NASSER | | 29. Endereço (Rua, nº): BR 153, Km 1292 APARECIDA DE GOIÂNIA | | |
| 27. Unidade/Orgão: SUSEPE | | 30. CEP: 74.980-970 | | 31. Cidade: AP. GOIÂNIA |
| 28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X) | | 33. Fone: 3201-1358, 3201-1356 | | 32. U.F. GO |
| 28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X) | | 34. Fax: | | |
| 35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil) | | | | |
| Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Carlos Roberto Teixeira Cargo: Superintendente SUSEPE Data: 31/03/10 | | | | |
| Assinatura | | | | |
| PATROCINADOR | | | | |
| 36. Nome: | | | | |
| 37. Responsável: | | | | |
| 38. Cargo/Função: | | | | |
| COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP | | | | |
| 45. Data de Entrada: | | 46. Registro no CEP: | | 47. Conclusão: Aprovado () Data: / / |
| 45. Data de Entrada: | | 46. Registro no CEP: | | 48. Não Aprovado () Data: / / |
| 49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: / / Data: / / | | | | |
| Encaminhamento a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / / | | 53. Coordenador: Assinatura | | Anexar o parecer consubstanciado |
| COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP | | | | |
| 54. Nº Expediente | | 55. Data Recebimento: | | 57. Registro na CONEP: |
| 58. Observações: | | | | |

Anexo 12: Declaração de cadastramento no comitê de ética



UNIVERSIDADE
Católica
DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Av. Universitária, 1069 - Setor Universitário
Caixa Postal 86 - CEP 74605-010
Goiânia - Goiás - Brasil
Fone: (62) 3046.1071 - Fax: (62) 3046.1073
www.uccg.br - pmp@uccg.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto: **Meditação mindfulness na Penitenciária Feminina Consuelo Nasser**, coordenado pelo (a) pesquisador (a) **TEREZA CLÁUDIA CAMAPUM CARVALHO DE FREITAS** foi cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (CEP-SGC/UCG) sob o CEP **0024.0.168.000-10**, em 07/04/2010 e aprovado em 14/04/2010.

- CEP-SGC/UCG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – item 13).
- Informamos que é obrigatória a entrega do relatório de pesquisa, conforme a categoria de pesquisa realizada, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Modelo de relatório de pesquisa se encontra no site do Comitê de Ética <http://agata.uccg.br/formularios/uccg/prope/pesquisa/home/index.asp>

Categorias de pesquisa

TCC: Final da pesquisa
Especialização: Final da pesquisa
Mestrado: Relatório anual
Doutorado: Relatório anual
Outros: Relatório anual

Rodrigues
Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho



Programa de Redução de Stress e Desenvolvimento Emocional

MBSR

CERTIFICADO

Certifica-se que Tereza Cláudia Gonçalves Carvalho de Freitas participou durante 10 dias no Programa de Redução de Stress e Desenvolvimento Emocional (Mindfulness Based Stress Reduction) organizado e lecionado pela Dra. Carla Martins, de 02 de Julho a 12 de Julho de 2010, com uma carga horária total de 27 horas.

Dra. Carla Martins

Carla Martins

Anexo 14: Certificado de participação no programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)
na University of Massachusetts Medical School (UMass).



Center for Mindfulness in Medicine, Health Care,
and Society
University of Massachusetts Medical School
55 Lake Avenue North
Worcester, MA 01655-0002 USA
508.856.2656 (office) 508.856.1977 (fax)

February 20, 2011

Tereza Claudia Camapum Carvalho de Freitas
Rua 03, n. 21, ap. 902
Ed. Comodoro, GOLÂNIA, GO 74000-000
Brazil

To Whom It May Concern:

Tereza Claudia Camapum Carvalho de Freitas attended the Practicum in Mindfulness-Based Stress Reduction: Living Inside Participant-Practitioner Perspectives. This 9-day Intensive began on February 11, 2011 and concluded on February 20, 2011. The program consisted of two areas of concentration. Area one included participation in Mindfulness Tools for Living the Full Catastrophe, a five-day course offered by the Center for Mindfulness in Framingham, Massachusetts. Area two included participation in the Practicum in Mindfulness-Based Stress Reduction: Living Inside Participant-Practitioner Perspectives Seminar at the Center for Mindfulness in Shrewsbury, Massachusetts.

Tereza Claudia participated fully in and completed the 9-day, 66 hour Practicum in Mindfulness-Based Stress Reduction: Living Inside Participant-Practitioner Perspectives Program.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads 'Jean Baril'.

Jean Baril
Manager
Center for Mindfulness